HÅBO KOMMUN

VON 2020/00012 nr 4496

Patientsäkerhetsberättelse år 2019

Vård- och omsorgsnämnden

Verksamhetschef hälso- och sjukvård, Mats Ståhl Elgström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Irene Eklöf
Medicinskt ansvarig för rehabilitering, Monica Lundquist

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning 3
2 Övergripande mål och strategier 3
3 Organisation och ansvar 4
4 Samverkan för att förebygga vårdskador 6
5 Patienters och närståendes delaktighet 7
6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet..... 7
7 Klagomål och synpunkter 8
8 Egenkontroll 9
9 Åtgärder för att öka patientsäkerheten 9
10 Resultat och analys 12
11 Mål och strategier för kommande år 17

1 Sammanfattning

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minska risken för att personer drabbas av vårdskada. En hög patientsäkerhet kännetecknas av att patienter och personalen är delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, att det finns en god patientsäkerhetskultur och att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande förhållningssätt

Under året har arbetet gjorts kring att förbättra strukturen kring avvikelsehantering. Rutinen för avvikelsehantering har reviderats och implementerats.. En uppgradering av avvikelsemodulen i verksamhetssystemet har genomförts sammantaget har det medfört vissa förbättringar i hanteringen.

Det har under lång tid funnits brister i hur information om hälso- och sjukvårdsinsatser förs över till omsorgspersonal i verksamhetssystemet, inklusive återkoppling. Under året har rutinen reviderats. Dock krävs ytterligare arbete för att säkerställa informationsöverföringen.

Antalet avvikelser totalt ökar något, till en del beroende på att verksamheten ökar, två gruppbostäder har öppnats under året och antalet personer med insatser från hemtjänst och hemsjukvård ökar också. En annan orsak kan vara en ökad medvetenhet om att rapportera avvikelser, vilket är bra, då dessa kan åtgärdas och förebyggas. Tre allvarliga händelser har inträffat under året som har bedömts som allvarlig vårdskada och anmälts till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid två av dessa var hjälpmedel inblandade.

Antalet personer som drabbas av tryckskador i våra verksamheter har ökat under året, från 10 personer år 2018 till 19 personer år 2019. Antal personer som drabbats av fraktur efter fall har minskat från 16 personer år 2018 till 12 personer år 2019.

Närvårdsamverkan äldre har utvecklats under året. Primärvården deltar regelbundet i planeringen av utskrivningar från slutenvården tillsammans med kommunens planeringsteam. De bristområden som kunde ses i utskrivningsplaneringen år 2018 är dock i stort sett desamma år 2019; följsamhet till processen vid utskrivning. Bristerna medför en risk för att hälso- och sjukvårdsinsatser uteblir eller fördröjs efter hemgång. Antalet personer som erbjuds en samordnad individuell plan (SIP) i samband med utskrivning är få.

Samlad bedömning och framåtblick

Arbetet med att minska antalet vårdskador är ett långsiktigt arbete. Vissa förbättringar går att se, men det går också att se försämringar. Antalet tryckskador ökar på särskilt boende för äldre där förebyggande insatser ges efter riskbedömning för fall, tryckskada, undernäring samt ohälsa i munnen. Varför tryckskador ökar behöver ytterligare belysas.

Förutsättningarna för att hantera avvikelser har förbättrats under året. Dock krävs ytterligare insatser för att enklare få ut relevant data från våra system, samt stöd till verksamheterna att analysera avvikelser, ta lärdom av vad som händer och använda detta i förbättringsarbete. I verksamheten finns en kultur att rapportera avvikelser vilket också är en god förutsättning för ett bra patientsäkerhetsarbete

2 Övergripande mål och strategier

Övergripande mål och strategier för patientsäkerheten 2019

Tre övergripande målområden planerades som fokus under 2019.

- Vårdskador
- Säker utskrivningsprocess
- Patientens delaktighet i planering av vård.

Mål att minska antalet vårdskador och risk för vårdskador

För att undvika att patienter drabbas av vårdskador är det viktigt att arbeta förebyggande och riskmedvetet. Att rapportera avvikelser och att utreda händelser som inträffat ger kunskap till verksamheten om vilka risker som finns och varför de inträffar. I verksamheterna har man sedan många år arbetat strukturerat med avvikelsehantering. Det finns ett tydligt och väl inarbetat arbetssätt i verksamheterna att hantera avvikelser på individnivå. Att kartlägga och sammanställa brister på enhetsnivå är ett område som behöver utvecklas för att kunna arbeta med förbättringar i verksamheten.

Aktiviteter med koppling till målet:

- Framtagande och implementering av ny rutin för hantering av avvikelser och klagomål.
- Införande av ny avvikelsemodul i verksamhetssystem Treserva

Mål att alla hemsjukvårdsinsatser av sjuksköterska vid utskrivning från slutenvård ska föregås av en samordnad medicinsk planering.

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården som trädde i kraft 2018-01-01 innebar att processen vid utskrivning förändrades. I och med förändringen så ställs stora krav på alla aktörer att förmedla och hantera information i processen på ett säkert och överenskommet sätt. Det finns risker i patientsäkerheten om samverkan och ansvar inte tydliggörs och följs.

