

# Patientsäkerhetsberättelse 2016

---

Vård och omsorg

## Innehållsförteckning

Organisatoriskt ansvar.....	3
Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Struktur för riskanalys .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	6
Riskanalys .....	7
Hantering av klagomål och synpunkter .....	7
Klagomål och synpunkter .....	7
Sammanställning och analys .....	7
Övergripande mål och strategier för kommande år .....	8
Mål .....	8
Strategier .....	8

## Övergripande mål

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Vård- och omsorgsnämnden i Forshaga kommun har, precis som tidigare år övergripande mål att hälso- och sjukvården håller hög kvalitet. Åtaganden för att uppnå detta under 2016 har varit:

- Årlig kvalitetskontroll av hälso- och sjukvården inom vård- och omsorgsförvaltningen
- Deltagande i nationella kvalitetsregister

Kvalitetskontroll av verksamheten har under hösten gjorts genom kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen inom hemtjänst och särskilt boende. Kvalitetskontroll av dokumentationen görs kontinuerligt, åtminstone 1 gång per år. Mas och samtliga sjuksköterskor träffas och diskuterar dokumentationen i omvårdnadsjournalen, vid detta tillfälle görs även journalgranskning. Omvårdnadspersonalens dokumentation granskas genom stickprovskontroller 3-4 ggr per år.

Deltagande i nationella kvalitetsregister har fullföljts genom fortsatt registrering i Svenska palliativregistret, Senior Alert och BPSD registret.

Vård- och omsorgsförvaltningen har även implementerat ledningssystem för kvalitet till all personal i verksamheten.

## Organisatoriskt ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Enligt 28 § hälso- och sjukvårdslagen ska ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

SOSFS 2011:9, 3 kap 1-3 §

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

### Vård och omsorgsnämnden

Nämnden är ansvariga för att

- Ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten
- Fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet
- Kontinuerligt följa upp och utvärdera målen

Nämnden säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

### Verksamhetschef

Ansvarar för

- att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- att målen formuleras så att de är mätbara samt att de uppnås
- uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, medicinskt ansvariga för rehabilitering får möjlighet att fullfölja sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR)**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan/den medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS/MAR) har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Skall biträda verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom att:

Ansvara för att

- att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följa upp att de efterlevs
- att det finns behövliga rutiner, riktlinjer och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

-följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

### **Enhetschef hälso- och sjukvård**

Planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom att leda och fördela arbetet på ett säkert sätt.

Ha rutiner för att

- hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens, tar det ansvar och har de befogenheter som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

Ansvara för att

- rutiner, riktlinjer och instruktioner för samverkan med verksamhetschef och MAS/MAR efterlevs.

## **Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Verksamheten hemsjukvård styrs av riktlinjer och rutiner som revideras 1 gång/år eller vid behov.

Arbete med nya och revidering av äldre riktlinjer och rutiner har skett på ett flertal områden. Samverkan ang. riktlinjer och rutiner genomförs kontinuerligt med sjuksköterskor och enhetschefer som i sin tur uppdaterar övrig personal.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har inom kommunen gjorts i verksamheterna psykiatri och LSS. Kvalitetsgranskningen påvisade vissa brister i nyckelhanteringen till vårdtagarnas medicinskåp på särskilt boende. Nya rutiner har implementerats. För övrigt hittades inga allvarliga brister och behovet av förändring i rutiner med mera var således minimal.

Under del av 2016 har förvaltningen fortsatt arbetet med det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

För att förbättra vården i livets slutskede har vi även under 2016, tillsammans med Landstinget i Värmland fortsatt registrera i det nationella kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret. Ansvaret för att registrera i registret har hemsjukvårdens sjuksköterskor. Alla vårdtagare med pågående hemsjukvård och som avled i Forshaga kommun under 2016 blev registrerade i kvalitetsregistret. Tillsammans med landstingets registrering av avlidna motsvarar detta 58,65 procent av alla som enligt folkbokföringen avlidit i Forshaga kommun under 2015. En minskning jämfört med åren innan. Genom intensifierad samverkan med landstingets vårdcentral på orten ökar möjligheten till förbättringar inom området palliativ vård.

Under första kvartalet 2016 införde förvaltningen ett nytt verksamhetssystem, Treserva. I samband med detta infördes även dokumentation av hälso- och sjukvård enligt ICF. ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) är en av WHO:s huvudklassifikationer. ICF erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa. Klassifikationen kompletterar ICD-10 (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem), då två personer med samma sjukdom kan ha olika nivåer av funktionstillstånd.

ICF kan användas som kliniskt verktyg för att beskriva och strukturera dokumentera aktuellt funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat inom olika områden inom vård och omsorg. De kan också användas som: statistiskt verktyg för att samla in och sammanställa data för olika ändamål. Hälso- och sjukvårdsverksamheten har sedan februari 2016 då det nya verksamhetssystemet infördes, arbetat med att ta fram nya riktlinjer och rutiner gällande dokumentation i det nya verksamhetssystemet.

