

# Patientsäkerhetsberättelse 2018

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Dokumentnamn Patientsäkerhetsberättelse		Dokumenttyp Övrigt	Omfattar Vård och omsorg
Beslutsinstans Vård- och omsorgsnämnden	Dokumentansvarig Ledningsgrupp HSL	Publicering	

Beslutad/datum 2019-02-19	Översyn bör göras	Klassificering	Diarienummer
Relation	Ersätter	Författningssamling	

# INNEHÅLL

1 BAKGRUND OCH SYFTE .....	5
1.1 Bakgrund .....	5
1.2 Syfte .....	5
2 ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETEN .....	6
2.1 Nämndens ansvar =Vårdgivare.....	6
2.2 Verksamhetschef HSL.....	6
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).....	7
2.4 Enhetschef.....	7
2.5 Medarbetare .....	7
3 EGENKONTROLL .....	8
3.1 Egenkontroll .....	8
3.2 Socialstyrelsens brukarundersökning.....	8
4 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR 2018 SAMT RESULTAT.....	10
4.1 Måluppfyllelse föregående års mål .....	10
5 HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS OCH VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS .....	12
5.1 Vård i livets slutskede.....	12
5.2 BPSD-registret .....	14
5.3 Granskning av HSL-journaler .....	15
5.4 Digital signering.....	17
5.5 Patientnämnden.....	17
5.6 Läkemedel.....	17
5.6.1 rutiner .....	17
5.6.2 läkemedelsgenomgångar .....	17
5.6.3 externa kvalitetsgranskningar .....	18
5.7 Hygien och infektioner .....	18
5.8 Medicintekniska produkter .....	18
5.8.1 Hjälpmedelsombud på särskilt boende.....	18
5.8.2 Madrasser på särskilt boende .....	19
5.8.3 Vårdsängar på särskilt boende.....	19
5.8.4 Personlyftar och lyftselar.....	19
5.9 Granskning IVO.....	19
5.10 Synpunkter och klagomål .....	19
6 SAMVERKAN.....	20
6.1 Samverkan med landstinget.....	20
6.2 Kommunalt hygienråd i Västmanland .....	20
6.3 Patientsäkerhetsnätverket .....	20
6.4 Nätverk för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet .....	21
6.5 Nätverk för medicinskt ansvariga för rehabilitering i länet .....	21
6.6 Intern samverkan .....	21
6.6.1 arbetsgrupper.....	21
7 RUTINER FÖR ATT FÖREBYGGA RISKER I VERKSAMHETEN .....	22
9 INFORMATIONSSÄKERHET .....	23
9.1 Informationssäkerhet.....	23
9.2 Loggkontroller procapita och NPÖ .....	23
10 RAPPORTERINGSSKYLDIGHET (AVVIKELSER, HÄNDELSER MM).....	24
10.1 Avvikelsehantering .....	24
10.1.1 resultat.....	24
10.1.2 statistik.....	25
11. ÖVERGRIPANDE MÅL FÖR KOMMANDE ÅR .....	28

# 1 BAKGRUND OCH SYFTE

## 1.1 Bakgrund

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare årligen före den 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under förgående kalenderår och ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den. I berättelsen ska det framgå hur arbetat har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits för att minimera risker och negativa händelser. Det ska också framgå vilka resultat som uppnåtts.

## 1.2 Syfte

Syftet med att upprätta patientsäkerhetsberättelse är att synliggöra det systematiska patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten. Syftet är också att hitta mönster och trender som tyder på brister i verksamhetens kvalitet och är ett underlag för förbättringsarbete.

Enligt 3 kap 1§ i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården.

## 2 ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETEN

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

### 2.1 Nämndens ansvar =Vårdgivare

Vård- och omsorgsnämnden utgör vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)<sup>1</sup>. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Vård och omsorgsnämnden i Sala kommun har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Ansvaret innefattar;

- särskilda boenden för äldre
- hemsjukvård för personer över 18 år, i ordinärt boende inom primärvårdens uppdrag enligt tröskelprincipen
- korttidsvistelse enligt Socialtjänstlagen
- dagverksamhet
- bostäder inom socialpsykiatri
- bostäder med särskild service enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- daglig verksamhet (LSS)

### 2.2 Verksamhetschef HSL

Verksamhetschefen<sup>2</sup> har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Verksamhetschefen ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Verksamhetschefen ska på delegation från nämnden skicka in anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg om händelsen har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

I Sala kommun finns två verksamhetschefer som delar ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslag SFS 2017:30

<sup>2</sup> Hälso- och sjukvårdslag 2017:30 4kap §2

## 2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Enligt 11kap. § 4 Hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas en sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. MAS och MAR ansvarar tillsammans med verksamhetschefen för att upprätthålla och utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS och MAR utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Organisatoriskt är MAS underställd verksamhetschefen för administrativt stöd och MAR enhetschefen för rehabteamet.

## 2.4 Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att inom sitt verksamhetsområde tillse att rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdsuppdraget är kända på enheterna. De ansvarar också för att nya medarbetare har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten och att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen. Det ska finnas den personal och utrustning som krävs. Ett särskilt ansvar för hälso- och sjukvården har enhetscheferna för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

De ska genomföra riskanalyser inför större förändringar i verksamheten så som organisatoriska förändringar, förändrade metoder och rutiner mm. Mål ska formuleras för verksamheten och följas upp, och de svarar för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

## 2.5 Medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet. Det är en del i det dagliga arbetet genom att de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs och genom att avvikelser uppmärksammas och rapporteras.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare som utför hälso- och sjukvård är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Arbetsuppgifter som utförs på delegering av legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvård och medför därför särskilt ansvar enligt Patientsäkerhetslagen.

