

Rapport

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2017

2018-01-29



ULRICEHAMNS
KOMMUN

Ulricehamns kommun
Sektor Vårld, Beställning och kvalitet

Lena Sjöberg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

1	Inledning	4
1.1	Övergripande mål, kvalitet i hälso- och sjukvård	4
2	Kvalitet och patientsäkerhet.....	5
2.1	Avvikelsehantering, intern	5
2.2	BPSD.....	6
2.2.1	Planerad insats under 2017	7
2.3	Hygien.....	7
2.4	Svenska HALT.....	8
2.5	Palliativregistret.....	9
2.5.1	Planerad insats under 2017	10
2.6	Senior alert	10
2.6.1	Planerad insats under 2017	10
2.7	Tandvård	10
2.7.1	Planerad insats under 2017	11
3	Läkemedel/delegering.....	11
3.1	Avvikelser	11
3.1.1	Planerad insats under 2017	11
4	Dokumentation.....	12
4.1	Planerad insats under 2017	12
5	Samverkan mellan vårdgivare	12
5.1	SAMSA.....	12
5.2	Avvikelser i Närvårdssamverkan	13
5.3	Inkontinensprojekt	13
6	Anmälan om vårdskada.....	13
6.1	Lex Maria.....	13
6.2	Lex Sarah.....	13

7 Öppna jämförelser

8 Övergripande egenkontroll

Bilaga 1

Handlingsplan 2018

1 Inledning

1.1 Övergripande mål, kvalitet i hälso- och sjukvård

Att utifrån SOSFS 2011:9 verka för ett ledningssystem, gällande patientsäkerhet, som är känt, används och följs inom samtliga kvalitetsområden och i all berörd verksamhet.

Att, genom att fortlöpande kvalitetssäkra rutiner och processer samt granska verksamhetens insatser, säkerställa att den enskilde och närstående får den vård, omsorg och behandling som utlovats.

MAS (insatser från sjuksköterska) **och MAR** (insatser från Rehabiliteringspersonal) **har som ansvarsområde att:**

- Utforma lokala rutiner utifrån gällande lagstiftning och vid förändring eller nyheter i lagar och förordningar anpassa rutinerna efter dessa.
- Hålla berörda verksamheter informerade om ovanstående.
- Bevaka kvalitet och säkerhet i kommunens insatser till den enskilde utifrån ett helhetsperspektiv och på övergripande nivå.
- Utifrån detta identifiera de processer som förekommer samt kontrollera att dessa följer lagar och förordningar inom respektive område.
- Identifiera, värdera och informera till vårdgivare och utförare om uppkomna brister inom hälso- och sjukvård.
- Tillsammans med berörda verksamhets- och enhetschefer diskutera, utarbeta och implementera förbättringsåtgärder.
- Följa upp de åtgärder som vidtas för att förhindra brister/förbättra vård- och omsorg i all berörd verksamhet.

Vid insatser gällande de sex områdena Kvalitet och patientsäkerhet, Läkemedel, Delegering, Dokumentation, Samverkan mellan vårdgivare och Anmälan om Vårdskada har MAS/MAR ett uppdrag att självständigt och på eget ansvar utforma och sprida information om gällande rutiner, samt att därefter kontrollera följsamheten till dessa.

*Under varje nedanstående område redovisas resultat av insatser och uppföljning för 2017, om möjligt i jämförelse med föregående år.
Planerade insatser för 2018 återfinns i bilaga 1. Handlingsplan för 2018*

2 Kvalitet och patientsäkerhet

Området följs upp och granskas via avvikelshantering, ett antal olika kvalitetsregister samt intern granskning.

2.1 Avvikelsehantering, intern

Följande uppgifter är hämtade ur Sektor Vårds årliga sammanställning av rapporterade avvikelser.

Under 2017 rapporterades totalt 3195 avvikelser. Att jämföra med 2015 – 2 546 stycken och 2016 2938 stycken. Ökningen bedöms mera vara som en följd av att undertecknad, i möte med stora personalgrupper, har diskuterat och förklarat vikten av, och skyldigheten att, rapportera avvikelser och att nya enheter som registrerar avvikelser har tillkommit efterhand.

Ökningen är till följd av ovanstående snarare en minskning av tidigare mörkertal, än en försämrad vård och omsorg.

