

Patientsäkerhetsberättelse

Sektor vård och omsorg
År 2018

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Struktur.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll.....	8
2. PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Vårdsamverkan	9
Förebyggande insatser – Vårdprevention.....	10
God vård vid demenssjukdom.....	10
God vård i livets slut	10
Läkemedelshantering	11
Delegering.....	11
Rehabilitering och personliga hjälpmedel.....	11
Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal.....	12
Vårdhygien.....	12
Risk och händelseanalys	13
Informationssäkerhet.....	13
3. RESULTAT OCH ANALYS.....	14
Egenkontroll.....	14
Egenkontroll, prioriterade områden	17
Avvikelser.....	20
Klagomål och synpunkter	21
Händelser och vårdskador	22
4. Mål och strategier för kommande år.....	22

Sammanfattning

Ny lagstiftning trädde i kraft vid årets början kring samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Verksamheten har förberetts för den nya processen vid in- och utskrivningen.

Dialog och samverkan med både internt och med andra huvudmän har genomförts. Medarbetarna har utbildats både kring processen och det IT-stöd (SAMSA) som är framtaget för samverkan mellan vårdgivare. I samband med utbildningsinsatserna har även en information kring Samordnad individuell plan, SIP genomförts. SIP ingår sedan tidigare som metod i verksamheten vid behov av samordning. Nu utökas det ytterligare och blir en del i samband med vårdövergångar vilket möjliggör anpassning till rätt behov hos den enskilde och minskar risken för brister i samband med vårdövergångar. Verksamheten behöver även kommande år fortsätta anpassa sig till de nya rutiner som finns framtagna mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen kring samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård för ett optimalt omhändertagande av den enskilde.

Patientsäkerhetsarbetet har under året till stor del handlat om att införa och standardisera ett introduktionsprogram för nyanställd baspersonal. Medarbetaren får genomföra flera korta webbutbildningar om bland annat grundläggande värden och lagar, riktlinjer och skyldigheter, basal hygien i vård och omsorg, kommunal hälso- och sjukvård, ordination och delegering samt rehabilitering och personliga hjälpmedel. Medarbetaren förbereds även för att kunna ta emot delegering kring läkemedelshandling, då det är en vanligt förekommande uppgift inom hela verksamheten. Tack vare införandet av utbildningen kring läkemedel har vi förbättrat grundkompetensen hos samtliga medarbetare.

Under hösten har en ny riktlinje fastställts kring läkemedelshandling. På chefsnivå har arbetet påbörjats för att nå enhetlighet kring läkemedelshandlingen inom verksamheten. Sjuksköterskor med särskilt ansvar för läkemedelshandling på respektive enhet har setts ut och ska i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska säkerställa följsamheten till en patientsäker läkemedelshandling.

Antalet avvikelser kring läkemedel är stort, de flesta handlar om att insatsen glöms bort. Även inom rehab finns brister i följsamhet till ordinationer och signering. Följsamhet till ordination och signering är fortsatt viktiga mål.

Verksamheten har påbörjat ett arbete för att få en bättre följsamhet till ordinationer och även till dokumentation av genomförda ordinationer. Studiebesök har genomförts i kommuner med digital signering där har man kommit till rätta med problematiken med ej utförda ordinationer då systemet bland annat hjälper till att påminna och larma om något glöms bort. Under våren 2019 planeras fortsatt förberedelser för att upphandla ett digitalt system.

Under hösten har ett 3 årigt samverkans- och folkhälsoprojekt startat upp. Projektet handlar om Tandhygienist i kommunal verksamhet, TAIK. Syftet med projektet är bland annat att kvalitetssäkra och stärka kompetensen och rutinerna inom kommunal vård och omsorg avseende munvård.

2019-03-06

Malin Swärd
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

1. Struktur

Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ett kvalitetsledningssystem finns enligt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för nämnden, personal, patienter och övriga medborgare. Det ska också skapa förutsättningar så att verksamheterna kontinuerligt arbetar med att identifiera förbättringsområden.

Organisation och ansvar

Vårdgivare

Vård och omsorgsnämnden är vårdgivare och ansvarig för patientsäkerhetsarbetet.

Ansvar för patientsäkerheten innebär bl.a. att:

- Kraven om god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL upprätthålls
- Fastställa övergripande mål samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- Det finns ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsverksamheten (SOSFS 2011:9)
- Det finns tydliga roller och ansvarsfördelning enligt patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Verksamhetschefens respektive medicinskt ansvarig sjuksköterskas ställning i organisationen är tydlig och att det i övrigt finns förutsättningar för funktionerna att utöva det medicinska ledningsansvaret
- Det finns ändamålsenliga former för samråd och samverkan mellan verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska

För vårdgivarens patientsäkerhetsarbete finns verksamhetschef hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Nämnden har fastställt ansvarsfördelning mellan avdelningschef, tillika verksamhetschef enligt 4 kap 2 § HSL, och medicinskt ansvarig sjuksköterska 11 kap. 4 § HSL.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att bevaka att kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet tillgodoses inom vård och omsorg. MAS har att fastställa övergripande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsarbetet.

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Inom sektor vård och omsorg är respektive avdelningschef utsedd som verksamhetschef hälso- och sjukvård (HSL) med ansvar för den löpande verksamheten inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Verksamhetscheferna ansvarar för att utarbeta lokala rutiner utifrån de övergripande riktlinjerna som fastställts av MAS inom respektive avdelning.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som verksamhetschef för HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska har fastställt är kända och följs i verksamheten. Enhetschefen ansvarar också för att ny personal får den introduktion som behövs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att fortlöpande arbeta med systematiskt förbättringsarbete utifrån verksamhetens ledningssystem. Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns tre yrkeskategorier som är hälso- och sjukvårdspersonal: Legitimerad arbetsterapeut, legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut och legitimerad sjuksköterska.

Baspersonal

Till den kommunala hälso- och sjukvården hör förutom den legitimerade personalen den baspersonal som biträder dessa grupper efter ordination/delegering.

Förutsättning för att baspersonal ska få utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter är att de har reell kompetens för uppgiften.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Sektor vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare genom flera olika forum för att säkerställa patientsäkerheten. Formerna för samverkan regleras i ett flertal dokument. Samverkan samordnas via Vårdsamverkan Skaraborg.

Samverkan sker även med sektor Socialtjänst samt internt mellan avdelningarna och enheterna inom sektor vård och omsorg.