## 3 EGENKONTROLL

SOSFS 2011:9 5 kap. 2§

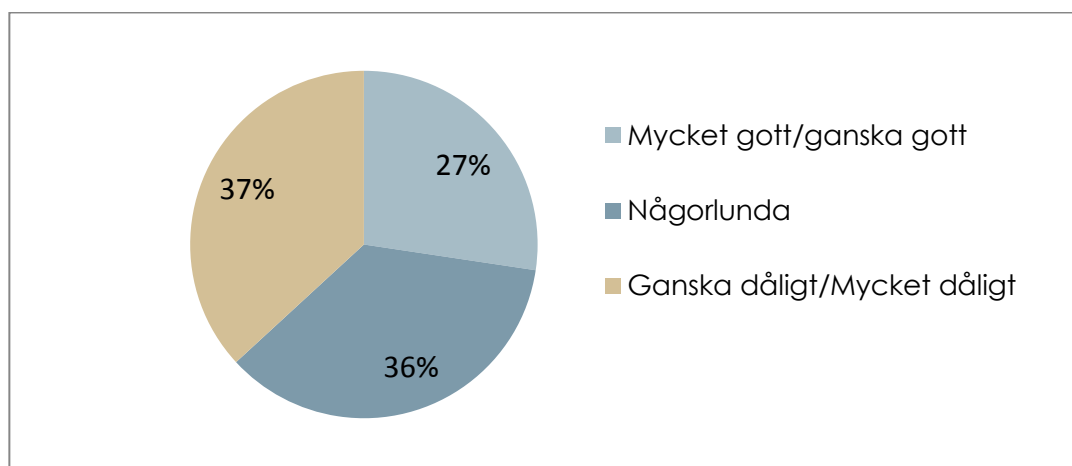
### 3.1 Egenkontroll

Egenkontroll har genomförts under hösten och resultatet var gott. Efter genomförandet inledde man arbetat med de punkter som behövde förbättras. Ny egenkontroll kommer att genomföras hösten 2019.

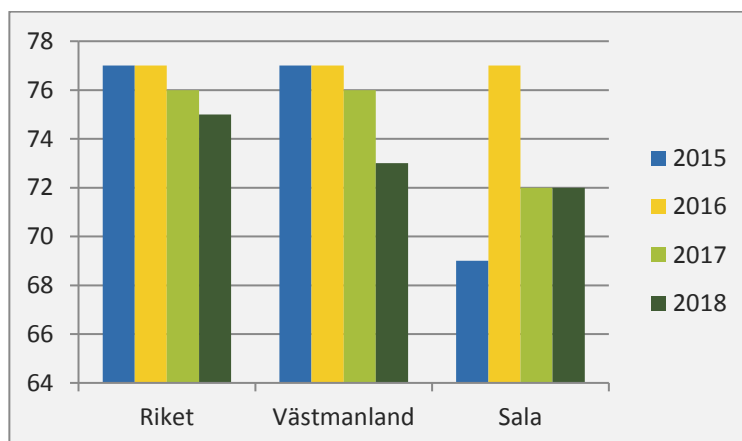
### 3.2 Socialstyrelsens brukarundersökning

Resultatet från socialstyrelsens årliga brukarundersökning presenterades under hösten. Ett fåtal frågor berör hälso- och sjukvården och frågorna är bara ställda till personer som bor på särskilt boende inom äldreomsorgen. Man har även frågat om hur de äldre upplever sitt allmänna hälsotillstånd.

Säbo; hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

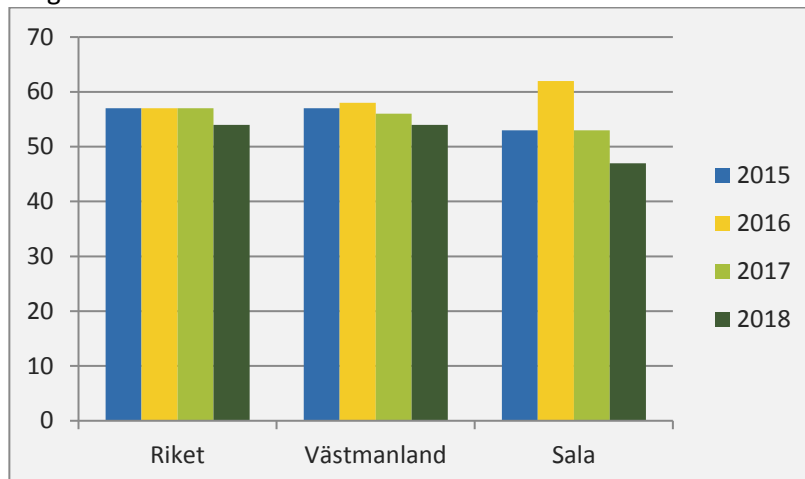


Fråga: Hur lätt eller svårt är det att träffa sjuksköterska vid behov? Säbo



Grafen visar andel (%) personer som är nöjda eller mycket nöjda. Man kan se att man i år tycker att det är lika lätt/svårt att få kontakt med sjuksköterska som 2017. Vi ligger dock kvar på något lägre värden än länet och riket.

Fråga: Hur lätt eller svårt är det att träffa läkare vid behov? Säbo



Det visar att nöjdheten hos patienterna på boendena gällande hur lätt det är att få träffa en läkare har minskat sedan förra året. I slutet på 2015 beslutades tillsammans med ansvariga vårdcentraler att dela upp äldreboendena så att en utsedd vårdcentral ansvarar för ett boende för att använda resurserna på bästa sätt och för att öka nöjdheten vilket kan förklara uppgången under 2016.

