



# Patientsäkerhetsberättelse

År 2014

2015- 02-26

Per-Ola Hedberg Socialchef

Annika Jonsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska

---



## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Övergripande mål och strategier 2014.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Struktur för uppföljning/utvärdering.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....</b>	<b>5</b>
4.1 Senior alert.....	5
4.2 Palliativ vård.....	6
4.3 Demens .....	6
4.4 Hygien.....	7
4.5 Avvikelser.....	7
4.6 Läkemedelshantering .....	8
4.7 Delegeringar.....	8
4.8 Medicintekniska produkter, MTP .....	8
4.9 Dokumentation.....	9
4.10 Tandvård.....	9
4.11 Rehabilitering.....	9
<b>5. Uppföljning genom egenkontroll.....</b>	<b>9</b>
5.1 Senior Alert.....	10
5.2 Palliativa registret .....	10
5.3 BPSD .....	11
5.4 Punktprevalensmätning hygien, självskattning .....	11
5.5 Avvikelsehantering .....	12
5.6 Granskning läkemedelshantering .....	13
5.7 Mätning läkemedel .....	13
5.8 Journalgranskning.....	14
<b>6. Samverkan för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>14</b>
<b>7. Riskanalys.....</b>	<b>15</b>
<b>8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....</b>	<b>16</b>
<b>HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER .....</b>	<b>17</b>
<b>9. Klagomål och synpunkter .....</b>	<b>17</b>
<b>10. Sammanställning och analys.....</b>	<b>17</b>
<b>SAMMANSTÄLLNING AV MÅL FÖR 2015.....</b>	<b>18</b>



## Sammanfattning

Vi har uppnått majoriteten av uppsatta mål under 2014. Framgångsfaktorerna i arbetet är det systematiska förbättringsarbetet där verksamheterna t.ex. efter uppföljningar av resultat eller riskbedömningar har provat nya arbetssätt för att nå målen. Genom arbetsgrupper sker kontinuerliga åtgärder, samt uppföljningar som leder arbetet framåt. Teamarbete och kontaktmannaskap utgör grunden för att nå samverkan mellan alla professioner samt att det finns en tydlighet i att alltid utgå från patienten.

Kommunikationen är identifierat som viktig för förbättrad patientsäkerhet. I avvikelser kan vi se att kommunikation ofta är orsaken till brister i vård och omsorg. En arbetsgrupp med sjuksköterskor har tagit fram en checklista utifrån SBAR (symptom, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation) för att strukturera och säkerställa kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal samt handläggare. Implementering kommer att ske under 2015.

Utifrån kvalitetsledningssystemet har äldreomsorgens ledningsgrupp tagit fram ett tydligt arbets- och förhållningssätt för ett systematiskt förbättringsarbete, där ständiga förbättringar är nyckelordet. En viktig grundsten är att mäta och följa de resultat vi uppnår.

Läkemedelshanteringen tar mycket tid i anspråk för sjuksköterskorna och antalet läkemedels-doser som utlämnas varje dygn i kommunen av delegerad omvårdnadspersonal är omkring 564. Antal dosetter som sjuksköterskan delar varje vecka är ca 54 och antal patienter med Apodos är 178. De flesta avvikelser inom läkemedelshanteringen handlar om att man glömt ge ett ordinerat läkemedel, men sett till den totala andel utgivna doser är antalet avvikelser mycket liten. Däremot ska verksamheten alltid arbeta för att minska avvikelser och som ett led i detta ska varje enhetschef tillsammans med omvårdnadspersonalen ta fram sin process för läkemedelshanteringen för att hitta riskmoment som kan göra att läkemedelsdoser uteblir.

Antalet fallavvikelser fortsätter minska, 6 % jämfört med 2013. Däremot har fallavvikelser för brukare utan kommunal hälso- och sjukvård ökat med 40 %.



## 1. Övergripande mål och strategier 2015

Övergripande mål och strategier är att varje patient ska känna sig trygg och säker i vården som utförs i kommunen. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Kvalitén i verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, författningar samt riktlinjer och rutiner som är framtagna nationellt, regionalt och lokalt.

Vi har påbörjat arbetet med att kartlägga de processer som gäller för hälso- och sjukvården. De framtagna processerna kommer läggas in i datasystemet Stratsys under 2015. I Stratsys kommer man på enhetsnivå och övergripande för kommunen på ett tydligare och ett lättare sätt se vilka processer som finns, vilka egenkontroller som sker och resultat av egenkontroller, de ser den ”Den röda tråden”. Tydlighet bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättrings-områden. Strategier för det fortsatta arbetet med kvalitetsledningssystemet under 2015 är:

- Fortsatt kartlägga de processer som gäller för hälso- och sjukvård
- Analysera resultaten av egenkontroller i verksamheten
- Sprida resultat av egenkontroller i hela verksamheten

## 2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Det är Kommunstyrelsen som ansvarar för patientsäkerhetsarbetet och fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt och strukturerat följer upp och utvärderar målen.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för kvalitetssystemet tar verksamhetschefen fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har tillsammans med verksamhetschefen ansvar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetsledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns i den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS har också delegerats att utreda och anmäla enligt Lex Maria.