[Samverkan – andra vårdgivare](#)

Vårdsamverkan

För att stödja arbete i vårdsamverkan finns sedan 2016 en regional handlingsplan *Det goda livet för mest sjuka äldre i Västra Götaland, 2016-2018*. Handlingsplanen har gemensamt tagits fram mellan kommunerna och regionen i Västra Götaland. Giltighetstiden har förlängts och handlingsplanen gäller även för arbetet under 2019.

Den enskilde ska uppleva trygghet, säkerhet, kontinuitet, samordning, värdighet och välbefinnande oavsett vart i vårdkedjan man befinner sig och oavsett vilka behov man har enligt handlingsplanen. Vården ska vara samordnad och sammanhållen.

Tillsammans med Skaraborgs sjukhus (SkaS) och primärvården har kommunerna via kommunalförbundet Skaraborg arbetat enligt en beslutad struktur för vårdsamverkan i Skaraborg. Ett av målen är att stärka vårdsamverkan på närsjukvårds- och kommunnivå och att vården ges på rätt vårdnivå. Det gemensamma arbetet har resulterat i samverkansarenan Mobil Närvård, vilket innebär en ny gemensam vårdmodell och ledningsstruktur.

Mobil närvård

Personer med omfattande vård- och omsorgsbehov är en särskilt utsatt grupp. För att minska risken för brister i samordningen mellan vårdgivarna för denna patientgrupp finns mobil närvård, d.v.s. mobil hemsjukvårdsläkare, mobilt närvårdsteam och mobilt palliativt team. Syftet är att skapa en upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser och att minska undvikbar slutenvård. Inom vårdsamverkan Skaraborg pågår även ett arbete med att upprätta specialistteam inom stroke och demenssjukvård. I den regionala handlingsplanen är Mobil närvård ett av fem prioriterade områden.

Läkarmedverkan

Det finns 8 vårdcentraler i Skövde. Fem i Närhälsans regi och tre privata utförare. Dessa har ansvar för läkarinsatserna för personer med kommunal hälso- och sjukvård.

Tillsammans med Närhälsan och de privata vårdcentralerna har sektor vård och omsorg upprättat samverkansavtal för att säkerställa läkarmedverkan.

Medicinska vårdplaner

Medicinska vårdplaner är ett arbetssätt som bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård.

Den medicinska vårdplanen är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan och underlättar i ett akut skede för såväl kommunens sjuksköterskor, primärvårdens läkare och slutenvården att göra rätt bedömningar. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och omvårdnadspersonal planeras vårdens inriktning samt en genomgång av läkemedelsbehandlingen.

Samordnad individuell planering

Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

I vårdssamverkan på både Skaraborgs- och Västra Götalandsnivå har det under året pågått gemensamt arbete för att säkerställa in- och utskrivning från sjukhus. Utgångspunkt har varit den nya lagstiftning som trädde i kraft 1 januari 2018 och till följd av den har en överenskommelse och riktlinje för samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård tagits fram och fastställts i samverkan. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

SAMSA, är ett IT-stöd och den kommunikationskanal som ska användas vid samordnad vård och omsorgsplanering. Där dokumenteras bland annat vårdbegäran, inskrivningsmeddelande, planering inför utskrivning och utskrivningsmeddelande. Varje part ansvarar för att SAMSA används och att relevant information förs vidare till rätt person.

Dokumentationen i SAMSA kompletteras med möten för avstämning och samordning inför utskrivning.

Som ett led i att kvalitetssäkra processen vid samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård skickas en avvikelserapport för utredning vid de tillfällen då brister i samverkan identifieras.

Samordnad individuell planering, SIP

I hälso- och sjukvårdslagen regleras bestämmelser om att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. Genom SIP så säkerställs att den enskilde får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser.

Det framgår även av den nya lagen om samverkan vid utskrivning att alla med behov av samordning, oavsett små eller stora behov ska få en samordnad individuell plan, SIP upprättad i samband med utskrivning. I den regionala handlingsplanen är SIP ett av fem prioriterade områden.

På länsnivå finns en gemensam riktlinje för SIP i Västra Götaland.

I samverkan med sektor Socialtjänst finns en riktlinje för lokal samordnad individuell plan, L-SIP sedan 2017. Då den enskilde är i behov av samordnade insatser från flera sektorer inom Skövde kommun, ska L-SIP användas.

Samverkan – sektor Socialtjänst

Förutom sektor vård och omsorg så bedriver även sektor socialtjänst hälso- och sjukvård. Sektorns rehab-enhet med arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut samt medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS arbetar även inom sektor socialtjänst.

Vid vård av personer med komplex problematik av såväl psykiatrisk som av somatisk karaktär och rehabilitering, krävs ett nära samarbete mellan professionerna från de två sektorerna.

Samverkan – mellan avdelningarna inom sektor vård och omsorg

Genom strukturerade teamträffar, samverkar yrkeskategorierna inom verksamheten för en optimal vård och omsorg för varje individ. Inom hemtjänst förekommer även externa utförare av vård och omsorg.

Både interna och externa utförare utför hälso- och sjukvård på uppdrag av sektorns sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter.

Patienters och närståendes delaktighet

Patienter och i förekommande fall närstående ska:

- Medverka vid samordnad vård och omsorgsplanering
- Medverka vid upprättande av vårdplaner
- Bli informerade när nationella studier genomförs
- Bli informerade och delta vid utredning av vårdskada
- Bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Inom verksamheten arbetar vi för att samverkan sker med både patienter och närstående enligt ovanstående punkter. Alla patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Genom kommunens kontaktcenter och hemsida ges information om sektor vård och omsorgs verksamhet. Där finns även ett flertal direktmlänkar till andra vårdgivare både inom primärvård och sjukhus.

Patientnämndens informationsmaterial finns på samtliga enheter inom sektor vård och omsorg.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna till verksamheten. Enhetschef ansvarar för att all personal på enheten får information om vikten av att identifiera och rapportera risker och händelser i verksamheten.

Avvikelsehantering är en viktig del i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete.

1. *All personal* identifierar och rapporterar avvikelser till legitimerad personal och enhetschef samt dokumenterar det som inträffat i patientjournalen.
2. *Legitimerad personal* identifierar och bedömer åtgärder, kontakter läkare vid behov och dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen. Informerar enhetschef vid behov.
3. *Enhetschefen* ansvarar för att avvikelser på enheten analyseras, åtgärdas och återkopplas.

MAS inleder vid behov händelseanalys och bedömer och utreder om anmälan ska ske enligt Lex Maria. Vid Lex Maria-anmälan görs kompletterande utredning. Anmälan ska ske inom 2 månader till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vård och omsorgsnämnden informeras om Lex Maria anmälan.