Det har varit fortsatta problem med läkarförsörjningen på vårdcentralerna i Sala. Ofta får bemanningen lösas med inhyrda läkare vilket bidrar till sämre kontinuitet och en försvårad arbetssituation för kommunens sjuksköterskor.



## 4 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR 2018 SAMT RESULTAT

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

Sjuksköterskor och rehabteam hör till en samordnad organisation som möjliggör variation av arbetsuppgifter, samordnade utvecklingsgrupper och ett mer flexibelt sätt att bemanna för att hjälpas åt när arbetsbelastningen är hög. Stora problem med bemanning av framförallt fysio- och arbetsterapeuter och personalomsättning för sjuksköterskorna har inneburit att utvecklingen av bl. a teamarbetet i vissa fall har försenats och behöver fortgå under nästa år.

Arbetet för ökad patientsäkerhet genom att involvera större delar av organisationen har under året fortgått. Ledningsgruppen för Hälso- och sjukvårdsfrågor består av verksamhetschefer HSL, enhetschefer för hälso- och sjukvården samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS och MAR).

MAS har granskat dokumentationen fyra gånger under året vilket har tydliggjort kraven på dokumentation så att en förbättring har uppnåtts.

Även egenkontrollen har genomförts under hösten. Ett stort arbete har lagts ned på att införa digital signering av all läkemedelsöverlämnande i äldreomsorgen och LSS vilket nu tillämpas i alla verksamheter.

### 4.1 Måluppfyllelse föregående års mål

Föregående års övergripande mål var:

Mål	Måluppfyllelse
Smärtskattning samt symtomskattning ska öka till 80% för palliativ vård	Ligger på 42,6% under 2018
Förbättrad dokumentation. Mäts genom journalgranskning 4 gånger per år.	Har förbättrats under året men behöver ytterligare förbättras.
Genomföra egenkontroll för hälso- och sjukvården	Genomfördes under hösten både för sjuksköterskorna och rehabgruppen.
Förbättra samverkan och patientens delaktighet genom teamträffar. Teamträffarna ska genomföras enligt rutin i samtliga verksamheter	Enstaka verksamheter har inte helt fungerande teamträffar
God hygien i verksamheterna. Kontrolleras genom hygienronder och självskattning	
Fortsatt arbete med mobil digital dokumentation och kommunikation. Alla verksamheter ska använda digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser	
Alla särskilda boendeformer ska arbeta med elektronisk signering av överlämnande av läkemedel	
Fortsätta utarbeta metoder för att ta reda på patienternas synpunkter samt säkerställa patienternas inflytande och delaktighet	
Fortsätta arbetet med implementering av ledningssystemet	



## 5 HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS OCH VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### 5.1 Vård i livets slutskede

Av de dryga 90 000 som avlider årligen i Sverige, bedöms omkring 80% av dessa haft behov av palliativ vård. Syftet med den palliativa vården är att möta behov hos den enskilde och dennes närstående när livet går mot sitt slut på grund av sjukdom eller ålder.

God kvalitet i vården och ett värdigt slut är betydelsefullt för den enskilde och dess anhöriga. Ett stöd i arbetet för att bedriva en god vård och omsorg är Svenska Palliativregistret. Syftet med den palliativa omvårdnaden är att det multiprofessionella teamet erbjuder den enskilde en god och jämlik vård.

Den palliativa vården inleds när läkare tillsammans med den enskilde och de anhöriga haft ett brytpunktssamtal. Den enskilde och närstående ska i möjligaste mån delta i planeringen av vården. Det är viktigt att individuella önskingar om hur den enskilde vill ha det under livets slutskede respekteras. I vårdplanen ska det tydligt framgå vad som gäller i olika situationer.

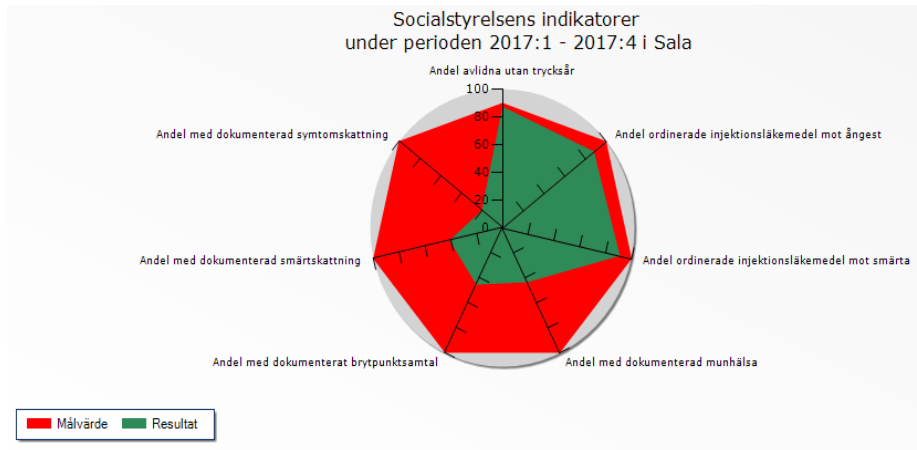
När en person avlidit görs en registrering i palliativa registret. Genom registreringarna kan respektive verksamhet följa den egna enhetens kvalitet på vården i livets slut och kunna identifiera viktiga områden för kontinuerligt förbättringsarbete.