Aktiviteter med koppling till målet:

- Utveckla närvårdssamverkan.
- Beskriva hälso-sjukvårdsprocessen inklusive rehabiliteringsprocessen för att tydliggöra kommunens roll, hur man blir aktuell i den kommunala vården.

Mål att öka andelen personer som erbjuds en samordnad individuell plan

En samordnad individuell plan (SIP) ska erbjudas den enskilde om hälso-och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser behöver samordnas. Få personer erbjuds SIP och det är ett viktigt område att utveckla för att stärka patientens delaktighet.

Aktiviteter med koppling till målet

- Kompetensutveckling av legitimerad personal
- Dialog om SIP i närvårdssamverkan.

3 Organisation och ansvar

Intern organisation patientsäkerhet

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård. De ansvarar också för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete revideras för närvarande och kartläggning av hälso-sjukvårdens processer pågår.

Verksamhetschef hälso- och sjukvård ansvar, enligt 4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen

- Att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

- Att det finns rutiner och processer beskrivna i ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Att personalens kompetens upprätthålls genom utbildningsinsatser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering har enligt 4 kap. 6§ första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), nedan HSF, ansvar för:

att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om

att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten

- a) läkemedelshantering
  b) rapportera enligt 6 kap. § 4 patientsäkerhetslagen
  c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det

att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för

Enhetschef äldreomsorg och funktionsnedsatta

Enhetschef har ett helhetsansvar för att för god vård och omsorg på enheten. Det innebär bland annat att se till att det finns en ändamålsenlig organisation och att personalen har kompetens för sina arbetsuppgifter.

De har också ansvar för att hantera risker för patientsäkerheten och att arbeta förebyggande.

På varje enhet ska också finnas ett forum för kvalitets- och förbättringsarbete samt forum för individuell planering av vård och omsorg.

Legitimerad personal

Legitimerad personal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659

De har en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Omsorgspersonal

- Omsorgspersonal avses som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder legitimerad personal och utför ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har därmed också en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Extern organisation patientsäkerhet

Patientsäkerhetsgruppen i regionen arbetar på uppdrag från tjänsteledning hälso- och sjukvård och omsorg. Syftet är att verka för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i samverkan mellan regionen och kommunerna. Gruppen behandlar avvikelser vid vårdens övergångar, exempel vid utskrivning från slutenvården.

Vårdhygien - sektionen för Vårdhygien på Akademiska sjukhuset har som en uppgift att stödja kommunerna i arbetet kring god vårdhygien och smittskydd. De ger bland annat råd vid utbrott av magsjuka och besöker kommunen och träffar enhetschefer, hygienombud och medicinskt ansvarig sjuksköterska med jämna mellanrum.

Strama, en nationell organisation med syftet - samverkan mot antibiotikaresistens. Den lokala Stramagruppen i region Uppsala samarbetar med sektionen på Vårdhygien på Akademiska sjukhuset och stödjer också kommunerna för att minska antalet infektioner och antibiotikaanvändning.

4 Samverkan för att förebygga vårdskador

Identifierade områden där det finns risk för vårdskada

Utskrivning från slutenvården

I samband med utskrivning från slutenvård finns risk för uteblivna eller fördröjda hälso- sjukvårdsinsatser om inte alla aktörer har följsamhet till processen. Ett område där följsamheten är låg från slutenvården är bedömning om patient är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser eller om patienten själv kan utföra insatserna, en bedömning av patientens förmåga till egenvård. Om patienten ska ha fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen ska vårdcentralen skicka uppdrag om behov av hemsjukvård . För att minska risken för fördröjning så har en överenskommelse gjorts att distriktssköterskorna från varje vårdcentral kan lämna ett muntligt uppdrag som bekräftas skriftligt senare.

Avvikelser om att slutenvården inte utför egenvårdsbedömningar och att information därför saknas om behov av hälso- och sjukvårdsinsatser av kommun, har skrivits och kontakt har tagits kontakt med chefläkare på Akademiska sjukhuset. Inom slutenvården är man medvetna om problemet.

Samverkan mellan personal

I de utredningar av brister och hantering av klagomål i verksamheten på nystartad gruppbostad framgår det att information och kommunikation mellan legitimerade och omsorgspersonal emellan är ett område som behöver utvecklas. På gruppbostaden har man identifierat åtgärder som är nödvändiga för att stärka kommunikation och information. En åtgärdsplan har tagits fram.

Informationsöverföring mellan personal

Informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal är ett område som måste fungera för att säkerställa hälso- och sjukvårdsinsatser. En rutin har tagits fram för att förtydliga ansvar och roller i processen. Det har medfört att problemen har blivit synliggjorda och att det handlar om kunskap om systemet, systemets funktioner, otydlighet i ordinationer och arbetssätt på enheterna. Sammantaget krävs fortsatta insatser.

Samverkan med regionens habilitering

I samband med öppnandet av en ny gruppbostad inom LSS har det framkommit att förtydligande av roller och ansvar mellan kommunens legitimerade personal och habiliteringens legitimerade personal är ett viktigt område. De personer som bor på LSS bostad har mycket insatser från både den kommunala rehabiliteringen och från regionens habilitering. Avvikelser har skrivits under året på uteblivna insatser. Syftet är att säkerställa att personer inte hamnar mellan vårdgivare och att resurserna utnyttjas effektivt. Det är viktigt att tydliggöra uppdragen hos respektive vårdgivare och skapa struktur för samverkan. Verksamheterna har regelbundna samverkansmöten som behöver struktureras ytterligare.