Patient eller i förekommande fall närstående informeras om händelsen och att Lex Maria-anmälan till IVO ska göras. Att informationen är lämnad dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Kopia på utredning läggs till hälso- och sjukvårdsjournal. Anmälan och utredning diarieförs som Lex Maria. Svar från IVO återkopplas till vård och omsorgsnämnden, patient/närstående och berörd personal. Svaret diarieförs.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan komma till sektor vård och omsorg via patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg, IVO. De kan även komma via kommunens kontaktcenter eller hemsida. Klagomålet eller synpunkten registreras då i kommunens IT-stöd för synpunktshantering.

Klagomål och synpunkter kan också komma direkt till verksamheten. Medarbetarna tar då emot och hanterar det som inkommit i anslutning till att det blir känt. Som vårdgivare har vi ett ansvar att utreda och besvara/återkoppla till den som begärt yttrandet. Hittills har ärendet framförallt hanterats av den verksamhet dit klagomålet eller synpunkten är riktad.

Det finns behov av att se över hanteringen, för att få ett lärande i organisationen och för att minska risken för att ett inkommit ärende inte hanteras.

Egenkontroll

För att följa verksamheten över tid är det viktigt att samla in data. Egenkontroll bedrivs genom att systematisk följa upp och utvärdera den egna verksamheten avseende planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder utifrån de riktlinjer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Tabell 1. Planerad Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Följsamhet vid vårdsamverkan	1 gång per år	Mål och mått
Oplanerad transport till sjukhus	1 gång per år	protokoll
Patientsäkerhet	1 gång per år 1 gång per år	Kvalitetsrevision kvalitetsrapport
Patientsäkerhetsdialoger	4-6 enheter per år	Verksamhetsbesök MAS
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Vårdprevention	1 gång per år	Kvalitetsregister Senior alert
Trycksår	1 gång per år	Databas för PPM-trycksår i Senior alert
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	1 gång per år	Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vård i livets slut	1 gång per år	Svenska palliativregistret
Följsamhet till dokumentation i patientjournal	Löpande under året	Journalgranskning i samband med utredning Journalgranskning i samband med utveckling av dokumentation för legitimerad personal
Följsamhet till vaccination mot säsongsinfluensa	1 gång per år	Svevac, nationellt journalsystem för vaccinationer
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Databas för punktprevalensmätning, PPM-BHK
Hygienronder	Skер vid behov på enhetsnivå	Protokoll, hygienombud i samverkan med enhetschef
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	HALT- Senior alert
Influensautbrott	Skер vid behov på enhetsnivå	Slutrapport via Vårdhygien Skaraborg
Gastroenteritutbrott	Skер vid behov på enhetsnivå	Slutrapport via Vårdhygien Skaraborg

2. PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Vårdsamverkan

Inom vårdsamverkan har det under året pågått flera arbetsgrupper som både på strategisk och operativ nivå förberett för att verksamheterna ska få förutsättningar för att samverka enligt samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Det har genomförts flera tillfällen för utbildning och dialog både kring den nya utskrivningsprocessen och i IT-stödet SAMSA. Utbildning har även till viss del handlat om samordnad individuell plan, SIP. Här finns ett fortsatt utbildningsbehov.

Regelverket ställer högre krav på ett snabbt omhändertagande, då behov av slutenvård upphör för den enskilde. Det finns ett fortsatt behov av att utveckla och anpassa arbetssättet för att uppnå följsamhet till den nya utskrivningsprocessen.

Samordnad individuell plan, SIP har genomförts i större utsträckning än tidigare år. IT-stödet SAMSA ger sedan september möjlighet till både kallelse och dokumentation av SIP, vilket har förbättrat tillgängligheten för alla parter. Patienten får fortfarande del av sin SIP via utskrift från SAMSA. Det finns fortfarande en osäkerhet hos medarbetarna i samband med SIP. Verksamheten behöver även under 2019 arbeta för en ökad kunskap och förståelsen för dess innebörd.

Under året har kunskapen och möjligheten till distansmöte via digital teknik ökat. Planering via distansmöte har genomförts när den formen för planering bedömts vara lämplig för den enskilde. Det har förekommit problem främst orsakats av hur man använder utrustningen och tekniken.

Mellan Skövde kommun, vårdcentralerna i Skövde och Närhälsans primärvårds rehab pågår samverkansmöten för att få en fungerande samverkan kring de individer vi har ett gemensamt ansvar för. Under hela året har det regelbundet genomförts dialog möte mellan kommunerna, primärvården och Skas på ledningsnivå för att komma framåt i processen.

Det finns behov av att fortsätta dialogmöten för att nå samsyn och förståelse för varandras uppdrag och ansvar kring utskrivningsprocessen.

Inom Mobil Närvård fortgår arbetet. Arbetet hålls ihop av *Styrgrupp för Vårdsamverkan Geriatrik, demens och palliativ vård*, där Skövde representeras av både sektorchef (ordförande) samt MAS. I det operativa arbetet finns Skövde även representerad med en koordinator. Under året som kommer ska den mobila vården utökas med ett närsjukvårdsteam för demens och psykisk ohälsa.

Förebyggande insatser – Vårdprevention

Vårdprevention innebär att skador i vård och omsorg ska undvikas och att alla ska kunna garanteras en säker och lika vård. I verksamhetens förebyggande arbete ingår fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Med stöd av nationellt kvalitetsregister, Senior alert får verksamheten struktur på det förebyggande arbetet, systematik och synliggjorda resultat.

God vård vid demenssjukdom

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, (BPSD) innebär att person med demenssjukdom har beteende som vandring, oro, ropar, aggressivitet med mera. De flesta personer med demenssjukdom drabbas någon gång av dessa beteenden. Den utlösande faktorn finns oftast i den demenssjukes omgivning. I verksamheten sker NPI-skattningar och man upprättar bemötandeplaner för personer med BPSD symtom. NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesymtom (BPSD) vid olika demenssjukdomar inom äldreården. Med stöd av kvalitetsregistret BPSD registreras skattningar och bemötandeplaner upprättas. Arbetet underlättar för medarbetarna i mötet med den enskilde.

De obligatoriska uppgifterna i BPSD registret har under 2018 ändrats. Med anledning av ändringen kan inte statistik redovisas för året som gått.

Under året har inga nya administratörer i registret utbildats på grund av att det saknats demenssamordnare i verksamheten. Tjänsterna är återigen tillsatta och arbetet kan för 2019 prioriteras i verksamheten.