Enhetscheferna ansvarar för att de riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska framtagit är väl kända i verksamheten. Detsamma gäller för de rutiner som verksamheten tar fram. De ansvarar också för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

Personalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.



### **3. Struktur för uppföljning/utvärdering**

Respektive enhetschef ansvarar för att ha en kontroll på avvikelser som sker i sin verksamhet. I kontrollen ingår att analysera, åtgärda, återföra, samt att utvärdera det som framkommit i utredningen av en avvikelse som skett. Avvikelser och vårdskador registreras och mäts via rapportering i dataprogrammet Procapita. Avvikelser av allvarlighetsgrad betydande eller katastrofal utreds även av medicinskt ansvarig sjuksköterska, som också redovisar till vård- och omsorgsutskottet, samt anmäler enligt Lex Maria till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Uppföljning och utvärdering av alla resultat enligt egenkontrollplanen för hälso- och sjukvården återkopplas till mål och strategier genom att sammanställt resultat av MAS analyseras i Ledningsgruppen för äldreomsorgen två gånger varje år. Respektive enhetschef redovisar resultatet och analysen på arbetsplatsträffar. Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer en kommunövergripande årssammanställning i Patientsäkerhetsberättelsen där resultat återkopplas till mål och strategier, samt redovisas på Vård- och omsorgsutskottet och Kommunstyrelsen. Patientsäkerhetsberättelsen finns också att läsa på kommunens hemsida.

Koordinatorer för kommun och närsjukvård redovisar och följer upp framtagna mål och mått i samverkansmöten mellan kommunen och Närhälsan.

### **4. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

Det förebyggande arbetet är viktigt för att undvika skador och sjukdomar och för att de äldre och andra som får hälso- och sjukvård utförd i kommunen ska kunna behålla hälsan och kunna klara vardagen själva så bra som möjligt. Genom att använda oss av olika kvalitetsregister får vi en systematik, struktur i arbetet och ett synliggörande av resultat. All personal runt patienten har ett ansvar att arbeta förebyggande och som ett led i detta använda sig av kvalitetsregistren. Vi har också flera arbetsgrupper som har uppdrag att förbättra och utveckla verksamheten inom olika områden såsom läkemedelshantering, delegering, dokumentation, hygien, palliativ omvårdnad, Senior Alert och förflyttningsteknik.

#### **4.1 Senior alert**

Det övergripande målet med Senior alert är att kunna förebygga skador och främja hälsan hos de äldre personer som har kommunal Hälso- och sjukvård. Senior alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring och trycksår. Med hjälp av Senior Alert har vi utvecklat förebyggande arbets sätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg. Det förebyggande arbets sätt som Senior alert bygger på består av tre grundtankar som består av systematik, struktur och synliggörande av resultat.

Verksamheten har arbetat fram en struktur så att riskbedömningar sker av de personer som är inskrivna i den kommunala Hälso- och sjukvården minst en gång/år eller oftare vid behov.



Åtgärder skapas där risker framkommer och uppföljning av åtgärder sker. Resultatet av riskbedömningar, åtgärder och utvärdering tas upp på tematräffar där enhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal närvarar.

Punktprevalensmätning av fall och trycksår genomfördes vecka 11. Av 44 registrerade patienter var det 4 patienter som hade totalt 6 trycksår. Antal fall var ett.

## 4.2 Palliativ vård

Verksamheten har en arbetsgrupp som utvecklar den palliativa vården. De följer resultatet i palliativa registret och får en bild på områden inom den palliativa vården som verksamheten behöver arbeta mera med för att öka kvalitén i omvårdnaden runt den palliativa patienten samt dess närstående. Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Idag beskrivs den sista veckan i livet genom att personalen som vårdat en just avliden människa besvarar ett trettiotal frågor i Palliativa registret. Det är sjuksköterskorna som registrerar i Palliativa registret. Oavsett sjukdom så är det detta kvalitetsregistrets mål att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

- att närstående är informerade om situationen
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån sina behov
- vårda där den enskilde vill dö
- inte behöva dö ensam
- veta att ~~dess~~ närstående får stöd

## 4.3 Demens

Personalen inom äldreomsorgen har genomgått svenskt demenscentrums webbutbildning Demens-ABC som bygger på Socialstyrelsens nationella demensriktlinjer. Biståndshandläggare har genomgått utbildningen Demens-ABC Plus.

Demenssjuksköterskan och sjuksköterskan på demensboendet är de som utför NPI- (Neuro Psychiatric Inventory) skattningar tillsammans med omvårdnadspersonalen och registrerar i BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Registreringen i BPSD syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Personskattning av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens görs med hjälp av en skattningsskala NPI som är en del av kartläggningen kring orsaker av beteenden och symtom. Resultatet gör det möjligt att bedöma hur ofta beteendemässiga och psykiska symtom förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuella orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas och när man provat åtgärderna under en bestämd tidsperiod görs en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning. Sedan 2012 skattas alla på kommunens demensboende två gånger per år samt vid behov. Under 2014 har verksamheterna registrerat och NPI-skattat på alla enheter i kommunen där behov har uppstått. Under 2015 ska fler administratörer utbildas för att kunna genomföra NPI-skattningar och registrera i BPSD-registret. Syftet är att sprida arbetssättet i hela kommunen - på korttiden, särskilda boenden och i hemvården.