Diagrammet nedan visar de tio största områdena i avvikelshantering.

Anmärkning:

Under Saknas samlas de avvikelser som inte har ifyllts på korrekt sätt och därmed inte kan sorteras i systemet.

Under Annan händelse finns icke preciserade områden.

Tillsammans utgör dessa (413 stycken) den näst största posten. Det är därför viktigt att detta lyfts i rapporten som ett exempel på att redovisade siffror ger en uppfattning om vilka avvikelser som är mest förekommande men inte påvisar exakta siffror.



Avvikelser gällande fall med eller utan skada utgör 49 % av det totala antalet avvikelser.

I likhet med tidigare år rör näst största avvikelseområde läkemedelshantering (20 %).

Allvarliga händelser granskas och bedöms vad gäller eventuell anmälan om Vårdskada enligt Lex Maria. Med allvarlig händelse menas här patient, som enligt notering i aktuell avvikelse/journal fått uppsöka annan vårdgivare för bedömning i det akuta skedet.

44 stycken avvikelser enligt ovan har identifierats. Fördelningen mellan ordinärt och särskilt boende är nästan jämlikt.

Av dessa 44 har fallolyckan orsakat påtaglig skada i 20 fall med skador enligt nedanstående.

	Fraktur skelett	Mjukdelsskada	Sårskada
2017:	17 st.	1 st.	2 st.
2016:	26 st.	4 st.	3 st.
2015:	13 st.	6 st.	2 st.

Fall med skada (136 st.):

60 % faller på dagtid (07.00 – 21.00)

36 % av fallen sker i ordinärt boende

36 % har inte följts upp i Senior Alert i samband med fallet vilket indikerar att Senior Alert utförs men bara till en viss del används som ett arbetsredskap för kontinuerligt kvalitetsarbete.

I 21 % av fallen finns inga åtgärder dokumenterade.

Fall utan skada (1421 st.) visar liknande fördelning.

2.2 BPSD

Svenska BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet.

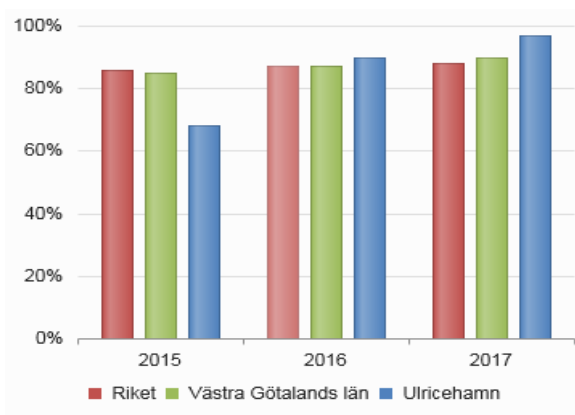
Antal registreringar / år

2017: 80 st.

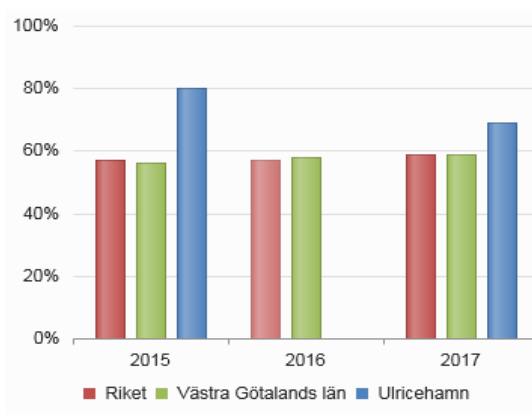
2016: 36 st.

2015: 95 st.