Samverkan vid förskrivning av elrullstol

I processen att förskriva elrullstol bedömer arbetsterapeut behov och förutsättningar för

förskrivning av elrullstol. Om det finns behov av en kompletterande medicinsk bedömning från läkare ska det inhämtas för att identifiera hinder som kan utgöra risker. I utredningen kring en avvikelse om bristfällig medicinsk bedömning har detta belysts. Det har medfört att processen har förtydligats i samverkan med patientsäkerhetsgruppen i regionen.

Riskbedömning vid förskrivning av hjälpmedel

I samband med de avvikelser som inträffat med hjälpmedel har samverkan mellan kommunerna och länets hjälpmedelscentral initierats för att ta fram stöd vid riskbedömning vid förskrivning av hjälpmedel.

5 Patienters och närståendes delaktighet

Enligt 4 § 3 kap. Patientsäkerhetslagen framgår att vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

När allvarliga händelser inträffar involveras patient och närstående i utredningen om man önskar. Patient och närstående informeras om resultatet av utredningen. Vid mindre allvarliga avvikelser informeras patient och anhöriga men erbjuds vanligen inte att delta.

Det finns ingen övergripande samverkansstruktur där patienter och närstående ingår vad gäller patientsäkerhet.

6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Rapportering av avvikelser

All personal som arbetar inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera händelser som kan medföra en skada eller riskerar att medföra en skada för den enskilde. I den skyldigheten ingår också att ta emot klagomål och hantera dessa. Alla medarbetare inom vård och omsorgsförvaltningen ska ha kännedom om sin rapporteringsskyldighet och tillgång till avvikelsesystem för att kunna rapportera avvikelser och klagomål. I Socialförvaltningen finns en riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter som övergripande beskriver hur avvikelser ska hanteras och vilket ansvar olika roller har i verksamheten. För verksamheter inom vård och omsorg finns en rutin som beskriver arbetssättet med avvikelser.

Riskbedömning

Avvikelsens risknivå bedöms utifrån sannolikhet för ett inträffande och allvarlighetsgrad om det inträffar. Som stöd i bedömningen finns en riskmatris i avvikelsesystemet.. Resultatet av bedömningen beräknas automatiskt i en riskpoäng.

Bild riskbedömning från avvikelsemodulen

Sannolikhetsgrad	Allvarlighetsgrad			
	4. Katastrofal	3. Betydande	2. Måttlig	1. Mindre
4. Mycket stor	16	12	8	4
3. Stor	12	9	6	3
2. Liten	8	6	4	2
1. Mycket liten	4	3	2	1

Rapportering utifrån lagrum

Avvikelser rapporteras utifrån lagrum vilket innebär att hälso- och sjukvårdsavvikelser och socialtjänstavvikelser är åtskilda och definierade. Från och med år 2020 kommer hälso- och sjukvårdsavvikelser och avvikelser inom socialtjänsten att sammanställas och rapporteras var för sig till vård- och omsorgsnämnden.

hälso- och sjukvårdsavvikelser är definierade som:

- Fall
- Läkemedel (utebliven dos eller signatur, dubbel dos, fel patient mm)
- Tryckskada på enhet/från annan enhet
- Utebliven insats hälso-och sjukvård
- Försenad insats hälso- och sjukvård
- Bristande information hälso- och sjukvård
- Medicinteknisk produkt
- Brist åtkomst IT system legitimerad personal
- Annan händelse

Sammanställning och utredning av avvikelser

Avdelningschef har ansvar för att avdelningen som helhet hanterar avvikelser och klagomål enligt fastställda riktlinjer och rutiner. På enhetschefsnivå ligger att hantera enhetens inrapporterade avvikelser regelbundet och tillsammans med teamet utreda avvikelser och klagomål samt att dra lärdom om inträffade händelser för att kunna använda i förbättringsarbete. Enhetschef ansvarar också för att sammanställa avvikelser på sin enhet och rapportera det totala antalet avvikelser inom olika områden i verksamhetssystemet Stratsys. MAS och MAR utreder allvarliga avvikelser med riskpoäng mellan 8-14 och gör bedömning om allvarlig vårdskada (Lex Maria) samt är anmälningsansvarig till IVO. MAS och MAR sammanställer också rapporter kring avvikelser hälso- och sjukvård till vård och omsorgsnämnden.

7 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter är en del av avvikelsehanteringen och rapporteras på samma sätt som avvikelser i verksamhetssystemet. De kan också komma in via kommunens synpunktshantering. Allvarliga klagomål kommer till medicinskt ansvariga för vidare utredning. En bedömning görs om klagomålet har medfört en allvarlig vårdskada och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Klagomålen redovisas i rapport till nämnd tillsammans med avvikelser tre gånger per år.

Under året har ett klagomål inkommit som rör hälso-- och sjukvård. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har utrett klagomålet genom att träffa närstående, tagit del av journalen och haft kontakt med berörd legitimerad personal.