Målet med utbildningen Demens-ABC och registreringen i BPSD är att genomföra personcentrerat arbetssätt utifrån de nationella riktlinjerna *Vård och omsorg vid demenssjukdom*.

På varje enhet inom äldreomsorgen finns demensombud, totalt 20 personer som träffar demenssjuksköterskan fyra gånger per år. Varje demensombud får en spetskompetens och sprider kunskapen inom sin arbetsgrupp/verksamhet.

Under våren har demenssjuksköterskan samverkat med Närhälsan. Tillsammans med arbetsterapeut från Närhälsan har demenssjuksköterskan genomfört ett "Första samtal" hos nydiagnostiserade demenssjuka personer som godkänt en överrapportering till kommunen. Målet är att informationen för den enskilde ska bli bättre. På grund av sjukskrivning har förstasamtalet tillsammans med Närhälsan inte kunnat genomföras under hösten. Arbetet har i första hand riktats åt de som redan har hjälp av kommunen sedan tidigare.

SveDem är ett register som stöd i utrednings- och uppföljningsprocessen gällande demensvård som Vårdcentraler använder. Kommunens demensboende Ekebacken har under 2014 gjort uppföljning av vård och behandling i samverkan med behandlande läkare på Närhälsan genom att registrera i SveDem.

#### **4.4 Hygien**

Den absolut viktigaste åtgärden för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning inom vården är att följa de basala kläd- och hygienrutinerna. Våra basala hygienrutiner gäller överallt där vård och omsorg ges. Det finns hygienombud på varje enhet, samt fyra legitimerad personal som arbetar som hygiensamordnare i kommunens verksamheter. Hygiensamordnarna planerar och genomför observationer tillsammans med hygienombuden på uppdrag från MAS. Hygienrond sker vart tredje år och till hösten 2015 är det dags för nya hygienronder.

Hygienombuden och hygiensamordnare i kommunen har genomgått en heldagsutbildning i vårdhygien. Innehåll i utbildningen var multiresistenta bakterier, basala kläd- och hygienrutiner, vinterkräksjuka och hygienombudens roll och ansvar.

#### **4.5 Avvikelser**

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet och en del i det är att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Enhetschefer ansvarar för att avvikelser följs upp i den verksamhet där den skett. De gör samtidigt en bedömning av sannolikheten om avvikelserna kan ske igen och vad konsekvensen skulle bli om det händer. Om allvarlighetsgraden är betydande eller katastrofal meddelas alltid MAS som gör en kommunövergripande utredning av avvikelserna samt gör anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, (IVO) enligt Lex Maria.

Alla rapporterade risker/händelser registreras i en avvikelsemodul i dataprogrammet Procapita. Det finns en brist då det gäller registreringen av frakturer under första halvåret 2014 och registreringen av vårdskador behöver förbättras.



#### 4.6 Läkemedelshantering

Den omfattande läkemedelsanvändningen bland äldre innebär en påtaglig risk för biverkningar och negativa läkemedelsinteraktioner och det krävs ett fortsatt arbete för att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre. Alla sjuksköterskor har genomgått en halvdags utbildning i oktober från Apoteket AB med tonvikt på vad sjuksköterskor bör tänka på vid läkemedelsgenomgångar för äldre. Fokus lades på de läkemedel som bör minska enligt den nationella satsningen, *En bättre läkemedelsanvändning för äldre*. Majoriteten av sjuksköterskorna var mycket nöjda med utbildningens innehåll, nyttan i arbetet och utbildarens framförande. Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska har också utfört egen mätning två gånger under året för att få en bild på hur många patienter som har olämpliga läkemedel för att sedan ta upp till diskussion med ansvarig läkare.

Antalet inskrivna patienter i hemsjukvården har under 2014 totalt handlat om 426 patienter, varav 139 avslutats under året. Mätning januari 2015 visar på 271 patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården, varav 238 har hjälp med läkemedelshantering. 210 av dessa patienter har fått minst en läkemedelsgenomgång under 2014. Det lämnas ut omkring 564 läkemedelsdoser varje dygn, framförallt av delegerad omvårdnadspersonal. Det innebär 3948 doser/vecka eller totalt 189 504 doser/år. Av totalt 189 504 doser/år är det 165 doser som uteblir (0,09 %). Antal planerade dosettdelningar som delas varje vecka är 54 stycken och antal patienter med Apodos är 178. En patient kan ha både dosett och Apodos.

Antal patienter med överlämnande av antal doser per dygn

1 dostillfällen	2 dostillfällen	3 dostillfällen	4 dostillfällen	≥5 dostillfällen
31 patienter	65 patienter	59 patienter	34 patienter	18 patienter

Den vanligaste orsaken till en läkemedelsavvikelse är utebliven dos, 77 %. Arbetsgruppen för läkemedel har kartlagt läkemedelsprocessen och sett över riskområden inom läkemedelshantering. Lokal rutin för läkemedelshantering har reviderats och implementeras under våren 2015. Varje enhetschef ska kartlägga läkemedelshantering under 2015 med omvårdnadspersonalen för att hitta riskmoment som kan göra att läkemedelsdoser uteblir. Lokala rutiner ska sedan tas fram utifrån de risker som framkommer.