Svenska palliativregistrets indikatorer för palliativ vård är:

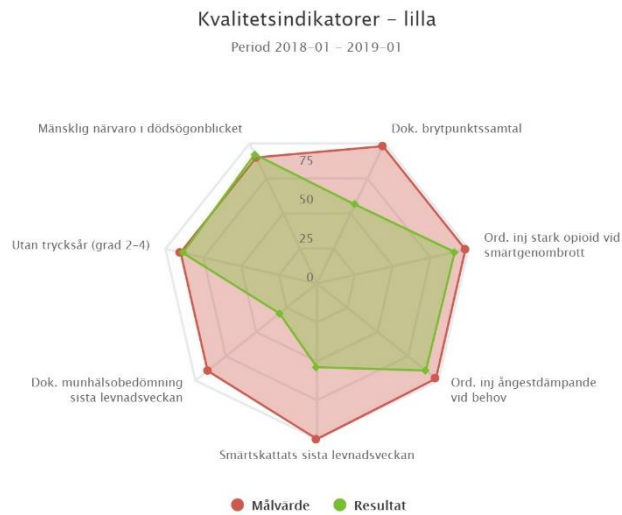
Indikator	Målvärde %
Avlidna utan trycksår	90
Ordinerade injektionsläkemedel mot ångest	100
Ordinerade injektionsläkemedel mot smärta	100
Dokumenterad munhälsa	90
Dokumenterat brytpunktssamtal	100
Dokumenterad smärtskattning	100
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90
Täckningsgrad	90 - 100

## Indikatorer Sala kommun 2017-2018:

2017



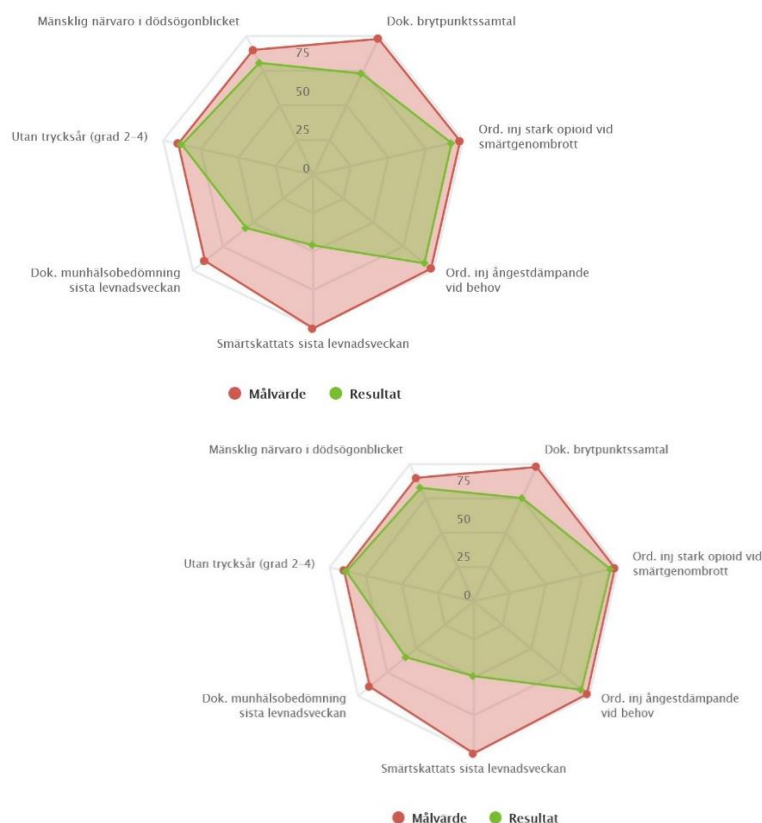
2018



Det röda fältet visar målvärdena för de olika indikatorerna och det gröna fältet visar resultatet för Sala kommun under 2017 och 2018. Nedan följer jämförelser för Västmanlands län totalt och hur det ser ut i hela Sverige.

Västmanlands län 2018

Sverige 2018



Som framgår av diagrammen ligger Sala i mål när det gäller andel trycksår, injektionsläkemedel mot ångest, andel injektionsläkemedel mot smärta och mänsklig närvaro i dödsögonblicket, men under när det gäller övriga indikatorer. Bilden är liknande i länet och landet som helhet. Indikatorn för brytpunktssamtal är svårare än de övriga att uppnå då ansvaret för samtalet ligger på ansvarig läkare.

## 5.2 BPSD-registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, drabbar ca 90 % av alla personer med demenssjukdom. Symtomen kan vara aggressivitet, vanföreställningar eller ångest och är mycket påfrestande framförallt för den som drabbas, men även för de runtomkring. De nationella riktlinjerna säger att "Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekt av insatta åtgärder till personer med demenssjukdom och beteendemässiga och psykiska symtom."

Observation av symtom görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory (NPI) som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom.

Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas och när man provat vårdåtgärderna under en bestämd tidsperiod, gör man en utvärdering.

Data sammanställs till en rapport som kan skrivas ut och användas i det dagliga arbetet på enheten. Från registret kan även statistik över egna data jämföras med övriga riket.

I Sala kommun ska alla personer med demensdiagnos boende på SÄBO få möjlighet till registrering i BPSD-registret.

Målet under 2018 var att alla personer (100 %) med en demensdiagnos skulle ha en BPSD registrering. Vi nådde inte helt upp till målet då antalet personer som registrerats är 107 till antalet vilket ändå tyder på ett pågående arbete.

Under året har administratörer på flera boenden registrerat och arbetat evidensbaserat utifrån BPSD-registret.