8 Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Lyftselar	2 ggr/år	Hjälpmedelsportal, Protokoll leverantör
Läkemedelshantering	2 ggr/år	Protokoll
Basala hygienrutiner och klädregler	2 g/år	Protokoll Vårdhygien
Hygienrond särskilt boende äldre	1 g/år	Protokoll Vårdhygien
Medicintekniska produkter, kontroll individuella hjälpmedel och basutrustning.	1 g/år	Enhetens register hjälpmedel. Protokoll Rutiner för medicintekniska produkter
Journalgranskning	1 g/år	Treserva
Informationssäkerhet patientjournal och NPÖ*	1 g/år	loggkontroll Treserva, NPÖ
Internrevision av admin HSA**	1 g/år	Avtal Inera

* NPÖ- Nationell patientöversikt; kommunens legitimerade personal kan efter samtycke från patient, och vid en vårdrelation, ta del av landstingets patientjournal.

** HSA - Hälso- och sjukvårdens adresskatalog, här registreras personal inom kommunen som behöver en e-legitimation för åtkomst till olika system.

9 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Mål att minska antalet vårdskador och risk för vårdskador

Att minska vårdskador är ett mycket långsiktigt mål och är ett ständigt övergripande mål med patientsäkerhetsarbetet. Att avvikelser rapporteras och hanteras är en del i patientsäkerhetsarbetet. I verksamheten finns en kultur att rapportera avvikelser vilket är en god förutsättning till ett bra patientsäkerhetsarbete.

Åtgärder avvikelsehantering

Rutin för avvikelsehantering och klagomål hälso-sjukvård har reviderats med syfte att stödja enheterna i arbetet med avvikelser. En förändring är att hälso- och sjukvårdsavvikelser och avvikelser social omsorg nu rapporteras för sig. Parallellt så har en ny modul för avvikelser införts i Treserva.

Åtgärder informationsöverföring

Det har under långt tid funnits brister i hur information om hälso-sjukvårdsinsatser överförs till personal i verksamhetssystemet Treserva. I och med införande av en ny patientjournal har det blivit ännu tydligare att det påverkar patientsäkerheten. Rutinen kring informationsöverföring har därför reviderats och implementerats i verksamheterna för att bidra till målet att minska antalet vårdskador.

Mål att alla hemsjukvårdsinsatser av sjuksköterska ska föregås av en samordnad medicinsk planering

Åtgärd medicinsk planering

I närvårdsamverkan för äldre har vi haft en dialog som har syftat till att sjuksköterskeinsatser som ska utföras av den kommunala hälso-sjukvården ska föregås av en medicinsk planering. Det är viktigt för att säkerställa att den medicinska informationen som är nödvändig vid hemsjukvårdsinsatser finns. En förbättring har

skett under året.

Åtgärd processkartläggning hälso- och sjukvård

I arbetet med att införa ett ledningssystem för hälsosjukvård har processkartläggning av den kommunala hälso-och sjukvården påbörjats. I arbetet tydliggörs uppdrag, roller, ansvar samt avgränsning mot andra vårdgivares uppdrag. Processkartläggningen ska också hjälpa verksamheten att arbeta systematiskt, lika och att hitta förbättringsområden i processerna

Annat som har gjorts under året med koppling till området säker utskrivningsprocess.

Samverkansdialogen har stärkts med primärvården och slutenvården (Enköpings lasarett). Antalet avvikelser som rör samverkan har trots det ökat. Teamet som planerar hem patienter, Håbo-teamet, har börjat skriva gemensamma avvikelser för att gemensamt identifiera brister i processen. Avvikelserna berör främst brister i följsamhet till processen vid utskrivning. Vilket är ett identifierat problem på regional nivå. Ett exempel är att slutenvården i hög grad inte bedömer fortsatt behov av hälso- och sjukvård vilket medför risk för att patienters behov av hälso-och sjukvård inte kan tillgodoses vid utskrivning. Bristerna har inte resulterat i att patienter blivit utan hälso- och sjukvårdsinsatser. Det innebär dock stort arbete för kommunens hälso-sjukvårdspersonal att bevaka alla patienter som skrivs ut från slutenvården och efterfråga utebliven information.

Mål att öka andelen personer som erbjuds en samordnad individuell plan (SIP)

Åtgärd kompetensutveckling

Kompetensutveckling av legitimerad personal har påbörjats under året och kommer att fortsätta detta år. Vad gäller dialogen i närvårdssamverkan äldre så har fokus varit vi att få till en medicinsk vårdplanering efter sjukhusvistelse och inte att erbjuda en SIP.

9.1 Riskanalys

5 kap. Systematiskt förbättringsarbete

Riskanalys

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet

enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser

skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Att arbeta systematisk med riskanalyser är ett område som behöver utvecklas i organisationen. Under året har följande riskanalyser gjorts på en övergripande nivå:

Riskanalys av minskad bemanning av sjuksköterskor inom hemsjukvården. Bedömd risk är att patienter får en försenad eller utebliven bedömning av försämrat hälsoläge. Anpassning som är genomförd är bland annat att en undersköterska jobbar tillsammans med en sjuksköterska varje helg.

Riskanalys kring dokumentation i hälsoärendet, rubrik enstaka åtgärd och utförd åtgärd.
Bedömd risk är utebliven insats hos patienten eftersom information inte syns då sjuksköterskan söker under viss tid. Den anpassning som är utförd är att inte använd funktionen förrän det är säkerställt att funktion finns tillgänglig i systemet.