Under hösten 2014 vaccinerades 159 patienter med Influensavaccin av kommunens sjuksköterskor och distriktssköterskor.

#### 4.7 Delegeringar

Sjuksköterskan, sjukgymnasten och arbetsterapeuten får delegera en arbetsuppgift till en annan person endast då detta är förenligt med god och säker vård (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, 6 kap 3 §). Processen för delegering är framtagen av arbetsgruppen för delegeringar.

#### 4.8 Medicintekniska produkter, MTP

Under 2014 togs det fram ett dokument för kvalitetssäkring av MTP. På varje enhet finns en pärm där det dokumenteras vilka MTP som finns på enheten samt signering av de egenkontrollerna som sker. En inventering av MTP är genomförd. Sex sjuksköterskor har genomgått utbildning av förskrivning av antidecubitusmadrass.





#### **4.9 Dokumentation**

I kommunen dokumenterar all legitimerad personal i ett datasystem som heter Procapita. En kollegial granskning av patientjournaler har genomförts av legitimerad personal en gång 2014. Granskningen har genomförts i grupper om 4- 5 personer med blandade yrkeskategorier och ansvarsområden. Vid granskningen har man använt en granskningsmall, ”basinstrument för journalgranskning”. 21 slumpmässigt utvalda patientjournaler har granskats. I varje granskad patientjournal har 25 bedömningsområden undersökts. Varje granskat bedömningsområde har poängsatts från 2 till 0 poäng

#### **4.10 Tandvård**

Västra Götalandsregionen har avtal med Folktandvården gällande uppsökande verksamhet – tandvård. Avtalet reglerar munhälsobedömningar och utbildning av personal inom området. Den uppsökande verksamheten tillhandahålls kostnadsfritt för boende och kommuner eller andra enhetsansvariga. Kommunens sjuksköterskor och några biståndshandläggare kan utfärda intyg för uppsökande verksamhet med munhälsobedömningar och nödvändig tandvård för de patienter/brukare som är behöriga till att få detta. Under 2014 var antalet intygsinnehavare 243. 170 intygsinnehavare har tackat ja till en årlig gratis munhälsobedömning och 73 har tackat nej. 54 % av de som tackat ja till munhälsobedömning har fått den genomförd. Snittet i Skaraborg ligger på 60 %. Hos 38 personer (22 %) som tackat ja till en munhälsobedömning har tandvården vid flera tillfällen under 2014 försökt genomföra en munhälsobedömning, men personerna tackar nej. Detta påverkar resultatet av antal genomförda munhälsobedömningar. Kommunen ser över om dessa personen är rätt registrerade. De som tackar nej till en munhälsobedömning ska årligen tillfrågas på nytt om de önskar munhälsobedömning.

#### **4.11 Rehabilitering**

Under våren utbildade sjukgymnaster och arbetsterapeuter ca 130 personal på särskilt boende och inom bemanningsenheten i förflyttningskunskap. Det huvudsakliga innehållet var grundläggande arbetsprinciper, högre upp i säng, vändning i säng samt från liggande till sittande. Under hösten utbildade sjukgymnaster och arbetsterapeuter ca 75 personal inom hemvården, personlig assistans samt Killingen i förflyttningskunskap. Det huvudsakliga innehållet var förflyttning med personlyft.

Alla hjälpmedel som används för varje patient ska följas upp, såväl personligt föreskrivna hjälpmedel som hjälpmedel från grundutrustningen. En rutin har tagits fram under 2014 hur uppföljningen ska ske. Rutin börjar gälla 2015.

### **5. Uppföljning genom egenkontroll**

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheten över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsområden. Kommunövergripande sammanställningar sker 2ggr/år, samt en årsammanställning via Patientsäkerhetsberättelsen.



## 5.1 Senior Alert

Vi har uppnått de mål vi hade för 2014. Verksamheten arbetat utifrån hela preventiva processen dvs., riskbedömning, åtgärd och uppföljning.

	2014	2013	2012	2011
Antal registreringar	312	326	219	243
Antal riskbedömningar med risk	290	293	203	230
Åtgärdsplan risk för fall	88 %	77 %	41 %	13 %
Åtgärdsplan risk för trycksår	84 %	83 %	37 %	17 %
Åtgärdsplan risk för undernäring	91 %	85 %	41 %	14 %
Antal riskbedömningar munhälsa enligt ROAG	249	125	-	-
Antal riskbedömningar munhälsa med risk	101	-	-	-
Åtgärdsplan risk för ohälsa i munnen	53 %	42 %	-	-

### Förbättringsområden och mål för 2015

- Täckningsgrad 90 % på särskilt boende
- 70 % av de som är inskrivna i kommunala hälso- och sjukvården ska ha fått en munhälsobedömning
- 100 % av de som har en risk ska ha minst en åtgärd planerad
- 90 % av de planerade åtgärderna ska vara utförda

## 5.2 Palliativa registret

Vi har nästan uppnått de mål vi hade för 2014.