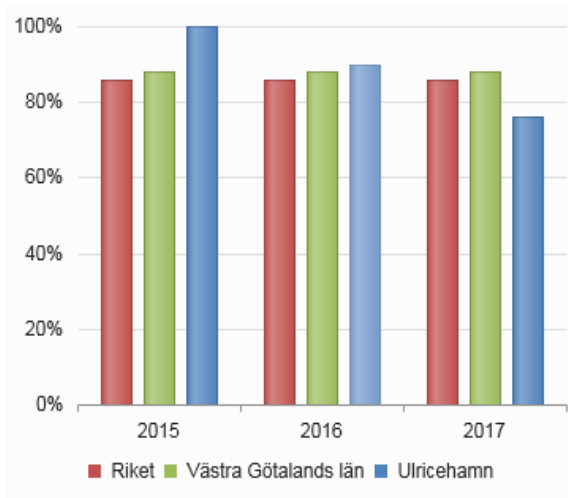
2014: 3 st



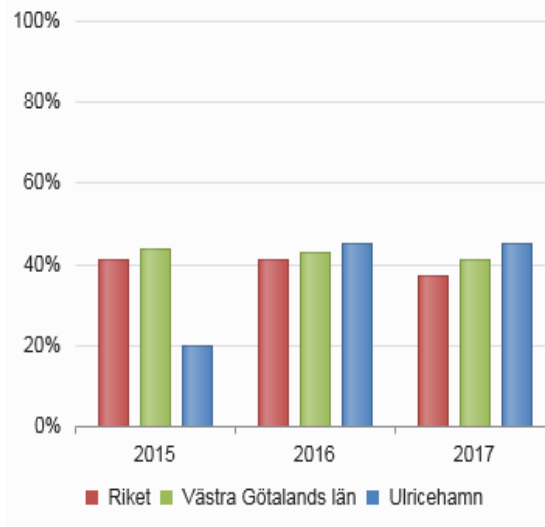
Andel med bemötandeplan



Andel med läkemedel för demens



Andel med genomförd läkarbedömning



Andel med olämpliga läkemedel

Det är få register som är så användbara i praktiskt patientarbete som BPSD. Det är därför av stor vikt att implementera användandet i hela verksamheten. I jämförelse med riket och Västra Götalands län har Ulricehamn utmärkt statistik vad gäller upprättad bemötandeplan men fortfarande mindre väl vad gäller olämpliga läkemedel.

Planerade insatser under 2017, uppföljning

1. *Utbildning av en sjuksköterska och en arbetsterapeut med specialintresse för området som därmed får behörighet att utbilda övrig personal och registratorer. Har skett och implementering pågår kontinuerligt.*
2. *Grundutbilda all hälso- och sjukvårdspersonal.*
Se svar ovan
3. *Planera och påbörja utbildning av team, på de olika enheterna för demens.*
4. För varje enhet som implementeras skapas ett lokalt nätverk som har till uppgift att driva arbetet vidare. Till sitt stöd har de bland annat ovanstående nämnda med genomgången utbildning.
5. *Tydliggöra kommunens arbete och behov av samverkan med primärvården i lokal Närvårdssamverkan.*
Frågan har lyfts i lokal samverkansgrupp men har inte lett till upprättande av kommunal handlingsplan.

2.3 Hygien

Hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen anger att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. För att erbjuda alla vårdtagare ovanstående ska varje organisation ha tillgång till vårdhygienisk kompetens, vilket innefattar både grundläggande kunskap hos all vårdpersonal och tillgång till vårdhygienisk expertis samlad i en vårdhygienisk enhet.

Följsamhet till basala hygienrutiner kontrolleras två gånger/år. På hösten i samband med att Svenska Halt genomförs. God följsamhet.

Extern utbildning erbjuds årligen av Smittskydd, SÄS. Kommunen skickar både Undersköterskor och Sjuksköterskor som sedan tar på sig uppgiften att vara hygienombud på enheterna. Även uppföljande utbildning erbjuds.

Rutinen för kommunens arbete vad gäller hygien är väl känd och flera verksamheter har under året visat ett stort intresse för frågan. MAS har deltagit på arbetsplatsträffar i flera verksamheter. Inom Äldreomsorgen med mer övergripande information, och inom Funktionsnedsättning mer med rådgivning angående enskilda individärenden. I samband med detta har rutinen också gått igenom och diskuterats.

Det har varit en utmaning att hitta en balans mellan god och patientcentrerad vård och den respekt som krävs (ibland gränsande till oro) för omhändertagande av personer som är bärare av alltmer vanligen förekommande resistenta och svårbehandlade bakteriestammar.

2.4 Svenska HALT

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området.

Svenska HALT har genomförts för andra året på alla kommunens äldreboenden inklusive korttid under 1 dag/ per avdelning, två veckor, hösten 2017. Förutom vårdrelaterade infektioner och användning av antibiotika kan vi ur statistiken utläsa ett antal intressanta parametrar som delvis redovisas nedan. Jämförande siffror kan nu användas för fortsatt arbete.