Riskanalys kring dokumentation i patientjournalen för undersköterskor i hemsjukvården. Bedömningen är att undersköterskan kan dokumentera i

patientjournalen. Dokumentation sker inom begränsat område.

Riskanalys läkemedelshantering på servicebostad.
Bedömd risk är att den nuvarande hanteringen, där vanligen enhetschef ställer frågan om behov av hjälp med läkemedel, inte alltid fungerar optimalt. För att öka säkerheten kring hantering av läkemedel kommer sjuksköterskan att ställa frågan vid sin första kontakt med personen som flyttar in och vid behov också kontakta läkare efter samtycke.

9.2 Utredning av händelser - vårdskador

Under året har tre allvarliga händelser utretts som har medfört allvarliga vårdskador. Två av händelserna rör hjälpmedel som hanterats felaktigt och resulterat i olyckor med vårdskador som följd. En av händelserna rör ett fall där konsekvensen för patienten blev en hjärnblödning men där händelsen inte hanterats som en allvarlig avvikelse förrän ca. tio månader efter att händelsen inträffat då Medicinskt ansvarig sjuksköterska får kännedom om händelsen.

Alla tre händelser är bedömda som vårdskador och anmälda till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. I utredning av händelserna med hjälpmedel har framkommit vikten av att tydliggöra information till användare av hjälpmedel, tillgängliggöra kunskap för användare av hjälpmedel och förbättra kvalitén i förskrivningsprocessen kopplat till risker med hjälpmedel. Vad gäller händelsen där vårdskada uppkom efter ett fall behövs en översyn av rutiner och arbetssätt med avvikelser och rutin för informationsöverföring mellan sjuksköterskor.

9.3 Informationssäkerhet

Stickprovskontroll av loggar patientjournalen

All legitimerad personal finns inom en enhet i kommunen, hemsjukvården. De har olika ansvarsområden, men täcker också för varandra under helger och ledigheter. De har därför behörighet att se alla patienter som är anslutna till hemsjukvården och där det finns en patientjournal upprättad. Pomona hus 2, som drivs av Humana omsorg sedan 2017-02-02, har sjuksköterskor dagtid, vardagar. De sjuksköterskorna har endast behörighet till patienterna på hus 2. Stickprovskontroll har genomförts vid två olika tidpunkter under året och de var utan anmärkning.

Granskning av patientjournaler

Ett slumpmässigt urval på 20 % av de journaler som startades under en period av tre månader har granskats vad gäller följsamhet till patientdatalagen. Syftet var också att se vilka svårigheter som fanns med anledning av att ett nytt journalsystem med delvis annat språkbruk infördes vid årsskiftet. Resultatet visar på svårigheter att hitta och dokumentera i systemet, främst hos sjuksköterskegruppen. Brister fanns också i följsamheten till patientdatalagen. Bristerna och svårigheterna har följts upp under året och fortsatta åtgärder kommer också att genomföras år 2020, bland annat genom utbildningsinsatser. Förbättringar i verksamhetssystemet kommer också att ske genom uppgraderingar.

Riskanalys kring dokumentation i patientjournaler för undersköterskor i hemsjukvården

Hemsjukvården har anställt undersköterskor i sin organisation under 2019. Syftet är bland annat att kunna bistå sjuksköterskan med vissa arbetsuppgifter, som blodprovstagning och såromläggningar. De behöver då kunna dokumentera i patientjournalen att åtgärden är utförd samt eventuella iakttagelser i samband med

åtgärden. En riskanalys har utförts kring vilken behörighet som är lämplig samt eventuella risker. Slutsatsen blev att undersköterskor anställda i hemsjukvården får behörighet att dokumentera i patientjournalen på de enheter som sjuksköterskor dokumenterar på. Skillnaden är att undersköterskan endast dokumenterar på vissa områden enligt en mall.

10 Resultat och analys

Resultat mål och strategier för år 2019

Mål - Minska antalet vårdskador och risk för vårdskador.

Aktiviteter

- Ta fram en rutin för hantering av avvikelser och klagomål hälso- och sjukvård.
- Implementera ny rutin och den nya avvikelsemodulen i Treserva.

Resultat

Att minska vårdskador är ett övergripande och långsiktigt mål med patientsäkerhetsarbetet. Under år 2019 har vi inte kunnat visa på någon minskning av antalet vårdskador. En grund för arbetet med att minska antalet vårdskador är väl fungerande struktur för avvikelsehantering. Den reviderade rutinen och avvikelsemodulen ökar förutsättningarna, men ytterligare insatser behövs.

Resultat Informationsöverföring

Det finns en osäkerhet hos medarbetare att information om hälso-sjukvårdsordinationer som omsorgspersonal ska utföra inte finns tillgängliga för all personal i verksamheten. Information ges på olika sätt, muntligt, skriftligt, i verksamhetssystemet. Under 2019 gjordes ett omtag kring informationsöverföring. Rutinen reviderades med syfte att tydliggöra, vilket främst har lett till att problemen blir mer synliga. Under året har en ny patientjournal helt implementerats,. Strukturen i den har påverkat informationsöverföringen. Båda saker sammantaget har lett till att svårigheterna med informationsöverföringen blir mer påtagliga. Ansvaret för att ordinationer om hälso- och sjukvårdsinsatser når omsorgspersonalen ligger på enhetschefen, oavsett funktion i systemet. Området behöver vidareutvecklas för att stärka patientsäkerheten.