Kvalitetsindikatorer	Resultat i riket 2014	Resultat i kommunen 2014	Mål kommun 2014	Resultat kommun 2013	Resultat kommun 2012
Täckningsgrad per kommun	69 %	75,51 %	≥70 %	73 %	75 %
Eftersamtal erbjudet	61,4 %	100 %	-	78,7 %	69,7 %
Läkarinformation till patienten	60,4 %	73,7 %	≥5 % ökning	78,7 %	53 %
Uppfyllt önskemål om dödsplats	37,8 %	68,4 %		53,2 %	60,6 %
Munhälsa bedömd	67,4 %	78,9 %	≥5 % ökning	74,5 %	75,8 %
Avliden utan trycksår vid dödsfallet	86,7 %	78,9 %	-	93,6 %	89,4 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	83,4 %	78,9 %	-	95,7 %	92,4 %
Utförd validerad smärtskattning	35,3 %	52,6 %	≥5 % ökning	21,3 %	15,2 %
Lindrad från smärta	78,6 %	94,7 %	-	95,7 %	77,3 %
Lindrad från illamående	82,3 %	89,5 %	-	66 %	72,7 %
Lindrad från ångest	73,6 %	89,5 %	-	80,9 %	78,8 %
Lindrad från rosslig andning	70,5 %	94,7 %	-	76,6 %	77,3 %
Läkarinformation till närstående	75,6 %	86,5 %	-	91,5 %	72,7 %



Vi hade också som mål att  $\geq 5$  % ökning av ordinationer av injektionsmedel mot ångest vid behov. Det som registrerats är om det finns ordinationer inom de olika områdena.

% av patienter som har:	2014	2013	2012
Ordinationer mot smärta	94,3 %	98 %	98,5%
Ordinationer mot ångest	96,2 %	95,9 %	92,5%
Ordinationer mot illamående	77,4 %	71,4%	68,2%
Ordinationer mot rosslighet	96,2 %	98 %	97%

Förbättringsområden och mål för 2015

- Täckningsgrad 70 %
- Förbättrat resultat inom smärtskattning, munhälsa, läkemedel mot ångest och brytpunktssamtal

### 5.3 BPSD

Vi har nått de mål som sattes 2014, all legitimerad personal och personal på korttiden har genomgått BPSD utbildning och registrering i SveDem pågår.

	2014	2013	2012
Antal bedömningar/registreringar i BPSD	30	64	41

### 5.4 Punktprevalensmätning hygien, självskattning

Punktprevalensmätning har inte skett under hösten som planerat då den övergripande mätningen från SKL(Sveriges kommuner och Landsting) uteblev. Det genomfördes 2 självskattningar under året där personal som arbetade under en dag fick skatta anonymt hur de följde de basala kläd- och hygienrutinerna.

Självskattning basala kläd- och hygienrutiner	Mätning HT-2014 (111 personal)	Mätning VT-2014 (80 personal)
Handsprit före vårdtagarnära arbete JA	75 %	66 %
Handsprit efter vårdtagarnära arbete JA	93 %	98 %
Använt handskar vid vårdtagarnära arbete JA	91 %	80 %
Använt plastförkläde vid vårdtagarnära arbete JA	65 %	39 %
Kortärmad arbetsdräkt JA	90 %	94 %
Utan ring JA	89 %	94 %
Utan armband JA	99 %	99 %
Utan klocka JA	95 %	95 %
Kort eller uppsatt hår JA	94 %	94 %
Korta omålade naglar JA	95 %	94 %

Förbättringsområden och mål för 2015

- Följsamhet till de basala hygien- och klädrutinerna



## 5.5 Avvikelsehantering

Avvikelser	2014	2013	2012
Läkemedelshantering	219	171	177
Risk läkemedelsincidens	33	43	42
Samordnad vårdplanering intern avvikelse	6	6	3
Samordnad vårdplanering extern avvikelse till oss	1	2	3
Hälso- och sjukvårdsåtgärder	31	49	17
Faktiska fall	402	427	607
Faktiska fall (inte inskrivna i hemsjukvården)	63	45	-
Medicinteknisk produkt (MTP)	2	1	-

Antal läkemedelsavvikelser har ökat lite medan läkemedelsincidenserna minskat. Den vanligaste orsaken till en läkemedelsavvikelse är utebliven dos, 77 %. Övriga läkemedelsavvikelser gäller fel tid, fel dos, att rutin inte följts. Läkemedelsincidens innebär att det fanns en risk för att det kunde bli fel och den vanligaste orsaken är feldelad dosett, felaktig signeringslista eller läkemedelslista. Ingen av avvikelserna har inneburit att patient farit illa och fått byta vårdnivå.

Avvikelser gällande samordnad vårdplanering internt beror till största delen på kommunikationsbrist. Avvikelse för Hälso- och sjukvårdsåtgärder innebär att behandlande, förebyggande, informerande, stödjande eller tränande åtgärder har blivit fördröjt, felaktigt utförd eller uteblivit helt eller delvis. Avvikelserna har minskat mot föregående år och majoriteten av avvikelserna beror som tidigare mest på att det brister i signering från omvårdnadspersonalen av utförda träningar eller kontroller som är utlämnat från sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Avvikelse medicinteknisk produkt orsakades av handhavandefel. Enbart fallhändelser har resulterat i att en vårdskada uppstått och patient har fått byta vårdnivå.