Antalet registrerade personer per kommun i Västmanland

	Summa	2018-01	2018-02	2018-03	2018-04	2018-05	2018-06	2018-07	2018-08	2018-09	2018-10	2018-11	2018-12
Summa	1540	125	112	148	137	121	88	28	65	151	151	152	119
Arboga	114	13	5	11	22	12	6	1	6	8	6	11	9
Fagersta	50	6	5	3	1	7	7	0	0	2	9	10	0
Hallstahamma	68	4	4	9	4	9	2	3	6	2	10	1	3
Kungsör	41	5	7	5	2	3	0	0	0	4	4	6	1
Köping	77	10	1	11	3	8	5	1	1	4	9	7	9
Norberg	39	5	5	3	0	3	3	0	5	4	3	1	7
Sala	107	6	12	11	6	11	2	1	5	11	13	11	13
Skinnskatteb.	89	5	3	10	8	6	4	2	6	4	17	16	6
Surahammar	53	11	10	5	8	5	0	0	0	3	1	4	4
Västerås	902	60	60	80	83	57	59	20	36	109	79	85	67

Ett omtag kring arbetet påbörjades under 2018 och fortsätter under 2019. Ytterligare tre personer utbildades till certifierade utbildare i registret. Ett stort antal administratörer i det multiprofessionella teamet kommer att utbildas under 2019.

Vi arbetar tvärprofessionellt för att stärka enheterna att arbeta med BPSD. Särskilda rutiner har tagits fram för arbetet i registret.

Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt bidrar tillsammans till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds.

### 5.3 Granskning av HSL-journaler

Granskning av dokumentationen ska göras regelbundet för att granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar.<sup>3</sup>

Journalgranskningar har gjorts enligt rutin vid fyra tillfällen under 2018 av MAS och MAR. Vardera granskningen har poängbedömts enligt journalgranskningsmall. Vid varje tillfälle har tre av systemförvaltare slumpmässigt utvalda patientjournaler granskats utifrån särskild mall.

Av resultatet framgår att särskilt boende (SÄBO) har uppnått högsta andelen poäng, och att slutsatsen skulle kunna dras att dokumentationen fungerar bättre där än i hemsjukvården och inom LSS. Dock så kan insatserna skilja sig åt väsentligt om en jämförelse görs mellan boende på SÄBO och patienter i hemsjukvården samt LSS. Patienter boende på SÄBO har oftast ett större omvårdnadsbehov än patienter i

<sup>3</sup> HSLF-FS 2016:40, 5 kap. 6§

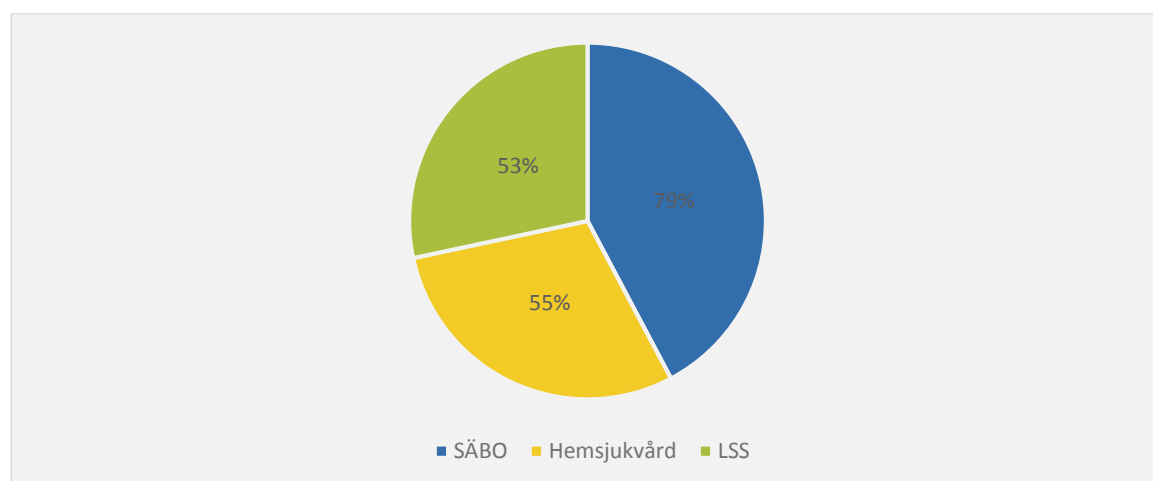
hemsjukvården som kan ha endast punktinsatser. Behovet av att dokumentera vissa områden kan då utebli eftersom behov av den specifika insatsen som ska dokumenteras inte finns. Vidare kan det vara möjligt att det inte blivit utfört som sig bör, vilket i sig även gäller SÄBO och LSS.

En översyn bör göras av vad som ska dokumenteras i journalen (måsten), när det gäller hemsjukvård i jämförelse med SÄBO och LSS eftersom insatserna i hemsjukvården och inom LSS varierar. För att få en mer kvalitativ journalgranskning med en större potential för utveckling av dokumentation planeras att se över rutiner för journalgranskning. MAS och MAR har som mål att utarbeta rutin för teambaserade journalgranskningar under 2019.

Resultat per granskning samt totalt alla granskningar:

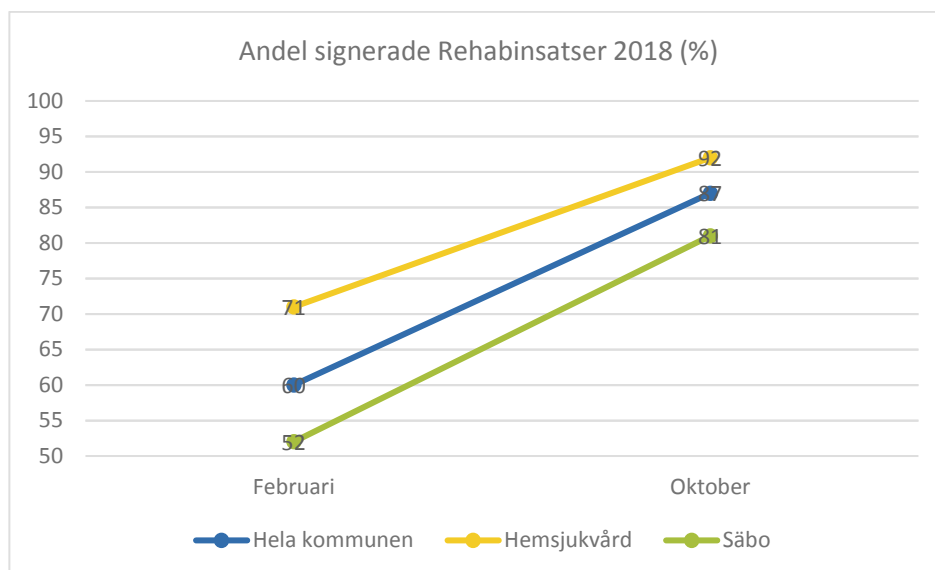
Datum	Antal granskade journaler	Poäng/max poäng/Enhet	Enhet/Procent	Totalt Alla granskningar
180311	3	22/40 (SÄBO) 22/34 (Hemsjukvård) 15/34 (LSS)	SÄBO=55% Hemsjukvård=64.71% LSS=44.12%	
180619	3	36/40 (SÄBO) 15/34 (Hemsjukvård) 21/34 (LSS)	SÄBO=90% Hemsjukvård=44.12% LSS=61.76%	
181002	3	31/40(SÄBO) 16/34(Hemsjukvård) 9/34 (LSS)	SÄBO=77.5% Hemsjukvård=47% LSS=26.47%	
181218	3	38/40 (SÄBO) 22/34(Hemsjukvård) 27/34 (LSS)	SÄBO=95% Hemsjukvård=64.71% LSS=79.41%	
<b>ENHET</b>				
<b>SÄBO</b>				<b>79.38%</b>
<b>Hemsjukvård</b>				<b>55.15%</b>
<b>LSS</b>				<b>52.94%</b>

Uppnådd dokumentation procentuellt, totalt alla granskningar 2018.



## 5.4 Digital signering

Under 2018 infördes system för digital signering av HSL-insatser i hela kommunen. Sedan tidigare har systemet använts av hemtjänst och hemsjukvård, samt på vissa LSS-enheter, för signering av insatser ordinerade av sjuksköterska. I maj utökades systemet till att även inkludera insatser ordinerade av fysioterapeut och arbetsterapeut. I augusti infördes systemet fullt ut på kommunens särskilda boenden. En tydlig förbättring gällande andelen signerade Rehab-insatser kunde ses vid jämförelse före och efter införandet av digital signering.



## 5.5 Patientnämnden

Under 2018 har inget ärende inkommit till Patientnämnden som rör Sala kommun.

## 5.6 Läkemedel

### 5.6.1 RUTINER

Under 2018 har rutiner för läkemedelshantering uppdaterats. Både generella och lokala rutiner. Vidare har rutiner för delegering uppdaterats för en så säker läkemedelshantering som möjligt. En del i rutinerna för delegering är att personal som ska ta emot delegering för läkemedelshantering ska genomgå utbildning av sjuksköterskor enligt fastställd checklista (vad som ska gås igenom) innan delegering kan bli aktuell. Innan utbildning med sjuksköterska, ska webbutbildning "Jobba säkert med läkemedel" ha genomförts med godkänt resultat.

### 5.6.2 LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR

Vårdgivaren ska erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel, en enkel läkemedelsgenomgång vid påbörjad hemsjukvård och inflyttning i särskilt boende. Enkel läkemedelsgenomgång ska dessutom erbjudas en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i särskilt boende. Bestämmelser om läkemedelsgenomgångar finns i HSLF-FS 2017:37.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> HSLF-FS 2017:37 11 Kap.



Symtomskattningsskalan PHASE-20 (PHArmacoTherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor) används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar eller interaktionseffekter. Syftet med läkemedelsgenomgångar är att minska olämpliga läkemedel. I den uppdaterade läkemedelsrutinen finns rutiner för läkemedelsgenomgångar som ska göras i samverkan med läkare på respektive vårdcentral.

### 5.6.3 EXTERNA KVALITETSGRANSKNINGAR

Hantering av läkemedel i verksamheten ska regelbundet genomgå en extern kvalitetsgranskning<sup>5</sup>.

Som ett led i kvalitetsarbetet för en god och säker läkemedelshantering genomförs externa kvalitetsgranskningar årligen i Sala kommun. Granskningarna genomfördes genom Apoteket AB, där en farmaceut tillsammans med läkemedelsansvarig sjuksköterska på respektive enhet och medicinskt ansvarig sjuksköterska deltog i granskningarna. Vid årets granskningar gjordes även en genomgång av befintliga rutiner för läkemedelshantering och delegering. Av rapporten från granskningarna framgick att kommunen har bra och hållbara rutiner för läkemedelshantering, där endast små justeringar/tillägg gjordes.

När det gäller enheter som inte blev granskade under 2018 gjorde MAS verksamhetsbesök och gick igenom läkemedelsförråd och hantering av läkemedel.

## 5.7 Hygien och infektioner

Kommunen har avtal och samarbetar med vårdhygien i region Västmanland. I vårdhygiens uppdrag ingår bland annat att genomföra hygienronder och utbildningar, ge råd och stöd, delta i arbetet vid eventuella utbrott av smittor, ge handledning och stöd vid bland annat ny- och ombyggnation. Kommunen följer länsgemensamma hygienrutiner utarbetade av vårdhygien.