Mål - Öka patientsäkerheten vid utskrivning från slutenvården genom att alla hemsjukvårdsinsatser av sjuksköterska föregås av en samordnad medicinsk planering

Aktivitet

- Utveckla former för närvårdssamverkan.
- Beskriva hälso- och sjukvårdsprocessen inklusive rehabilitering i kommunen som ett led i att tydliggöra våra olika roller.

Resultat

Patientsäkerheten vid utskrivning från slutenvården har inte förbättras under året. För att kommunens hälso- och sjukvård ska påbörja sjuksköterskeinsatser krävs ett uppdrag från primärvården. Uppdraget grundar sig på slutenvårdens bedömning av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som personen behöver. Det är i detta led som flertalet brister finns, bedömning saknas eller är bristfällig. Konsekvenser blir en risk för utebliven eller fördröjd insats, vilket kan medföra risk för vårdskada. Dock har inga allvarliga vårdskador inträffat i samband med utskrivning från slutenvården. En annan konsekvens är också att det medför en osäkerhet hos kommun vad som händer när personen kommer hem. Dock har samverkan inom närvården för äldre utvecklats och förbättrats

under året. Primärvården deltar i kommunens dagliga möten kring utskrivningsplanering via telefon.

Hälso- och sjukvårdsprocessen har kartlagts som ett led i arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det återstår dock att använda oss av processen med syftet att tydliggöra våra roller i kontakt med vårdgrannar.

Mål - Öka andelen personer som erbjuds en samordnad individuell plan (SIP)

Aktivitet

- Kompetensutveckling av legitimerad personal.
- Dialog och diskussion i närvårdssamverkan

Resultat

Kompetensutveckling av legitimerad personal har påbörjats under året och personalen har också deltagit i flera SIP:ar. Det går inte att säga om antalet personer som får en SIP har ökat eller inte.

10.1 Egenkontroll

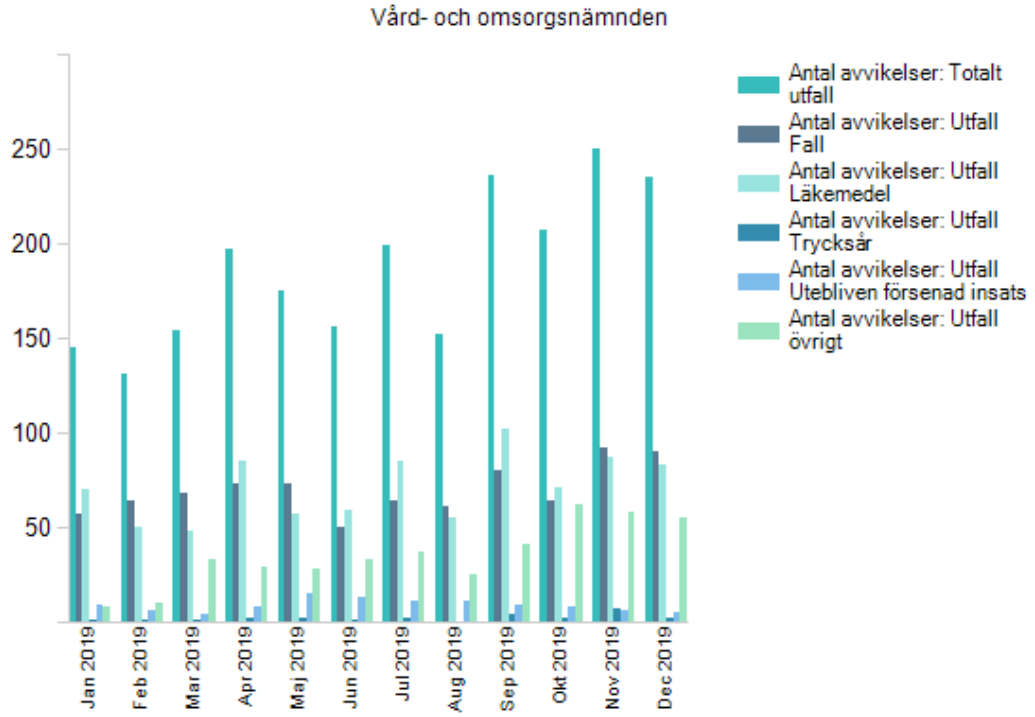
Mål	Strategier	Åtgärd	Resultat	Analys
Ingen smittspridning bland personer som har insatser hälso- och sjukvård och social omsorg.	Mätning 2 ggr/år	Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.	9 av 14 enheter har utfört egenkontroll första halvåret och 6 har utfört andra halvåret.	Behov av insatser för ökad följsamhet.
Ingen smittspridning bland personer som har insatser hälso- och sjukvård och social omsorg.	Kontroll 1 g/år.	Hygienrond särskilt boende äldre	3 av 3 enheter har utfört egenkontroll hygienrond.	God följsamhet.
Rätt läkemedel till rätt person, vid rätt tid	Kontroll 2 ggr/år.	Koll av aktuella läkemedelslistor, att datum ej gått ut för läkemedel.	11 av 14 enheter har utfört kontrollerna, 2 har gjort det delvis (hemtjänsten Kärnhuset och Buurtzorg) och en inte alls (Korttidsplatser hus 4).	Som orsak till att kontrollerna ej blivit utförda anges tidsbrist. Visst behov av förbättring, men i stort god följsamhet.
Att alla lyftselar som används på patient är säkra	Periodisk inspektion av 2 ggr/år	Kontroll av lyftsele enligt protokoll från leverantör	7 av 8 verksamheter har genomfört periodisk inspektion.	Arbetssättet att kontrollera lyftselar har funnits i många år. Det har genomförts i hög utsträckning tidigare år. Arbetsbelastningen för arbetstera-peuter och fysioterapeuter har varit hög under året och man har inte kunnat prioritera kontrollerna i ordinärt boende.
Att hjälpmedel på särskilt boende	Årlig kontroll av hjälpmedel	Leg. personal kontrollerar	Individuellt förskrivna	Följsamhet till att genom kontroller på