Antal fallavvikelser har minskat med 6 % för de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Däremot har fallavvikelser för brukare utan kommunal hälso- och sjukvård ökat med 40 %. De flesta fallavvikelser sker i sovrum vid förflyttning.

Det är totalt 158 personer som är inblandade i den totala fallstatistiken(465)

Antal fall	Antal personer som fallit
1	69 personer
2-5	69 personer
6-9	14 personer
10-13	2 personer
14-17	3 personer
≥20	1 person

Det finns en brist då det gäller registreringen av frakturer under första halvåret 2014. En manuell sammanställning påbörjades 1 juni. Det var enbart 3 frakturer registrerade under första halvåret mot totalt 21 andra halvåret. Resultatet är därmed inte helt tillförlitligt.



FRAKTURER	Inskrivna hemsjukvård	Enbart SoL insatser	Inte känd av kommunen
Höftfraktur	3	1	8
Axel fraktur	3	0	1
Övriga frakturer	4	1	3
<b>Totalt antal frakturer</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>12</b>

#### Vårdskador

Registreringen av vårdskador behöver förbättras.

Trycksår	
<i>Kategori 1(hel rodnadhud som inte bleknar vid tryck)</i>	1
<i>Kategori 2(delhudskada, "avskavd" hud eller blåsa)</i>	2
<i>Kategori 3(fullhudskada utan sårhåla)</i>	1
<i>Kategori 4(fullhudskada med sårhåla/nekros)</i>	1
Sårinfektion	9
Urinvägsinfektion	15
Urinvägsinfektion med kateter	6

#### Förbättringsområden och mål för 2015

- Fortsätta minska förekomsten av fallhändelser och fallskador för personer inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården
- Minska antalet läkemedelsavvikelser
- Att alla vårdskador registreras

## 5.6 Granskning läkemedelshantering

Kvalitetskontroll av läkemedelshantering i sjuksköterskans läkemedelsskåp/rum har genomförts under oktober och november av MAS. Följsamheten till läkemedelsrutinen är bra. Det fanns några mindre brister som ansvarig sjuksköterska ansvarar för att rätta till.

## 5.7 Mätning läkemedel

Vi uppnådde målen att tillsammans med vårdcentralerna minska andelen olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos då minst fyra av månaderna mars till augusti 2014 är lägre än motsvarande månader 2013. Antiinflammatoriska läkemedel var oförändrat.

Resultat mätning av personer med kommunal hälso- och sjukvård.

Andel av personer som har kommunal hälso- och sjukvård	Olämpliga läkemedel (>75 år)	Läkemedel mot psykos i Apodos (>65 år)	Anti-inflammatoriska läkemedel (>75 år)
Mars 2013	10 %	11 %	1 %
September 2013	13 %	10 %	1 %
Mars 2014	9 %	6 %	1 %
September 2014	8 %	5 %	1 %



Resultat mätning av andel invånare totalt i kommunen

Andel invånare totalt i Töreboda kommun	Olämpliga läkemedel (>75 år)	Läkemedel mot psykos i Apodos (>65 år)	Anti- inflammatoriska läkemedel (>75 år)
Mars 2013	9,9 %	2,6 %	4,1 %
September 2013	7,1 %	2,6 %	3,1 %
Mars 2014	7,3 %	1,6 %	3,4 %
September 2014	7,4 %	2,2 %	3,1 %

Förbättringsområden och mål gemensamt med Närhälsan under 2015

- Andelen invånare i hela kommunen 75 år och äldre som har olämpliga läkemedel är lägre än 9 %
- Andelen invånare i hela kommunen och äldre som har antipsykotiska läkemedel är lägre än 2 %
- Andelen invånare i hela kommunen 75 år och äldre som har antiinflammatoriska läkemedel är lägre än 3 %

## 5.8 Journalgranskning

Jämfört med förra årets granskning framgår en fortsatt förbättring av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Hälsotillstånden är uppdaterade och vid dokumentation används oftast rätt sökord. Åtgärder utvärderas i större omfattning än tidigare. Språket har förtydligats med mindre förkortningar och latinska ord, vilket leder till en tydligare patientjournal. Patientens vilja framkommer i de flesta patientjournalerna. Fortsatt tydliga förbättringsområden är omvårdnads- och rehab- diagnoser samt mål.

Snittsumma per granskad journal (max 2,0)	2014 medianvärde	2013 medianvärde	2012 medianvärde
	1,60	1,43	1,37

## 6. Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är samverkan med andra vårdgivare och inom den egna verksamheten. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument och samverkansmöten.

Under 2014 har två Närsjukvårdsmöten i MTG genomförts, där medicinskt ansvariga sjuksköterskor, koordinators och verksamhetschefer för både vårdcentraler, kommuner och slutenvården möts och analyserar resultaten i olika mätningar för att förbättra och utveckla vården för de mest sjuka äldre.