247 personer registrerades, 166 kvinnor och 81 män (alla enheter). I hela riket har totalt 18 613 deltagit i studien.

	Ulricehamn (%)		Riket (%)	
	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>
<i>Vårdtyngdsfaktorer:</i>				
• Desorientering (tid och rum)	61,1	62,8	63,5	63,6
• Inkontinens	58,2	59,9	60,5	60,9
• Säng/rullstolsbunden	40,7	39,7	39,9	39,9
<i>Risikfaktorer(utvalda):</i>				
• Urinkateter	8,6	10,5	9,4	9,2
• Trycksår	7,5	6,5	4,4	4,3
• Andra sår	10	13	9	9,1

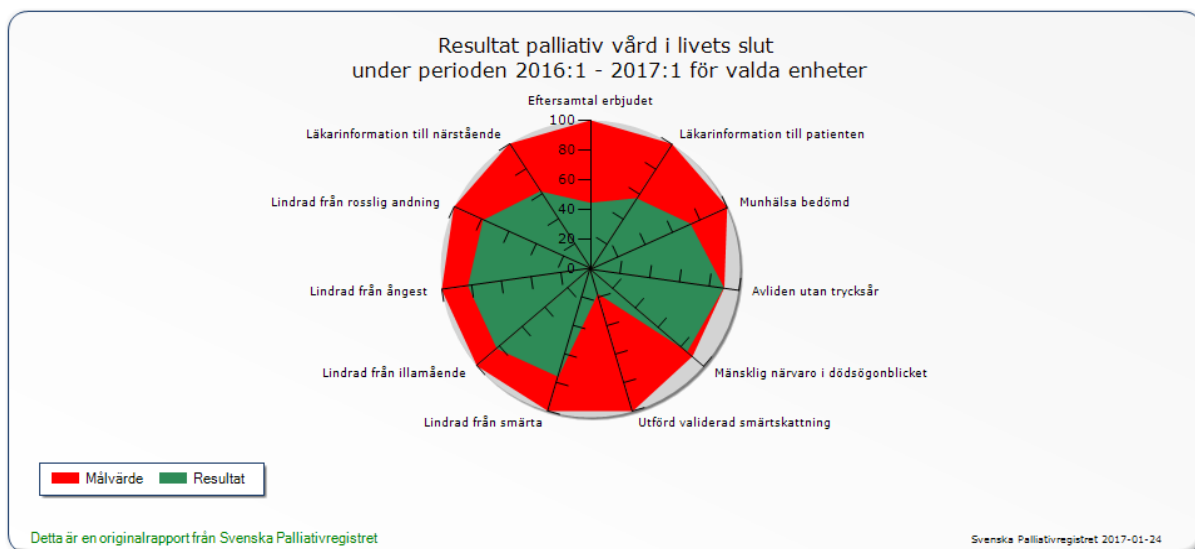
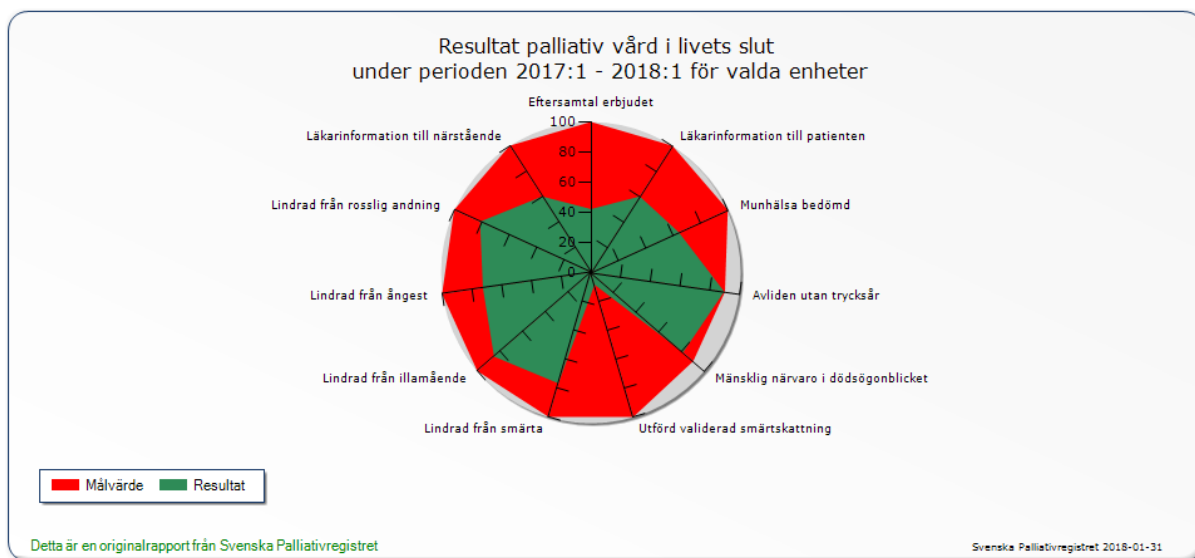
Trycksårsfrekvensen fortsätter att vara något förhöjd. Användandet av urinkateter har ökat. Båda är ett observandum och tillsyn skall påbörjas.