God vård i livets slut

Palliativa teamet på Skas har tillsammans med kommunens legitimerade personal väl inarbetade rutiner. Arbetet följs upp terminsvis genom samverkansmöte mellan MAS och palliativa teamet. Gemensamma vårdplaneringar har genomförts tillsammans med den enskilde och dess anhöriga för att ge förutsättningar för trygg och säker vård, oavsett vart vården bedrivs.

Registrering i **Svenska palliativregistret** beskriver den sista veckan i livet för patienter som vårdats inom den kommunala hälso- och sjukvården och avlidit inom vår verksamhet. registrerar uppgifter

Följande parametrar registreras i palliativregistret av kommunens sjuksköterska och kan följas upp i verksamheten och användas i förbättringsarbetet kring vård i livets slut:

- Jag och mina närstående är informerade om min situation
- Jag är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Jag är ordinerad läkemedel vid behov
- Jag får god omvårdnad utifrån mina behov

- Jag vårdas där jag vill dö
- Jag behöver inte dö ensam
- Jag vet att mina närstående får stöd

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering är en stor del av den kommunala hälso- och sjukvården. Uppgifterna utförs både av sjuksköterskor och av baspersonal efter delegering.

En patient kan ha hjälp med medicintilldelning flera gånger per dag samt vid behov.

En ny författning kring läkemedelshantering trädde ikraft 1 januari 2018. Nya gemensamma riktlinjer kring läkemedelshantering har tagits fram och arbetet med att anpassa verksamheten till det nya regelverket pågår.

En översyn av förvaring av patientbundna läkemedel har genomförts under året. Inom hemsjukvården pågår sedan hösten 2018 införande av medicinskåp med digitala lås. Inom avdelningen för funktionsnedsättning pågår en inventering och översyn av förvaring av läkemedel.

Läkemedelsansvariga sjuksköterskor är utsedda i verksamheten. De har ett övergripande ansvar för en säker läkemedelshantering på respektive enhet. Under 2019 ska de tillsammans med MAS se över hela läkemedelskedjan och säkerställa eventuella brister.

Delegering

Hälso- och sjukvårdsuppgifter inom den kommunala vården omfattar omvårdnad, rehabilitering och utförande av medicinska ordinationer. Uppgifterna spänner över ett brett fält på olika nivåer.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns tre yrkeskategorier som är hälso- och sjukvårdspersonal: Leg. arbetsterapeut, leg. sjukgymnast/fysioterapeut och leg. sjuksköterska. Dessa yrkeskategorier har formell kompetens för sina respektive hälso- och sjukvårdsuppgifter. Till den kommunala hälso- och sjukvården hör förutom den legitimerade personalen den baspersonal med reell kompetens som biträder legitimerad personal efter ordination/delegering.

En mycket stor andel hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs av baspersonal efter ordination/delegering från legitimerad personal. Främst inom området läkemedel/läkemedelshantering.

Delegeringsprocessen har under året både effektiviserats och kvalitetssäkrats. Baspersonal förbereds för delegering kring läkemedelshantering genom en webbaserad läkemedelsutbildning följt av ett kunskapstest och en praktisk genomgång och handledning av sjuksköterska.

Rehabilitering och personliga hjälpmedel

En webbutbildning om rehabilitering och personliga hjälpmedel har tagits fram för att ge medarbetaren grundkunskap, underlätta på arbetsplatsen och ge medarbetaren en ökad förståelse för vikten av att arbeta med aktiverande förhållningssätt.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter ordinerar ofta både rehabiliterande, habiliterande insatser samt personliga hjälpmedel. Baspersonal är utförare av en stor del av dessa insatser. Inom verksamheten finns idag återkommande avvikelser till följd av att baspersonal inte utfört ordinerad insats. I vissa personalgrupper har information och utbildning genomförts av legitimerad personal, MAS har i samband med APT och verksamhetsuppföljning lyft problematiken. Problemen kvarstår och ytterligare åtgärder införs i början av 2019.

En gemensam riktlinje för skydds och begränsningsåtgärder har fastställts under hösten. Den omfattar både SoL, LSS och HSL och ska ligga till grund för varje enskilt beslut om skydds- och begränsningsåtgärder. Syftet med riktlinjen är att alla insatser från sektor vård och omsorg ska byggas på

frivillighet. Medarbetarna ska tidigt identifiera personer som befinner sig i riskzonen och behovsanpassa vård och omsorgsinsatserna.

Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal

Skyldighet att föra patientjournal är den som enligt 4 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

Syfte med dokumentation är att:

- Säkerställa rättssäkerheten och ökad kvalitet för den enskilde
- Rätt vård ska kunna ges
- Annan personal ska få information om vad som hänt eller beslutats
- Vara ett underlag till bedömning för att rätt beslut fattas
- Möjliggöra granskning
- Ge information till patienten eller dess företrädare
- För personalens egen rättssäkerhet
- Dokumentation i journalen har en nyckelroll för god kvalitet

Hälso- och sjukvårdsjournal förs inom både sektor vård och omsorg och sektor socialtjänst. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter finns placerade inom Sektor vård och omsorg. Patienter som har insatser från legitimerad personal inom båda sektorerna får därför två journaler upprättade.

- Procapita, IT-stöd som används inom sektor vård och omsorg
- VIVA, IT-stöd som används inom sektor socialtjänst

Kvällar, nätter och helger ansvarar sektor vård och omsorg för sjuksköterskeinsatser inom socialpsykiatri. Det är svårt att upprätthålla kompetensen kring ett journalsystem man sällan använder, vilket kan påverka patientsäkerheten.

Under hösten har ett arbete påbörjats för att anpassa sökorden och strukturen i patientjournalen till nya krav på att lämna statistik på utförda åtgärder till Socialstyrelsen från och med 2019.

Stor del av ordinerad hälso- och sjukvård utförs av baspersonal. Alla som utför hälso- och sjukvård är också skyldiga att dokumentera det som utförs. Idag sker den dokumentationen i första hand på signeringslistor i pappersform. Hanteringen av dessa listor är omfattande och krävande både för legitimerad personal och för baspersonal. Under hösten har en förstudie genomförts med bland annat studiebesök i andra kommuner som använder digitala signeringslistor. Digital signering kan även vara en hjälp för en bättre följsamhet till ordinationer inom rehab.

Vårdhygien

För att uppnå en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler så sker en nära samverkan med Vårdhygien, Västra Götalandsregionen. Arbetet tydliggörs genom:

- Hygienombud
- Punktprevalensmätning basal hygien och klädregler
- Svenska HALT

På våra äldreboende ser vi en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Där finns även ett väl inarbetat arbetssätt gällande riskförebyggande åtgärder.