Kommunen har ett lokalt samverkansavtal med Närhälsan i Töreboda som reglerar omfattningen och formen för läkarsamverkan och ett tjänsteköpsavtal. Samverkansmöten med Närhälsan i Töreboda har skett två gånger. I samband med dessa möten har koordinators för kommun och närsjukvård redovisat och följt upp framtagna mål och mått. Gemensamma handlingsplaner har också utvärderas, och handlingsplanerna har reviderats utifrån de mål och mått som vi gemensamt ska nå 2015. En lunchföreläsning om medicinska vårdplaner har genomförts tillsammans med Närhälsan i Töreboda, där läkare och



sjuksköterskor från kommunens särskilda boenden deltog samt sjuksköterskor som arbetar natt. Samverkansmöte har också skett en gång med Närhälsan i Tidån.

Avvikelse som uppkommer mellan olika vårdgivare skickas till aktuella enheter där avvikelse skett. Det finns en arbetsgrupp för Skaraborg med representanter från alla vårdgivare som träffas regelbundet, sammanställer och diskuterar allvarliga avvikelser samt försöker hitta trender och mönster i de avvikelser som uppkommit i verksamheterna.

Det finns gemensamma rutiner för in- och utskrivning av patienter samt överföring av information inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Vi har ett gemensamt IT-system med namnet KLARA SVPL som ger användarna (kommun, primärvård och slutenvården) ett stöd i det dagliga arbetet med registrering och överföring av uppgifter kring vården av den enskilde patienten. IT-tjänsten ger möjligheter att följa vårdplaneringsprocessen bättre. Vård och omsorgsdokumentation förmedlas mellan parterna på ett sådant sätt att det kommer patienten tillgodo genom förbättrad och säkrare vård.

Inom verksamheten genomförs tematräffar regelbundet varannan vecka där enhetschef tillsammans med omvårdnadspersonal och legitimerad personal bland annat går igenom relevanta avvikelser, genomgång av utförda riskbedömningar enligt Senior alert samt utvärdering och uppföljning av olika resultat och åtgärder.

Ledningsgruppen för äldreomsorgen har möten två gånger i månaden. Patientsäkerhet är en stående punkt på dagordningen. Analysmöten genomfördes två gånger under året där resultat, statistik från egenkontroller och andra mätningar analyserats.

Samverkansmöten har skett med ledningsgruppen för trepart psykiatri 2 gånger under 2014. I trepartsgruppen ingår primärvården, länssjukvården och socialpsykiatrin från kommunen.

## 7. Riskanalys

Enligt föreskrift SOSFS 2011:9 5 kap. 1§ ska vårdgivaren fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser ska kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaken till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna eller minskar konsekvenserna av negativa händelser. Riskanalys syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Då en händelse inträffat som medfört att patient kommit till allvarlig skada eller kunde ha skadats allvarligt ska en händelseanalys utföras.

Varje avvikelse bedöms utifrån allvarlighetsgraden, d.v.s. konsekvens för patienten och sannolikheten för att avvikelsen ska upprepas. Avvikelse med allvarlighetsgrad betydande eller katastrofal meddelas MAS som utreder kommunövergripande och anmäler enligt Lex Maria. Under 2014 har sju riskanalyser skett inom områden antidecubitusmadrass, telefonsamtal, Apodosleverans, driftstopp datasystem, utifrån avvikelse, patientärende och en Lex Maria utredning.

Riskanalyser genomförs i samband med organisationsförändringar, införandet av ny teknisk utrustning, inom riskområden som identifierats via Lex Maria, inrapporterade avvikelser, samt klagomåls- och synpunktshanteringen. En särskild analysgrupp utför vid behov



riskanalyser. Analysteamet består av personer från varje profession som arbetar inom vård och omsorg. Ansvarig för analysteamet är en enhetschef. Analysteamets uppdrag är att utreda och analysera enskilda händelser på uppdrag av ledningsgruppen. I analysteamet ska ingå några personer som har kompetens i analys och utredningsmetodik.

Insamling av riskkällor sker i varje delverksamhet i vård och omsorg och sammanställs i en riskkällorrapport som presenteras i ledningsgruppen som tar beslut för vilka riskanalyser som ska prioriteras och genomföras. Ledningsgruppen ger uppdrag till analysgrupp eller berörd verksamhet att genomföra riskanalys. Berörd verksamhet ansvarar för att beslutade åtgärder genomförs

## 8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet och en del i det är att rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. För att arbeta systematiskt med rapporteringen har vi en rutin för avvikelshanteringen och alla rapporterade händelser registreras i en avvikelsemodul i dataprogrammet Procapita. Enhetschefer ansvarar för att avvikelser följs upp i den verksamhet där den skett. De gör också en bedömning av varje avvikelse utifrån allvarlighetsgraden, d.v.s. konsekvens för patienten och sannolikheten för att avvikelsen ska upprepas. Om allvarlighetsgraden är betydande eller katastrofal meddelas alltid MAS som också utreder avvikelsen och gör anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, (IVO) enligt Lex Maria. Kommunövergripande sammanställningar av avvikelser sker två gånger varje år samt en gång via Patientsäkerhetsberättelsen.