I samarbete med Vårdhygien sker infektionsregistrering på särskilda boenden för äldre i Västmanlands län. Rutiner gällande infektionsregistrering är uppdaterade och följs, vilket innebär att antibiotikabehandlade infektioner på särskilda boende registreras och sammanställs för vidarebefordran till vårdhygien. Syftet med infektionsregistreringen är att medvetandegöra hur infektioner sprids och förbättra hygienarbetet. Studier har visat att infektionsregistrering, följsamhet till basala hygienrutiner och kontinuerlig utbildning är ett effektivt sätt att minska antalet vårdrelaterade infektioner<sup>6</sup>. Infektionsregistrering är en förutsättning för att verifiera att förbättringsarbetet har lett till en minskning av de vårdrelaterade infektionerna.

## 5.8 Medicintekniska produkter

Under 2018 har arbetet med att implementera befintliga rutiner och styrdokument gällande medicintekniska produkter fortgått. Flera dokument har reviderats.

### 5.8.1 HJÄLPMEDELSOMBUD PÅ SÄRSKILT BOENDE

På varje enhet inom särskilt boende finns hjälpmedelsombud som varje termin träffar representant från rehabteamet och MAR. På dessa träffar har MAR informerat om rutiner kring hjälpmedel och man har diskuterat hur rutinerna fungerar ute i

<sup>5</sup> HSLF-FS 2017:37, 4 kap.3§

<sup>6</sup> Ren vård är säkrare vård II SKL 2007

verksamheterna. Ett nytt styrdokument togs fram under 2018, som förtydligar hjälpmedelsombudens roll och uppdrag.

### **5.8.2 MADRASSER PÅ SÄRSKILT BOENDE**

I början av året konstaterades att många av basmadrasserna på särskilt boende var i dåligt skick och i behov av att bytas ut. Med anledning av detta gjordes en omfattande madrassinventering, där varje basmadrass kontrollerades och funktionsbedömdes utifrån en särskild mall. Resultatet av inventeringen visade att närmare 100 st. madrasser var i så dåligt skick att det äventyrade patientsäkerheten utifrån risk för trycksår, smärta och/eller smitta. Nya basmadrasser med tryckavlastande egenskaper köptes in och levererades under hösten. Rutin för att fortsättningsvis regelbundet kontrollera basmadrasser på särskilt boende har tagits fram och ska implementeras under 2019.

### **5.8.3 VÅRDSÄNGAR PÅ SÄRSKILT BOENDE**

Under året har kommunens vårdsängar inventerats och nya sängar har köpts in. Arbetet med att byta ut gamla och slitna vårdsängar mot nya kommer att fortsätta under 2019.

### **5.8.4 PERSONLYFTAR OCH LYFTSELAR**

Under 2018 har personförskrivna lyftselar på särskilt boende inspekterats och kontrollerats systematiskt vid 3 tillfällen. Resultatet av inspektionerna visade att det fanns många lyftselar som inte uppfyllde kraven för att säkerställa patientsäker användning. Åtgärder vidtogs och under året har en förbättring kunnat ses. I början av året beslutades att införa en lyftkörkortsutbildning för kommunens vård- och omsorgspersonal, i syfte att förbättra patientsäkerheten vid användning av personlyftar. Rehabteamets arbetsterapeuter fick i uppdrag att utforma utbildningen, vilken senare kom att påbörjas under hösten. Totalt har 90 medarbetare från särskilt boende utbildats i säker hantering av personlyft under 2018. Utbildningsinsatsen planeras att fortsätta under 2019 och framåt, med målet att senast 2020 införa krav på att vid användning av personlyft inom VOO ska minst en av 2 medarbetare inneha lyftkörkort.

## **5.9 Granskning IVO**

Ingen granskning från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomförts under året.

## **5.10 Synpunkter och klagomål**

Under 2018 har en synpunktsblankett avseende Hälso- och sjukvården lämnats in. Klagomålet handlade om missnöje med att inte få hemsjukvård och inte få tydliga besked. Efter ett missförstånd i kommunikationen med synpunktslämnaren anmäldes ärendet till IVO som tillbakavisade frågan till Vård och omsorg. Synpunktslämnaren har nu fått återkoppling på synpunkten.

## 6 SAMVERKAN

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap 3 § p 3

### 6.1 Samverkan med landstinget

Under året har den lokala samverkansgruppen för hälso- och sjukvård i Sala träffats fyra gånger. På dessa möten deltar representanter för kommunen, närsjukvård och primärvård.

Frågor som bl.a. tagits upp under 2018 har varit:

- Avvikelser/ Lex Maria
- Överenskommelse om samverkan avseende äldre
- Framtidens vård i Sala – hur kan vi fördjupa samarbetet?

Ett stort arbete har lagts ned på att arbeta för att införandet av Lagen om samverkan<sup>7</sup> ska ske så smidigt som möjligt i Västmanland. Lagen trädde i kraft 1/1 2018 och innebär att personer med behov av insatser från kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård på ett snabbare och effektivare sätt ska kunna skrivas ut från slutenvården.

Som komplement till överenskommelsen har riktlinjer utarbetats i samverkan mellan parterna. Vård och omsorg har deltagit i de länsgemensamma arbetsgrupperna .

IT-stödet för utskrivningsprocessen, Cosmic Link, började användas 181122. Det föregicks av omfattande gemensamma utbildningsinsatser hos kommunen och regionen. Efter införandet har flera samverkansmöten skett för att säkerställa att informationsöverföringen blir trygg, säker och tillgänglig för patienten och hemsjukvården vid hemgång från sjukhuset.