Att förhindra vårdrelaterade infektioner är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. För att förebygga smitta behöver vi kunskap om smittämnen och smittvägar liksom basala hygienrutiner och klädregler. Dessutom krävs kunskaper om rengöring, desinfektion och städning. Under året har riktlinjen för vårdhygien reviderats. Ny information har lagts till om förhållningssätt vid huvudduk, långt hår och skägg inom vården. Hur man agerar vid influensautbrott samt förebyggande åtgärder mot Legionella. I verksamheten finns hygienombud utsedda som utbildas årligen av vårdhygien på Skas för att upprätthålla kunskapen kring basala hygienrutiner och klädregler. De tillsammans med respektive enhetschef driver arbetet framåt på enheten.

Risk och händelseanalys

Verksamheten ska arbeta systematiskt med kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det innefattar bland annat att risker och negativa händelser identifieras, analyseras, åtgärdas och följs upp. Ett systematiskt förbättringsarbete innebär att arbetet ska vara långsiktigt, förebyggande och präglas av ständiga förbättringar.

Under hösten har en gemensam riktlinje för risk- och händelseanalys fastställt av ledningsgruppen. Den inriktar sig på analys av risker och händelser som berör den enskilde utifrån avvikelser, lex Maria, lex Sarah samt synpunkter och klagomål. Implementering och förankringsarbete i verksamheten har påbörjats men kräver fortsatt arbete under kommande år.

Informationssäkerhet

Inom sektor vård och omsorg har ett projekt pågått under 2018 som haft uppdrag att förbereda inför införandet av den nya dataskyddsförordningen, GDPR (The General Date Protection Regulation). Syftet med dataskyddsförordningen är att skydda den enskildes grundläggande rättigheter och friheter och särskilt skydd av personuppgifter. Projektet har inventerat alla personuppgiftsbehandlingar och registrerat dessa i en registerförteckning. Därefter har analys genomförts som resulterat i ett flertal åtgärder. Information till registrerade är framtaget och har lämnats ut via legitimerad personal.

De chefer som tilldelar behörigheter i verksamhetssystemet ska genomföra loggkontroller varje månad. Följsamheten till rutinen har varit cirka 40 procent. Under 2018 har loggkontrollerna inte visat på något avvikande som krävt ytterligare utredning. En målsättning för 2019 är att öka följsamheten till rutinen.

Det har genomförts journalgranskning under året, men enbart i samband med utredning. Arbetet som pågår för att anpassa dokumentationen till kraven på att lämna statistik om utförda vårdåtgärder kommer leda till bättre möjlighet till journalgranskning.

3. RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Det finns en mängd egenkontroller i verksamheten för att regelbundet och systematiskt följa upp verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även uppföljning av följsamhet till de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i sektorns ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete. Verksamheten har förbättrat sitt arbete kring analys av genomförda åtgärder och resultat under året. Resultat från genomförda egenkontroller lyfts i större utsträckning med i enheternas planering av mål och aktiviteter, vilket är en förbättring från tidigare år.

Den årliga patientsäkerhetsberättelsen är ett av flera redskap i det löpande patientsäkerhetsarbetet. Under året har de olika områdena inom patientsäkerheten samt identifierade förbättringsområde lyfts in i en patientsäkerhetsplan. Planen har under året använts för analys av resultat, planering och utvärdering av åtgärder. Arbetet behöver utvecklas ytterligare vilket planeras för kommande år.

För att öka enheternas delaktighet i det direkta uppföljningsarbetet har kvalitetsrevision genomförts under hösten med fokus på prioriterade områden i patientsäkerhetsarbetet.

Revisionens resultat redogör för hur långt enheterna kommit i arbetet med patientsäkerhet, vilka planerade och genomförda åtgärder som finns och uppföljning av arbetet. Kvalitetsrevisionen ligger med i sektorns årshjul för systematiskt förbättringsarbete sedan 2015 och underlaget från revisionen används vid verksamhetsuppföljning och utgör ett stöd vid utvecklingsarbetet både på enhets- och sektors nivå.

Vi kan se av resultatet i kvalitetsrevisionen att åtgärder som genomförs oftast får långvarig effekt och är ett stöd för både avdelningschefer och enhetscheferna i planeringen av verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Under året har även verksamhetsbesök genomförts av MAS och SAS. Utifrån resultat i kvalitetsrevision och andra egenkontroller har verksamheten följts upp och eventuella åtgärder planerats och genomförts. Återkoppling och analys har löpande skett i ledningsgruppen. Det finns behov av återkommande uppföljningar då det är ett viktigt komplement till den information och de riktlinjer rutiner som verksamheten får till sig.

Vårdsamverkan

Vård på rätt vårdnivå - Oplanerade transporter till sjukhus

Mobil närvård syftar bland annat till vård på rätt vårdnivå. Sedan flera år har en mätning av antalet oplanerade transporter till sjukhus genomförts under en 8 veckors period i början på året. Målet med mätningen är att ge ett bra underlag för analys i arbetet med att ge vård på rätt vårdnivå. Resultatet visar som tidigare år att de flesta beslut har fattats av sjuksköterska. Orsaken till den oplanerade akuta transporten till sjukhus har orsakats av en känd problematik för knappt 10 % av patienterna. Mätningen visar även att enbart ett fåtal av patienterna varit inskrivna hos mobil hemsjukvårdsläkare eller haft en medicinsk vårdplan.

Medicinska vårdplaner ökar möjligheterna för sjuksköterskan att avgöra vad som är optimal vårdnivå för patienten då dennes medicinska allmäntillstånd hastigt försämras. Sjuksköterskorna har enligt tidigare uppsatta mål utbildats i en strukturerad och kvalitetssäkrad modell för bedömning, beslutsstödet BViS. Syftet var att öka sjuksköterskans möjlighet till professionell bedömning i en akut situation. Trots utbildningssatsning har beslutsstödet endast använts till viss del. Ytterligare åtgärder planeras därför under 2019. Användandet följs även upp i samband med kommande mätningar av oplanerade transporter.

Årets resultat har endast analyserats till viss del då sammanställningen inom vårdsamverkan inte genomförts enligt planering. Inför resultatet av 2019 års mätning planeras en mer djupgående analys inom vårdsamverkan för att identifiera förbättringsområden.

Tabell 2. Antal oplanerade transporter till sjukhus från den kommunala hälso- och sjukvården i Skövde.