Kopplingen från verksamhetssystemet till Nationell Patientöversikt (NPÖ) gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Under 2016 infördes en gemensam rutin med landstinget som innebär att när en patient skrivs ut från slutenvård till kommunal hälso- och sjukvård skickas ingen slutanteckning (epikris) på papper till kommunen. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal är istället hänvisade till att läsa slutanteckningen i NPÖ. Detta har lett till att den dagliga användningen av NPÖ har ökat, vilket är positivt för patientsäkerheten.

När det gäller område vårdhygien har ett intensifierat samarbete med smittskyddsensheten inom landstingets organisation inletts under hösten 2016. MAS och två distriktssköterskor har via Smittskyddsensheten i Landstinget under hösten fått en fördjupande utbildning i vårdhygien. Under 2016 har ingen kontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner gjorts. För att öka kunskapen om betydelsen av följsamhet till basala hygienrutiner har utbildningen som startades av MAS under våren 2015, även fortsatt under 2016. Denna utbildning ges till all nyanställd personal i samband med utbildning i grundläggande delegeringskunskap.

Vi strävar efter en följsamhet på 100 % gällande samtliga delar i basala hygienrutiner och uppföljning har lagts till som egenkontroll i ledningssystemet för kvaliteten.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

För att öka patientsäkerheten och samarbetet har kommunen sedan flera år ett samverkansavtal med landstingets vårdcentral belägen i kommunen. Gemensamma träffar med personal från dessa verksamheter har under 2016 förekommit vid 4 tillfällen. På dessa träffar diskuteras bland annat

- aktuella organisatoriska frågor,
- personalbemanning,
- läkarmedverkan vid våra särskilda boenden,
- samverkansfrågor,
- rehabiliteringsfrågor och
- övriga aktuella gemensamma frågor

Målet är en god och säker vårdkedja för patienten.

Förebygga läkemedelsfel i vården - Läkemedelsenheten inom Landstinget i Värmland har under 2016 i samverkan med vårdcentralen och kommunen fortsatt arbetet med att genomföra läkemedelsgenomgångar för alla vårdtagare boende i särskilt boende. I samverkan med vårdcentralen gjordes under 2016 en gemensam satsning för att öka antalet läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende. Under hösten genomfördes de första läkemedelsgenomgångarna på patienter i ordinärt boende med kommunal hemsjukvård, detta arbete kommer att intensifieras under 2017.

Samverkansrutiner mellan Forshaga kommun och Landstinget i Värmland finns också bla när det gäller riktlinjer och rutiner för vårdplanering.

Avvikelsehanteringen mellan kommunen och Landstinget i Värmland skrivs fortfarande på papper eftersom inget gemensamt datasystem för avvikelser finns. Avvikelserna som kommer till vård- och omsorgsförvaltningen från landstinget tas emot av MAS och skickas sedan ut till berörda enhetschefer för analys och information till berörd personal, ev även revidering av rutiner. Svar på avvikelserna skickas sedan via MAS tillbaka till den enhet inom Landstinget i Värmland som avvikelserna kom ifrån.

Samverkan med andra kommuner och Landstinget i Värmland sker även genom:

- Länsövergripande och lokalt nätverk för MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper
- Regelbundna samverkansmöten med Centralsjukhuset i Karlstad- t ex inför sommar- och juledigheter
- Stygrupp för inkontinensfrågor, avtalsgrupp för nutritionsfrågor m.m
- Avtalsgrupp för samverkan mellan kommunerna i Värmland och landstinget- Samverkansavtal för ansvarsfördelning avseende vissa produkter, vissa apoteksvaror samt livsmedel för särskilda näringsändamål
- Länsövergripande arbetsgrupper för vårdplanering, Meddix och HSA-katalogen
- Samverkan med läkemedelsenheten inom landstinget
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland samt Riktlinjegruppen.

## Struktur för riskanalys

Via det nya verksamhetssystemet som infördes 1 februari görs det en riskanalys på alla avvikelser som inträffar i verksamheten, riskanalyser sker även i samband med organisationsförändringar och större rutinförändringar. Händelseanalys av särskilt allvarliga avvikelser sker i samband med Lex Maria-utredningar.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

### Avvikelsehantering

Avvikelse rapporteringen inom vård- och omsorgsförvaltningen har framförallt skett via verksamhetssystemet. Målet är att alla avvikelser som sker ska rapporteras, åtgärdas och leda till en trygg och säker vård och att vi på sikt ska minska avvikelserna till antalet. Enhetschef och i förekommande fall ansvarig sjuksköterska diskuterar och analyserar varje inträffad avvikelse ute på enheterna i verksamheten. Inträffade avvikelser tas även upp till diskussion på APT.

Antalet avvikelser sammanställs och rapporteras till vård- och omsorgsnämnden 4 ggr/år.

### Avvikelser gällande fall

Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av dem som efter ett fall får en höftledsfraktur kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20-25 procent. Orsakerna till att äldre faller har att göra med muskelstyrka, balans, gångsvårigheter, syn och reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel.