Patienten och eventuellt anhöriga informeras om att en avvikelse skrivs eller att en avvikelse eller ett inkommande klagomål utreds, och de kan då medverka i utredningen.

Extern avvikelserrapportering till andra vårdgivare sker då rutinerna för samordnad vårdplanering inte följs, eller då en vårdskada uppmärksammas i samband med att patienten varit i kontakt med annan vårdgivare som inte överrapporterats. Andra externa avvikelser skickas till aktörer där händelser eller risker framkommer som kan påverka patientsäkerheten. Verksamheten ska så snart som möjligt skriva en avvikelse som skickas till MAS som efter mottagandet skickar iväg avvikelsen till berörd part inom en månad från det händelsen skett.

Återföring och åtgärder kring inkommande avvikelser som våra verksamheter är involverade i återges av MAS. Är det åtgärder som bör ske i våra verksamheter tas det upp i dialog med berörd yrkesgrupp och verksamhet där också avvikelsen utreds.

Avvikelser	2014	2013	2012	2011
Avvikelser skickade till annan vårdgivare	20	25	21	28
Avvikelser skickade till Apotekstjänst AB	27	26	-	-
Lex Maria anmälningar	1	0	0	2
Inkommande från Patientnämnden	0	0	1	1
Klagomål och synpunkter	2	2	2	0





# Hantering av klagomål och synpunkter

## 9. Klagomål och synpunkter

Det är viktigt för oss att synpunkter lämnas in, både när det fungerar bra och då vi brister. På så sätt bidrar det till att hälso- och sjukvården i vår kommun blir ännu bättre. Inkomna synpunkter och klagomål inkommer till kommunen genom Klagomål- och synpunktsblankett eller personlig kontakt med personal i verksamheten. Synpunkter och klagomål utreds och analyseras, resultat återkopplas till alla inblandade samt uppföljning av resultat/åtgärd sker.

Alla inkomna klagomåls- och synpunktsblanketter, synpunkter från Patientnämnden och Socialstyrelsen eller IVO diarieförs i kommunen.

Synpunkter och klagomåls blankett finns på kommunens hemsida samt i kommunens verksamhet att lämnas ut. Blanketten lämnas också ut då brukare flyttar in på SÄBO eller får hemtjänst.

## 10. Sammanställning och analys

Analysmötet i äldreomsorgens ledningsgrupp hösten 2014 visar på att äldreomsorgen har uppnått flera av kommunfullmäktiges verksamhetsmål. Analysen visar också att framgångsfaktorerna i arbetet är ett systematiskt förbättringsarbete där verksamheten efter riskbedömningar har testat nya arbetssätt för att nå målen. Genom arbetsgrupper sker kontinuerliga åtgärder och uppföljningar som leder arbetet framåt. Teamarbete och kontaktmannaskap utgör grunden för att nå samverkan mellan alla professioner. Det är också viktigt att det finns en tydlighet i att alltid utgå från patienten.

Kommunikationen har identifierats som en framgångsfaktor. Kommunikation är ofta orsaken till brister i vård och omsorg. Kommunikation står för spelregler, förståelse och kunskap om varandras roller, standardiserad kommunikation (checklistor), samt träning av händelser som är mindre förekommande. En arbetsgrupp med sjuksköterskor har tagit fram en checklista utifrån SBAR (symptom, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation). Detta för att underlätta kommunikationen mellan omvårdnadspersonal, legitimerad personal och handläggare, vilket ökar patientsäkerheten. Implementering kommer att ske under 2015.

Utifrån kvalitetsledningssystemet har äldreomsorgens ledningsgrupp genomarbetat ett tydligt arbets- och förhållningssätt för ett systematiskt förbättringsarbete där ständiga förbättringar är nyckelordet. En viktig grundsten är att mäta och följa de resultat vi uppnår. Det finns en respekt för varandras enheter, samt ett genuint intresse för det gemensamma uppdraget inom äldreomsorgen.



## Sammanställning av mål för 2015

### Senior alert

- Täckningsgrad 90 % på särskilt boende
- 70 % av de som är inskrivna i kommunala hälso- och sjukvården ska ha fått en munhälsobedömning
- 100 % av de som har en risk ska ha minst en åtgärd planerad
- 90 % av de planerade åtgärderna ska vara utförda

### Palliativa registret

- Täckningsgrad 70 %
- Förbättrat resultat inom smärtskattning, munhälsa, läkemedel mot ångest och brytpunktssamtal
- Följsamhet till de basala hygien- och klädrutinerna

### Avvikelser

- Fortsätta minska förekomsten av fallhändelser och fallskador för personer inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården
- Minska antalet läkemedelsavvikelser
- Att alla vårdskador registreras

### Minska andelen olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och antiinflammatoriska läkemedel tillsammans med Närhälsan

- Andelen invånare i hela kommunen 75 år och äldre som har olämpliga läkemedel är lägre än 9 %
- Andelen invånare i hela kommunen och äldre som har antipsykotiska läkemedel är lägre än 2 %
- Andelen invånare i hela kommunen 75 år och äldre som har antiinflammatoriska läkemedel är lägre än 3 %