ÅR	2016	2017	2018
Hemsjukvård	75	76	56
Korttid	10	9	11
Särskilt boende	47	36	55
Antal transporter per dygn	2,4 %	2,2 %	2,2 %
Summa	132	121	122

Underlaget för registreringarna omfattar ca 1300 patienter.

Följsamhet till mobil närvård

Inom vårdsamverkan genomförs även mätningar kring följsamhet till den mobila närvården genom nedanstående områden. Resultatet används inom respektive område för att prioritera och arbeta för bättre följsamhet.

- Patienternas upplevda nöjdhet
- Medicinska vårdplaner
- Utskrivningar från sjukhus
- Att läkemedelslista finns med vid utskrivning
- Identifierade felaktiga läkemedelslistor vid utskrivning

Andelen medicinska vårdplaner har fortsatt att öka. Målet för 2018 har varit att öka andelen för samtliga verksamheter, men resultatet visar att vi genomför betydligt fler medicinska vårdplaner inom särskilt boende. Inom hemsjukvård finns det fortsatta behov av förbättringar.

Vårdprevention

Inom särskilt boende har man ett välfungerande arbetssätt kring förebyggande åtgärder. Medarbetarna genomför regelbundet riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och munhälsa och upprättar åtgärdsplan och planerar uppföljning. Inom hemtjänst är däremot endast ett fåtal riskbedömningar genomförda. Riskbedömningar ska göras inför en medicinsk vårdplanering. I hemsjukvården finns ett större antal medicinska vårdplaner än antalet riskbedömningar som är registrerade i kvalitetsregistret Senior alert. Orsaken till detta är inte klarlagd och behöver fortsätta hanteras. Det kan bero på att det saknas kompetens för att registrera i databasen. Det kan även bero på att sjuksköterskorna inte följer rutinerna inför medicinsk vårdplanering.

Trycksår

I kvalitetsregistret Senior alert registreras uppgifter om trycksår i samband med riskbedömning. Mätning har genomförts under en vecka i november och omfattar personer inom särskilt boende, korttid och till viss del inom hemtjänst. Under perioden registrerade sammanlagt 46 trycksår på totalt 36 personer. Även tidigare år har antalet trycksår varit större än antalet personer med trycksår.

Den största andelen trycksår är av grad 1-2, dvs. rodnad som inte bleknar vid tryck, ytliga sår, avskavningar av hud eller blåsa. Under 2018 var 32 st. av trycksåren av grad 1-2.

Det kan vara svårt att definiera graden av ett trycksår och se skillnad på ett trycksår och till exempel sår orsakat av fukt. Det krävs kunskap hos baspersonalen både i förebyggande arbete och diagnostik. Samverkan med sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut är viktigt i arbetet med att förebygga trycksår.

Vid vård i livets slut kan det vara mer humant att inte arbeta med vändschema och profylaktiskt åtgärder utan istället lindra symtomen. Vi strävar därför efter goda kunskaper hos medarbetarna samt teamsamverkan istället för ett nollvärde kring trycksår.

God vård i livets slut

Under 2018 har verksamheten inte prioriterat arbetet kring vård i livets slut. Enhetscheferna för legitimerad personal har tillsammans med teamsamordnande sjuksköterskor granskat resultatet i registret och identifierat flera förbättringsområden som verksamheten behöver prioritera under 2019. Trots dåliga resultat kring munhälsa och utförd validerad smärtskattning är man i verksamheten överens om att patienter i livets slut både fått regelbunden munvård och smärtlindring efter behov.

Tabell 3. Resultat(andel) för Skövde mellan 2016 - 2018 för indikatorerna i Svenska palliativregistret.

Indikator	2016	2017	2018
Läkarinformation till patienten/dokumenterat brytpunktsamtal	70 %	59 %	71 %
Munhälsa bedömd/dokumenterad munhälsa	51 %	42 %	33,1 %
Avliden utan trycksår/ej trycksår vid dödsfallet	91 %	85 %	86 %
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	88 %	-	86,8 %
Utförd validerad smärtskattning/ smärtskattning	24 %	33,5 %	22,1 %
Injektionsläkemedel mot smärta	-	95,5 %	97,1 %
Injektionsläkemedel mot ångest	-	95 %	96 %

Vårdhygien och smitta

Under våren har punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler genomförts. Totalt har 522 observationer genomförts varav 512 finns registrerade i den nationella databasen. Observationsstudien visar på en lägre följsamhet till alla 8 steg kring basala hygienrutiner och klädregler än vid mätningen som genomfördes 2017. Vi har gått från 40,7 % till 34 %. Det förekommer främst brister i att använda handsprit före vårdsituationen samt förkläde.

Resultatet från årets mätning har presenterats och diskuterats i ledningsgruppen. Samtliga enhetschefer har också fått resultatet presenterat. Både material för att upprätthålla en god hygien och arbetskläder finns inom samtliga enheter. Bristerna handlar istället om att man väljer att inte följa regelverket. Både ledning och cheferna för respektive enhet behöver ställa högre krav på följsamhet till basala hygienkrav och klädregler. De behöver även ge hygienombuden större mandat och stöttning i att driva hygienfrågorna i det dagliga arbetet.

Resultatet från höstens mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling visar att Skövde för 4:e året i rad inte har någon person på särskilt boende med en vårdrelaterad infektion. Endast 1 procent har antibiotikabehandling vid mättillfället. 315 personer ingick i mätningen.

Egenkontroll, prioriterade områden

En samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål inom prioriterade områden.

Tabell 4. Prioriterade områden inom patientsäkerhet

Mål 1	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Följsamhet till samordning vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och samordnad individuell plan, SIP	<p>Lärande organisation</p> <p>Upprätthålla samverkan och dialog på både tjänstemanna- och ledningsnivå.</p> <p>Gå från samverkan på generell nivå till att samverka konstruktivt och konkret på enhets- och individnivå.</p>	<p>Startat ett hemgångsteam och sett över planeringsteamets uppdrag och ansvar</p> <p>Åtgärd Utbildning i process och it stöd för alla berörda medarbetare</p> <p>Dialog och samverkan inom sektorn, med sektor socialtjänst och med andra vårdgivare kring utskrivningsprocess och identifierade avvikelser</p> <p>Åtgärd Identifiera och utreda avvikelser</p>	<p>Medarbetarna har en ökad kunskap om den nya utskrivningsprocessen</p> <p>Med stöd av hemgångsteamet har patienter kunnat komma hem inom ett dygn efter att de på sjukhuset bedömts som utskrivningsklara</p> <p>Antalet genomförda SIPar har ökat.</p> <p>Det genomförs regelbundet SIP, både i samband med utskrivning från sjukhus och när behov identifieras.</p>	<p>Verksamheten har under året kommit närmare målet med följsamhet till samordning vid in- och utskrivning och SIP. Det finns dock behov av ett fortsatt arbete inom flera områden.</p> <p>Hemtagningsteamets arbete har fallit väl ut. De har haft utrymme för fler ärenden, vilket setts över. De tar nu även ärenden från korttiden.</p> <p>Planeringsteamets uppdrag har begränsats. Tidigare vårdplaneringar som de genomförde är ersatta med en SIP i hemmet. Denna deltar hemmateamet på.</p> <p>De flesta SIPar genomförs i hemmet efter utskrivning från sjukhus. Deltagandet varierar, här finns möjlighet till förbättring.</p>