Åtta olika infektionsområden registreras. Av dessa förekom endast ett fåtal i Ulricehamn. 10 personer hade förvärvat infektion hos oss. 7 personer stod på antibiotikabehandling vid tillfället för undersökningen.

2.5 Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut.

Nedanstående visar resultaten av den dödsfallsenkät som åligger sjuksköterska att fylla i efter varje dödsfall som sker i kommunens hemsjukvård.



Resultatet för 2017 visar (jämfört med 2016) att vissa av de parametrar som redovisas fortfarande inte har prioriterats under året.

Full symtomlindring inom alla områden är mycket svår att nå då av olika skäl, till exempel att biverkningar av läkemedel ger mer obehag än grundsymtom.

Brytpunktssamtal i vilket läkare skall informera patient och anhöriga är mycket viktigt men i detta kan kommunens Sjuksköterska bara påtala behov.

Användande av validerat instrument för smärta har introducerats men används inte enligt ovanstående.

De brister som ses i Ulricehamn följer till större del övriga landets.

2.5.1 Planerad insats under 2017

1. *Introduktion av nytt nationellt program för palliativ vård.*
2. *Utformande av lokal handlingsplan i samarbete med primärvård i Ulricehamn.*
3. *Införande av validerad smärtskattning som rutin vid vård i livets slut.*

Ovanstående har inte uppnåtts men påbörjats.

Mas har, i december, tillsammans med enhetschef på URC korttid genomfört en omfattande Webbutbildning i palliativ vård i vilken alla personalkategorier på enheten deltagit och därefter gjort ett kunskapstest. Utbildningen var mycket gedigen och uppskattad. Fortsatt planering – se handlingsplan, bilaga 1.

2.6 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Vad gäller undernäring, fall, inkontinens, munhälsa och trycksår. Syftet med Senior alert är att skapa en bra infrastruktur och systematik för det förebyggande arbetet i samarbete mellan kommun och region.

Vid uppföljning av fall med skada i avvikelssystemet kan brister i användandet konstateras. Senior Alert är ett "levande" register som skall användas kontinuerligt vid förändringar i patientens tillstånd. Vid, till exempel, upprepade fall ska en ny bedömning genomföras. En närmare granskning har utförts utifrån de personer som registrerats i avvikelse hantering under området "fall med skada".

Följande har uppmärksammats:

- 70 % av fallen sker dag-kväll.
- 39 % av totalt antal fall har inte lett till ny bedömning i Senior Alert.
- För 38 % av ovanstående grupp har inga åtgärder dokumenterats.

Där åtgärder finns dokumenterade har (liksom förra året) följande insatser föreslagits (de fyra främsta):

- Rörelselarm
- Mer tillsyn
- Se över hjälpmedel
- Påminna om att använda hjälpmedel

2.6.1 Planerad insats under 2017

1. *Kontroll av följsamhet till övriga parametrar i registrerat.*
Brister kvarstår
2. *Kontroll - Rörelselarm är en begränsningsåtgärd som kräver utredning innan införande, finns detta?*
Utredningar finns men inte på alla insatta begränsningsåtgärder.