En undersköterska har varit projektanställd för att med hjälp av kvalitetsregistret Senior Alert minska antalet fall, projektanställningen startade i april 2015 och pågick fram till april 2016. Efter att projektanställningen avslutades sjönk tyvärr antalet riskbedömningar för fallrisk i Senior Alert. Ett av målen inför 2016 var att med hjälp av riskbedömningar och vid ökad risk, planerade åtgärder via det nationella kvalitetsregistret Senior Alert minska antalet fall inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Under 2016 har det inrapporterats 957 falltillbud i jämförelse med 802 året innan, vilket är en ökning med cirka 19 procent. Noterbart i detta sammanhang är dock att en individ med hög fallfrekvens står för 247 st fallrapporter under en tidsperiod på 11 månader.

### Avvikelser gällande läkemedel

Totalt har 375 avvikelser gällande läkemedel inrapporterats vilket är en ökning med ca 14 procent jämfört med 2015 (330 st). Förvaltningen arbetar ständigt med att försöka göra läkemedelshanteringen säkrare, personal uppmanas att skriva avvikelser så snart de upptäcker att något i hanteringen kring läkemedel blivit fel. De två största orsakerna till avvikelser 2016 är fortfarande "Utebliven dos" (ca 80 procent) och "Fel i dosett eller på signeringslista". Utebliven dos innebär att delegerad personal missat att ge medicinen vid rätt tillfälle eller så har patienten inte fått den alls. Det upptäcks ofta vid nästa tilldelning av läkemedel.

## Risakanalys

Allvarlighetsgraden på ”utebliven dos” bedöms som måttlig då det är en övergående funktionsnedsättning eller skada. Sannolikheten är stor eftersom det kan inträffa varje vecka.

Risker som skattas åtta eller mer utgör en stor risk där bakomliggande orsaker ska utredas. Värdet för avvikelserna bortglömd dos är sex och därför har händelseanalys genomförts.

### Resultat av händelseanalys

Riktlinjer och rutiner för läkemedelshandling finns och är väl kända hos personalen. Vid förfrågan uppger personalen att man följer riktlinjer och rutiner men glömmar ändå bort att ge läkemedel. Det kan bero på att man inte kommunicerat tillräckligt med varandra under ett arbetspass inne på boendena. Inom hemtjänsten har man också flera olika insatser vid samma besök och glömmar bort läkemedelstilldelning.

Hantering av ett ökat antal dosetter på våra särskilda boenden och ute i hemsjukvården i ordinärt boende har även gjort att antalet avvikelser på feldelade dosetter, felaktiga signeringslistor har ökat från föregående år. Ökningen har främst skett inom äldreomsorgen men även inom LSS. För att öka patientsäkerheten och minska antalet fel i läkemedelshandling arbetar förvaltningen med att försöka få fler vårdtagare med dosdispenserade läkemedel. Hantering av dosdispenserade läkemedel ökar patientsäkerheten avsevärt men förvaltningen har tyvärr mött motstånd mot detta från landstingets vårdcentral i kommunen.

Vid samtliga avvikelser tar omvårdnadspersonalen kontakt med tjänstgörande sjuksköterska och man vidtar då åtgärder på kort och/eller lång sikt och minskar därmed risken att vårdskada uppkommer.

## Hantering av klagomål och synpunkter

### Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter gällande hemsjukvården anländer till förvaltningen per telefon, brev, e-post m.m. De tas emot och diarieförs samma dag som rapporten kommer in. Klagomål och synpunkter vidarebefordras till ansvarig enhetschef för ev. åtgärder och återkoppling.

### Sammanställning och analys

Klagomål och synpunkter som inkommer till förvaltningen analyseras och riskbedöms kontinuerligt. De sammanställs och återkopplas till enhetschefer samt vård- och omsorgsnämnden 1- 2 ggr per år.

# Övergripande mål och strategier för kommande år

## Mål

- Minska antalet fall inom vård- och omsorgsförvaltningen
- Minska antalet fel i läkemedelshanteringen
- Öka antalet läkemedelsgenomgångar för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende
- Öka medvetenheten och betydelsen av hög följsamhet till Basala hygienrutiner hos all personal
- Öka livskvalitén för patienter i palliativ vård och vård livets slutskede.

## Strategier

- Öka antalet riskbedömningar samt vid risk även antalet åtgärder undernäring, trycksår och fall hos alla medarbetare (Senior Alert).
- Grundläggande, gemensam delegeringsutbildning för all nyanställd personal.
- Grundutbildning i basala hygienrutiner och personligt hygienansvar till all nyanställd personal samt repetera och öka förståelsen hos övrig personal angående betydelsen av följsamhet till basala hygienrutiner.
- Identifiera och samverka med landstingets vårdcentral kring frågor gällande palliativ vård
- Öka användningen av utdata från Svenska palliativregistret i syfte att förbättra den palliativa vården