Mål 2	Strategi/er	Åtgärder	Resultat	Analys
<p>Säker läkemedels-hantering</p>	<p>Läkemedels-ansvarig sjuksköterska</p> <p>Öka kompetensen hos baspersonal</p>	<p>Reviderad riktlinje för läkemedelshantering</p> <p>Standardiserat introduktion och förberedelser inför delegering</p> <p>Webbaserad läkemedels-utbildning med kunskapstest har införts för baspersonal</p> <p>Sjuksköterskans information och handledning inför delegering har standardiserats.</p> <p>Registrering, utredning och åtgärder kring avvikelser</p>	<p>Ledningsgrupp hälso- och sjukvård har upprättat aktivitetsplan för att säkerställa följsamhet till ny riktlinje</p> <p>Samtlig baspersonal både ny och redan anställd genomför utbildning om läkemedel inför delegering och förnyelse av delegering och träffat ssk för genomgång och handledning innan beslut om delegering</p> <p>Antalet avvikelser kopplat till läkemedel har minskat betydligt.</p> <p>1485 st. avvikelser kring läkemedel. Ökning med 189 st. från år 2017.</p>	<p>Vi har en fungerande läkemedelshantering men behöver få den mer enhetlig i verksamheten.</p> <p>Ssk har påbörjat arbete för att anpassa läkemedels-hanteringen till ny riktlinje, arbetet behöver fortgå under 2019</p> <p>Den nya formen av introduktion och utbildning kring läkemedelshantering har höjt kompetensen betydligt och blir viktig för det fortsatta arbetet</p> <p>Arbetet med att registrera och analysera avvikelser i verksamheten måste fortgå. Varje dygn överlämnas ett stort antal läkemedels-doser, det finns därför risk för att avvikelser inträffar även fortsättningsvis.</p>

<p>Mål 3 Följsamhet till ordinerad rehabilitering</p>	<p>Strategi/er Öka kompetensen hos baspersonal</p>	<p>Åtgärder Introduktions- utbildningen har kompletterats med utbildning kring rehabilitering och personliga hjälpmedel</p> <p>Registrering, utredning och åtgärder kring avvikelser</p> <p>Rehab har deltagit i förstudien av digitala signeringslistor</p>	<p>Resultat 17 avvikelser har registrerats ang. ”brister utifrån rehab plan” det är vanligt förekommande att man glömmer signera t.ex. utförd träning trots ordination</p>	<p>Analys Medarbetarnas förståelse för sitt uppdrag och ansvar kring rehabilitering är bristfälligt. Dagens hantering med ordinationer och signeringslistor i verksamheten är inte påminnelse nog. Inför 2019 finns behov av kompletterande åtgärder för att nå målet.</p>
<p>Mål 4 God munhälsa</p>	<p>Strategi/er Öka kompetensen hos medarbetare</p>	<p>Åtgärder Under hösten har projektet Tandhygienist i kommunal verksamhet, TAIK startat och planeras pågå i 3 år.</p> <p>Information om projektet och utbildningsplan har tagits fram</p> <p>Översyn är påbörjad av följsamhet till att erbjuda munhälso- bedömning och utfärda intyg för nödvändig tandvård</p>	<p>Resultat Enhetscheferna är informerade om projektet och om planerade utbildningar</p> <p>Vid inventering av intygsutfärdare framkommer att främst personer med hälso- och sjukvård fångas upp</p>	<p>Analys Det finns stora förbättringsmöjligheter inom munhälsa. Kompetensen måste öka hos samtliga medarbetare för att nå målet med en god munhälsa.</p>

Avvikelser

Avvikelser till och från annan vårdgivare

Som ett led i att kvalitetssäkra processen vid samordnad vård- och omsorgsplanering skickas en avvikelserapport för utredning mellan vårdgivarna, vid de tillfällen då riktlinjen inte följs

Totalt har 151 avvikelser skickats till annan vårdgivare. Främst handlar avvikelserna om brister i samband med utskrivning från sjukhuset. Återkommande brister gäller dokumentationen som ska överföras till kommunen. Bland övriga avvikelser handlar det främst om brister i samband med resor mellan hemmet och dagverksamhet och daglig verksamhet. Vi får svar på avvikelser som vi skickar till annan vårdgivare men innehållet i svaren är kortfattat och oftast övergripande vilket skapar fortsatt osäkerhet inom vår egen verksamhet.

Det finns troligen ett större mörkertal än tidigare år då omställningen till ny utskrivningsprocess har varit krävande för alla i verksamheten. Ledningsgruppen är överens om att vi måste prioritera fortsatta dialoger både på ledningsnivå och på individnivå. Verksamheten måste gå från att arbeta med samverkan och hantera avvikelser generellt till att konkretisera, utreda och åtgärda det som faktiskt brister.

Tabell 5. Antal externa avvikelser.

Avvikelse:	2016	2017	2018
Från SkaS	9	11	11
Till SkaS	64	154	110
Från Primärvård	0	2	4
Till Primärvård	23	18	18
Från Övrigt	0	0	0
Till Övrigt	8	11	23

I övrigt ingår: privat assistansbolag, annat sjukhus och Samresor AB.

Interna avvikelser

Avvikelserna hanteras på respektive enhet, de utreds, åtgärdas och följs upp. Uppföljning av avvikelser lyfts bland annat på team möten och på APT. Under året har uppföljning även påbörjats inom enhetschefsgруппerna för att få ett lärande i organisationen.

Vikten av att arbeta systematiskt, vilket ansvar varje medarbetare har och hur man använder IT-stödet för registrering av avvikelser har ingått vid dokumentationsombudsträffarna som genomförts under hösten. Både legitimerad personal, baspersonal och enhetschefer har deltagit.