2.7 Tandvård

Den som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till

intyg om N-tandvård, vilket innebär att personen betalar samma patientavgifter som i hälso- och sjukvården. Intyg om N-tandvård ger dig även rätt till en årlig munhälsobedömning hemma i din bostad.

- Kommunen har 27 förskrivare.
- Vid demens, psykisk sjukdom och kognitiv nedsättning är bedömningen av särskilt stor vikt. Bedömningen är att fler personer än de som idag har tandvårdsintyg är berättigade till ett sådant.

2.7.1 Planerad insats under 2017

Kontroll att personer med ovanstående problematik har få ta del av förmånen.

Kontroll har genomförts. Behovet av en mer liberal och till intentionen anpassat användande har diskuterats med de handläggare som handhar berörda personer.

3 Läkemedel/delegering

3.1 Avvikelser

Händelse	2016	2017
Läkemedel feldosering	53	44
Läkemedel förväxling	27	27
Läkemedel saknas	131	112
Läkemedel upptäckt fel dos	34	47
Läkemedel utebliven dos	329	409

Under avvikelseområde 2 skall noteras att reellt antal är betydligt mindre än vad som framgår av statistiken. Här finns ett antal felkällor och andelen förväxling – i den bemärkelsen att en person har erhållit någon annan persons läkemedel – uppgår till några få per år. Den skall utan tvekan betraktas som det allvarligaste felet i läkemedelshanteringen. Cirka 650 anställda pågående delegationsbeslut på en eller flera hälso- och sjukvårdsuppgifter. Här uppmärksammas endast läkemedelshantering.

Delegation av delning i dosett har dragits in och är därmed en arbetsuppgift som skall utföras av sjuksköterska och endast i undantag delegeras. Ett 20 tal delegationer kvarstår. Kommunens önskemål om en ökning av ApoDos framförs kontinuerligt till primärvården och har förbättrats något under 2017.

3.1.1 Planerad insats under 2017

Ny översyn (senast genomförd 2014) av alla enheter inom äldreomsorg med fokus på följsamhet till rutin och samverkan mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Ej genomförd. Förändrad lagstiftning gör att internkontroll av kommunens MAS inte längre är godkänt. Extern kontroll planeras till hösten 2018 i vilket Sjuhärads MAS nätverk kommer att utföra kontrollerna hos varandra.

4 Dokumentation

Journalgranskning genomförs regelbundet (vartannat år).

Granskning sker inom följande områden.

- Förekomst av obligatoriska uppgifter.
- Vårdplaners förekomst, utformning och innehåll.
- Patientens delaktighet.

Förbättringsåtgärder krävs inom alla områden och följsamheten har inte förbättrats påtagligt sedan 2014.

Vad gäller patientens delaktighet ses problemet mer som en brist i dokumentation. Insats enligt hälso- och sjukvård tas i regel emot väl av patienterna, men införandet av IBIC (individens behov i centrum) och större nationella krav på att arbeta för patientens delaktighet och ansvar för sin egen vård kräver en förändring.

Loggning av journal skall ske regelbundet. På grund av bristande resurser har detta inte genomförts under 2016-17, vilket inte följer gällande regelverk och därmed är anmärkningsvärt.

4.1 Planerad insats under 2017

Utarbetande av en mall för samlad, skriftlig information som beskriver aktuella insatser inom hälso- och sjukvård. Dokumentet skall, om möjligt, upprättas i samarbete med patienten.

Genomgång av befintlig mall som kan läggas till i befintligt verksamhetssystem - vilket är en stor fördel - sker i februari 2018.

5 Samverkan mellan vårdgivare

5.1 SAMSA

Under hösten 2016 infördes ett nytt kommunikationssystem för informationsöverföring mellan region och alla kommuner i Västra Götaland vilket krävde stora insatser innan i form av intensiv planering, utbildning och också under genomförandet. En första utvärdering visar att funktionen är god och efterhand kommer ytterligare användarmöjligheter att presenteras i systemet. Arbete pågår centralt för att anpassa SAMSA till den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Utbildning och förberedelse under vår/tidig höst 2018. Planerad start datum 25/9-18

Videovårdplanering har implementerats och blivit en naturlig del av arbetet för kommunens vårdplaneringsteam. Införandet har fallit väl ut både personalmässigt och i patienthänseende och fortsatt utveckling kommer att ske. Användandet begränsas tyvärr av otillräckliga resurser inom slutenvården.