Mål	Strategier	Åtgärd	Resultat	Analys
SOL/LSS är säkra att använda		förskrivna hjälpmedel enligt protokoll. Enhetschef ansvarar för att basutrustning kontrolleras.	hjälpmedel har kontrollerats i 8 av 8 verksamheter. Basutrustning har kontrollerats i 6 av 8 verksamheter.	hjälpmedel inom Säbo SOL/LSS är god.
Följsamhet till patientdatalagen	Granskning 1g/år.	Granskning patientjournal	Vissa brister ses.	behov av kompetensförstärkning hos legitimerad personal.
Ingen obehörig personal ska ha åtkomst till patientjournal och NPÖ	Loggkoll 1g/år patientjournal, Loggkoll 1 g/mån. NPÖ	Logg koll patientjournal och NPÖ	kontroll ua.	God kontroll.
Följsamhet till avtal med Inera	Kontroll 1 g/år.	Internrevision av Hälso- och sjukvårdens adresskatalog (HSA)	Utförd.	God kontroll.

Förutom egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler så utför sjuksköterskor på särskilt boende för äldre en registrering av infektioner och antibiotikabehandling. Resultatet sammanställs sedan av sektionen för Vårdhygien på akademiska sjukhuset och delges kommunerna. Syftet är att resultatet ska användas i förbättringsarbete på enheterna. Årets resultat är ännu inte klart, men preliminära siffror visar att vi har fortsatt hög andel patienter jämfört med andra kommuner i regionen, som drabbas av urinvägsinfektion utan urinkateter och lunginflammation.

Apoteket AB har genomfört en extern granskning av läkemedelshanteringen på enheterna. Som helhet fungerar läkemedelshanteringen bra, vissa mindre ändringar har genomförts. I samband med granskningen så fick delegerad personal svara på en enkät kring läkemedelshantering. Tyvärr var det ganska låg svarsfrekvens, men de som svarade hade god kunskap kring läkemedel. Enhetschef har återkopplat resultatet till personalen.

10.2 Avvikelser



Sammanfattning av totala avvikelser, kommunala och privata vårdgivare

Diagrammet ovan visar antalet avvikelser som inträffat inom kommunens enheter och hos de privata utförarnas enheter från januari till december. Även avvikelser som vi fått från andra vårdgivare räknas in här. Totalt 2233 avvikelser (2161 avvikelser år 2018).

Andelen fallavvikelser är 32 % (40 % år 2018) och andelen läkemedelsavvikelser är 33 % (37 %år 2018). Viss minskning ses alltså både vad gäller andelen läkemedelsavvikelser och andelen fallavvikelser.

Av det totala antalet fall har 9 personer på särskilt boende för äldre drabbas av fraktur, en person med insatser enligt LSS och två personer i ordinärt boende, totalt 12 frakturer. Jämfört med föregående år 2018 så är antalet fall som medfört en fraktur hos personer minskat totalt sett från 16 till 12 och är oförändrat på särskilt boende för äldre. Antalet fallavvikelser har ökat markant hos personer med hemtjänstinsatser i ordinärt boende jämfört med föregående år.

25 personer har fått trycksår, varav fyra har uppkommit hos annan vårdgivare. Det är en ökning jämfört med år 2018. Då fick 18 personer en tryckskada varav åtta uppkommit hos annan vårdgivare. Varför tryckskador ökar behöver ytterligare belysas och åtgärder vidtas.

Rutin för avvikelsehantering och den nya avvikelsemodulen stödjer till viss del cheferna i processen. Systemet som helhet stödjer arbetet med avvikelsehantering men det finns också brister i systemet som gör det svårt att använda. Det krävs ytterligare insatser för att enklare få ut relevant data från våra system, samt stöd till verksamheterna att analysera avvikelser, ta lärdom av vad som händer och använda detta i förbättringsarbete.

10.3 Klagomål och synpunkter

Ett klagomål har inkommit från föräldrar till en person som bor på en gruppbostad. Klagomålet handlade om att föräldrarna inte blivit informerade om när deras son skadat

sig, fel med läkemedel med mera. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har träffat föräldrarna och berörd legitimerad personal samt tagit del av dokumentationen i patientjournalen.