Ledningsgruppen har analyserat resultatet av antalet avvikelser samt diskuterat förbättringar för att få ett systematiskt förbättringsarbete inom sektor vård och omsorg. Det är en stor verksamhet med flera avdelningar. Kunskapen om att identifiera och registrera avvikelser bedöms vara god i hela verksamheten. Men det finns förbättringsmöjligheter för att nå systematik i analys, åtgärder och uppföljning. Riktlinjen för risk- och händelseanalys är ett första steg i arbetet med att nå förbättringsförslaget från 2017 om att genomföra händelseanalys på enheter med högt antal avvikelser.

Det har genomförts händelseanalys inom några enheter där antalet avvikelser varit stort och där avvikelserna bedömts varit omfattande. Analysen har sedan använts som underlag i förbättringsarbetet och i dialog med medarbetare inom berörda enheter. Vissa analyser har även lyfts i enhetschefsgруппerna. Med stöd av den nya riktlinjen ska verksamheten fortsätta utveckla arbetet under år 2019.

De vanligaste orsaken till avvikelser är som tidigare år inom området fall och läkemedel. Antalet fall har ökat något sedan året innan. Ledningsgruppen är enig om att det är orimligt att sträva efter ett nollresultat då det gäller fallolyckor. Det är viktigt att den enskilde inte blir begränsad i sina möjligheter att få röra sig. Personer med demenssjukdom hamnar ofta i perioder av mer oro och svårighet att vara stilla. På grund av demenssjukdomen glömmer personen att "benen inte bär" och att be om stöd, eller att använda sitt hjälpmedel. Risken är då stor för ett fall.

Vårt arbete är istället att identifiera bakomliggande orsaker till fallolyckorna och åtgärda dessa genom t.ex. läkemedelsgenomgång, se över hemmiljön, behovet av hjälpmedel, näringstillförsel m.m. Här är teamarbetet av stor betydelse för att se hela människan dess resurser och behov.

Endast ett fåtal fallolyckor leder till skada för den enskilde. Vanliga skador är sår, blåmärke och övergående smärta. Både för 2018 och året dessförinnan ledde endast 17 % av fallolyckorna till en skada.

Verksamheten utför en mängd insatser kring läkemedelshantering. Det är inte ovanligt att en person har insatsen "överlämnande av läkemedel" 3-4 gånger varje dygn. Denna insats utförs oftast av baspersonal med delegering för uppgiften. Som tidigare år handlar de flesta läkemedelsavvikelserna om "utebliven eller försenad dos". Den vanligaste orsaken till utebliven eller försenad dos är att den som ska utföra insatsen har glömt. Den ökning som kan ses från föregående år finns inom hemsjukvård. Hemtjänsten har under året haft svårt att upprätthålla rätt bemanning i förhållande till volymökningar. En annan orsak till att man glömmer är troligen att baspersonalen har ett flertal insatser som ska utföras vid hembesöket. Händer det dessutom något extra som en fallolycka är risken för att insatsen med läkemedel inte genomförs.

Det kommer krävas flera åtgärder för att säkra läkemedelshantering. En översyn av läkemedelskedjan har påbörjats och ledningsgruppen för hälso- och sjukvård är överens om att läkemedelshantering ska vara ett prioriterat område under 2019. Webbutbildningen kring läkemedelshantering ger ökad kunskap och ansvarstagande hos baspersonal. Även den planerade övergången till digital signering beräknas ge effekt så snart det införs.

Tabell 6. Antal avvikelser per år mellan åren 2016-2018.

År	2016	2017	2018
Totalt antal avvikelser	3502	3766	4379
Läkemedelshantering	1063	1296	1485
Omvårdnad/rehabilitering	142	131	103
Övriga avvikelser	2298	2339	2791

I gruppen övriga avvikelser ingår: Fall, bemötande, dokumentation, information/samverkan och medicintekniska hjälpmedel.

Klagomål och synpunkter

Sedan januari 2018 har vårdgivarens ansvar för klagomålshantering vilket förtydligats i patientsäkerhetslagen. Alla som vill lämna klagomål på vården ska göra det direkt till vårdgivaren eller till patientnämnden, inte som tidigare till Inspektionen för vård och omsorg. Det kommer både klagomål och synpunkter till verksamheten på flera sätt. Under året som gått har det blivit tydligt att hanteringen av klagomål och synpunkter är i behov av översyn för att säkerställa att allt blir omhändertaget, utrett och återkopplat till den enskilde. Det har visat sig att det är svårt att få en samlad bild av

klagomålshanteringen kring hälso- och sjukvård i kommunen idag. Uppgifterna kan komma muntligt via kontaktcenter, skriftligt via ”Synpunkten” som nås via kommunens hemsida, muntligt eller skriftligt direkt till medarbetare. Klagomål och synpunkter kan även komma via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg.

Den vanligaste orsaken till klagomål och synpunkt är att man som patient eller anhörig oroas över att det brister i vård och behandling. I utredningar som genomförts har det återkommande framkommit brister i kommunikation mellan professioner och patient och anhöriga vilket fått till följd att man är osäker över vilken vård och behandling som faktiskt utförts.

Händelser och vårdskador

I samband med att utredningar genomförts under året har behovet av att arbeta tvärprofessionellt tydliggjorts. Vi har rutiner för teamsamverkan redan idag men det finns behov av att lyfta fram och prioritera det ytterligare under kommande år. Andra händelser som utretts visar på vikten av att göra patient och anhöriga delaktiga och att återkommande upprepa information och planerade insatser för att minska risken för missförstånd eller otrygghet uppstår hos den enskilde.

I samband med utredning där ett personligt hjälpmedel använts har det framkommit hur viktigt det är att vara uppmärksam, koncentrerad på uppgiften och att följa givna instruktioner för att undvika risker för vårdskada. Händelsen har lett till utökad information och utbildning till en hel arbetsgrupp.

Den kommunala hälso- och sjukvården blir mer och mer avancerad och ställer därför höga krav på goda kunskaper, handledning i specifika situationer och täta uppföljningar av legitimerad personal vilket framkommer då man utreder händelser i verksamheten.

4. Mål och strategier för kommande år

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

- Se över strukturen för patientsäkerhetsarbetet
- Ökakunskap och tillämpning av risk- och händelseanalys
- Samordna hanteringen av klagomål och synpunkter
- Följsamhet till riktlinjer och rutiner

Samverkan

- Följsamhet till samordning vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och samordnad individuell plan, SIP
- Regelbundna teammöten för samsyn kring behov och planerade åtgärder för den enskilde

Vårdprevention

- Säkerställa kompetens och regelverk kring munhälsa
- Följsamhet till kvalitetsregister Senior alert, Palliativregister och BPSD