5.2 Avvikelser i Närvårdssamverkan

Under året har 50 avvikelser skickats från kommun till region.

Avvikelserna består till största delen av:

- Brister i vårdplanering och följsamhet till vad som där bestämts ifråga om tid för hemgång, avsaknad av läkemedel, hjälpmedel m.m.
- Informationsöverföring – epikriser och läkemedelslistor har inte kommit i tid.
- Transportproblem – förseningar vid hemgång från SÄS trots överenskommelse och där kommunens personal finns på plats och får vänta.
- Uteblivna planerade läkarinsatser där läkare från primärvård, främst Närhälsan gång på gång inte har kommit på bestämd tid.

I regel har patient inte tagit någon större skada men i ett par fall har avvikelsen varit så allvarlig att SÄS kontaktats i omedelbar anslutning till händelsen.

Bristerna inom alla ovanstående områden innebär att de insatser som patienterna förväntar sig att få riskerar att bli för sent insatta och i värsta fall också felaktiga. Brist på läkarbesök kan fördröja sjukvårdsinsatser och därmed också försämra patientens tillstånd.

Under året har ett fåtal avvikelser inkommit vad gäller kommunens hälso- och sjukvård. Avvikelserna ha gällt felaktiga personuppgifter vid provtagning.

5.3 Inkontinensprojekt

Samarbetet mellan de tre kommunerna Bollebygd, Tranemo och Ulricehamn och FoU (högskolan i Borås) har fortgått under 2016. Arbetsgruppens intention är att tillse att alla som ingår i kommunens hemsjukvård och har drabbats av inkontinens skall erbjudas en basal utredning samt individuellt anpassade åtgärder, både vad gäller toalettvanor som inkontinensskydd.

6. Anmälan om Vårdskada

6.1 Lex Maria

Utredning har genomförts i ett fåtal ärenden. Några har skickats vidare till IVO som godkänt vidtagna åtgärder.

Allvarlighetsgraden i dessa fall har inte varit sådan att anmälan till IVO bedömts som nödvändig. Nödvändiga förbättringsåtgärder har istället vidtagits internt.

6.2 Lex Sarah

Undertecknad har utöver Lex Maria också utrett ett mindre antal Lex Sarah. Då rutinen för denna process har varit att utredning vid behov har beställts av berörd verksamhetschef och att utredningen, efter avslutande, har återlämnats för beslut om åtgärd förutsätter jag att redovisning sker inom respektive verksamhet.

7. Öppna jämförelser

Är ett program från SKL i vilket vi kan jämföra information från hela Sverige om kvalitet, resultat och kostnader inom vissa verksamhetsområden som kommuner, landsting och regioner ansvarar för.

Och i vilket det visar sig att goda rutiner finns för hur vårdplanering skall ske mellan olika vårdgivare men att dokumentation av den enskildes deltagande bör förbättras.

Förbättringsområden som uppmärksammats:

- Att rutin för hemtjänstpersonalens deltagande vid vårdplanering skall finnas.
- Att rutin för fördjupad läkemedelsgenomgång skall finnas - vilket kräver utökat samarbete med och godkännande av kommunens primärvård.
- Att den enskildes deltagande skall vara självklart och att det i journal skall framgå på vilket sätt detta skett.

8. Övergripande egenkontroll

En övergripande egenkontroll med frågor om både socialtjänst och hälso- och sjukvård genomfördes under våren.

Enkäten ifylldes av alla enhetschefer inom Äldreomsorg och Funktionsnedsättning.

I sammanställningen framkom vissa brister som leder till nedanstående förbättringsförslag:

För att upprätthålla kunskap om föreslås att:

- Ledningssystem, Avvikelsehantering, Klagomål och synpunkter, Lex Sarah, Styrdokument för Hälso- och sjukvård och Sekretess är områden som alla berörda skall vara förtrogna med och som bör gås igenom årligen, förslagsvis på arbetsplatsträffar.
- Arbetet med riskanalys skall vara ett naturligt arbetssätt och inte bara användas i vissa situationer. Verksamhets- och enhetschefer skall vara väl förtrogna med användandet och personalen skall ses som en naturlig part i upprättandet av dessa.