Som en följd av klagomålet och även andra händelser på enheten har samverkan ökat och förbättrats. Det gäller både samverkan mellan legitimerad personal och omsorgspersonal på enheten och samverkan mellan legitimerad personal i kommunen och på habiliteringen.

Arbetet med att uppmärksamma klagomål och synpunkter behöver förstärkas. Klagomål registreras i vårt system på samma sätt som avvikelser och bör få samma dignitet i hanteringen.

10.4 Händelser och vårdskador

Under året har två avvikelser med hjälpmedel inträffat som båda resulterat i skador hos patienter. Troliga orsaker till händelserna beror på brister i tillsyn, brist i anpassning av hjälpmedel utifrån individuella behov och brister i kunskap om hjälpmedel hos omsorgspersonal. En viktig lärdom av händelserna är att kunskap om risker med hjälpmedel måste finnas hos all personal, chefer, legitimerade och omsorgspersonal. Informationen måste finnas tillgänglig för den som använder hjälpmedel och kunskap om hjälpmedel och risker måste kontinuerligt stämmas av. Ett antal åtgärder har genomförts och planeras utifrån händelserna.

En allvarlig händelse där en person fått en hjärnblödning i samband med ett fall har utretts 10 månader efter att händelsen inträffat. I utredningen framkommer att informationsöverföring mellan sjuksköterskor är ett område som behöver stärkas. Att avvikelsen inte har utretts och skickats vidare till MAS visar på att det finns behov av att förtydliga processen vid utredning av avvikelser.

Flera avvikelser som rör uteblivna rehabiliteringsinsatser har rapporteras under året. Det handlar om olika träningsinsatser som inte blivit genomförda alls eller i den utsträckning som ordinerats eller att man inte signerat att insatser är utförda. Det finns ett behov av att bättre förstå hur det kommer sig att följsamhet till rehab-ordinationer är lägre än till övriga hälso-sjukvårdsinsatser.

Två händelser med förväxling av läkemedel samt en utebliven dos av insulin har inträffat inom hemtjänsten. Läkemedlen som förväxlades förvarades i hemtjänstlokalen. Händelserna har lett till att det blivit tydligt hur viktigt det är att säkra att läkemedel inte kan förväxlas mellan patienter. För att minska risken för förväxling av läkemedel så bör läkemedlen förvaras hemma hos personen. För att få en säker förvaring har låsbara skåp köpts in som placeras hemma hos personen.

Andra händelser med läkemedel, som utebliven leverans av dos-dispenserade läkemedel, signering av givet läkemedel på fel lista, har också inträffat. De inträffade händelserna visar på att kunskap och medvetenhet om läkemedelshantering är ett viktigt område där utbildning för omsorgspersonal behövs.

Utifrån analysen av allvarliga händelser är följande områden viktiga att arbeta vidare med:

- Risker med hjälpmedel
- Korrekt hantering av läkemedel
- Informationsöverföring mellan personalgrupper
- Analys av orsaker till att rehabiliteringsinsatser i hög utsträckning uteblir
- Kunskap och förståelse för att utredning av avvikelser är en viktig del av

patientsäkerhetsarbetet och nödvändigt för att åstadkomma förbättringar.

10.5 Riskanalys

Riskanalyser har utförts kring minskad bemanning av sjuksköterskor, dokumentation i patientjournalen samt kring läkemedelshantering på servicebostad LSS.

En lärdom som kan dras utifrån riskanalysen av minskad sjuksköterskebemanning är att undersköterskor i hemsjukvården kan bistå sjuksköterskan med arbetsuppgifter, men inte ersätta sjuksköterskan. Den minskade bemanningen medförde en ökad arbetsbelastning som blev särskilt kännbar under helgtjänstgöringen.

Vad gäller riskanalysen dokumentation i patientjournalen under vissa sökord, så blev det än mer tydligt för oss hur viktigt det är att kunna testa nya versioner av patientjournalen för att upptäcka brister. Vi råder tyvärr inte alltid över detta utan är beroende av att leverantören kan göra en förändring med god framförhållning.

11 Mål och strategier för kommande år

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minska risken för att personer drabbas av vårdskada.

Under år 2020 har vi följande mål:

Minska antalet personer som drabbas av tryckskada på särskilt boende för äldre

Aktiviteter: Avdelningschef för äldre och funktionsnedsatta och chefer på särskilt boende för äldre utarbetar en strategi för att minska risken för tryckskador, med stöd av MAS och MAR.

Minska antalet fallhändelser hos personer på särskilt boende för äldre och för personer med insatser i ordinärt boende

Aktiviteter: Avdelningschef för äldre och funktionsnedsatta och chefer inom äldreomsorgen utarbetar en strategi för att minska risken för fallhändelser, med stöd av MAS och MAR.

Öka förutsättningarna för en patientsäker informationsöverföring av hälso- och sjukvårdsordinationer.

Aktiviteter: Rutinen kring informationsöverföring revideras i samråd med avdelningschef och enhetschef hälso-sjukvård. MAS och MAR ansvarar.

Utmaningar i patientsäkerhetsarbetet

En utmaning är att hitta former för att analysera avvikelser på övergripande nivå och dra lärdom av det som skett. En strävan är att utarbeta en checklista för enhetschefer att använda vid analys och sammanställning av avvikelser. En annan utmaning är att se över hur vi kan använda verksamhetssystemet så det ger ett verkligt stöd.