### 6.2 Kommunalt hygienråd i Västmanland

Hygienrådet sammankallas av enheten för Vårdhygien i landstinget. Kommunernas MAS eller annan kontaktperson deltar. Hälso- och sjukvård i kommuner och regioner är samverkande parter i och med att ett stort antal patienter rör sig mellan dessa vårdgivare. Det ställer krav på ett fungerande samarbete och gemensamma rutiner för att förebygga och minska risker för smitta.

### 6.3 Patientsäkerhetsnätverket

Patientsäkerhetsnätverket sammankallas växelvis av Region Västmanland och länets kommuner. Representanter från kommunerna och Region Västmanland träffas 4-5 gånger per år för att diskutera frågor som rör samverkan och patientsäkerhet i länet. Region Västmanland representeras av analysledare, över- och chefsläkare från patientnämnden och patientsäkerhetsteamet. Kommunerna och privata aktörer representeras av medicinskt ansvariga, men antalet som deltar på träffarna varierar. MAS och/eller MAR från Sala kommun har deltagit på träffarna under 2018.

---

<sup>7</sup> Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård 2017:612

## 6.4 Nätverk för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet

Nätverket har träffats regelbundet (4 gånger/år) och samverkar i frågor som rör patientsäkerheten. Deltagare representerar nätverket i olika arbetsgrupper inom länet.

## 6.5 Nätverk för medicinskt ansvariga för rehabilitering i länet

MAR-nätverket i Västmanland består av MAR:ar från länets olika kommuner. Under 2018 hölls en träff, där fokus låg på lagen om samverkan vid utskrivning och de nya rutinerna för samverkan mellan kommunerna och regionen som skulle träda i kraft i slutet av november. MAR från Sala deltog.

## 6.6 Intern samverkan

### 6.6.1 ARBETSGRUPPER

Under 2018 har många nya rutiner upprättats alternativt uppdaterats. Inom flera områden har rutiner arbetats fram i olika arbetsgrupper, detta för att få in perspektiv från flera professioner. Områden där arbetsgrupper har funnits är;

- Nutrition
- Delegering
- Palliativ omvårdnad
- Teamarbete
- HSL-grupp

## 7 RUTINER FÖR ATT FÖREBYGGA RISKER I VERKSAMHETEN

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risicanalyser genomförs framförallt vid större förändringar i verksamheten samt på individnivå för skyddsåtgärder och andra förebyggande brukarnära insatser. Den metod som används är riskanalysmodellen<sup>8</sup>.

Under året har också riskanalyser utförts inför sommarens svårigheter att bemanna hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Följande risker identifierades vid för låg bemanning av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter:

- Brister i patientsäkerheten
- Brister i arbetsmiljön
- För dåligt stöd till ovan baspersonal

Följande åtgärder vidtogs:

Tydliggjorda skriftliga prioriteringar

---

<sup>8</sup> Riskanalys och händelseanalys analysmodeller för att öka patientsäkerheten SKL 2015

## 9 INFORMATIONSSÄKERHET

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

### 9.1 Informationssäkerhet

Verksamhetssystemet (procapita) som används inom hälso- och sjukvården har säkerhetsklassats genom instrumentet KLASSA. Informationsklassning är en metod som hjälper verksamheten att välja rätt åtgärder som skyddar informationen. Klassningen i KLASSA bygger på modellen för informationsklassning i Metodstöd för införande av Ledningssystem för Informationssäkerhet (LIS). Verktöget är framtaget av SKL. Under hösten har IT-avdelningen arbetat för att ytterligare säkerställa driften av kommunens IT-system genom att införa hårdare säkerhetskrav för lösenord, inloggning, möjlighet till nedladdningar mm.

### 9.2 Loggkontroller procapita och NPÖ

En vårdgivare ska se till att åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras. Vårdgivare ska göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter. Regelbundna kontroller ska också göras gällande åtkomsten av uppgifter genom sammanhållen journalföring. Rutin för loggkontroller har upprättats för kontroll av loggar i journalsystemet Procapita samt för loggar i sammanhållen journalföring (NPÖ).

## 10 RAPPORTERINGSSKYLDIGHET (AVVIKELSER, HÄNDELSER MM)

SFS 2010:659, 6 kap. 4§, SOSFS 2011:9, 5 KAP. 3§

Patientsäkerhetslagen<sup>9</sup> reglerar skyldigheten att rapportera vårdskada och risk för vårdskada. Verksamheten ska säkerställa att rapportering och utredning sker enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete<sup>10</sup>, inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)<sup>11</sup>.

### 10.1 Avvikelsehantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete<sup>12</sup> är avvikelsehantering en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Avvikelser ska identifieras, rapporteras, åtgärdas, dokumenteras, analyseras, följas upp och återföras till verksamheten så att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet uppmärksammas.

Alla medarbetare inom vård och omsorg är skyldiga att rapportera avvikelser<sup>13</sup>. Varje avvikelse ska i första hand analyseras och åtgärdas av ansvarig enhetschef. I Sala kommun används systemet LISA för rapportering av avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer och analyserar avvikelser tillhörande lagrum HSL (Hälso –och sjukvårdslagen) varje halvår och helår. Syftet med sammanställning och analys av registrerade avvikelser är att få ett underlag för ett förbättringsarbete inom vård och omsorg i Sala kommun, för en så säker och kvalitativ vård som möjligt.

En (1) Lex Maria anmälan gjordes under 2018.

#### 10.1.1 RESULTAT

Det totala antalet registrerade avvikelser har ökat med 21 % under 2018 jämfört med 2017. Ökningen behöver nödvändigtvis inte innebära en faktisk ökning av antalet händelser, däremot kan det ses som en kvalitativ förbättring genom en ökad medvetenhet hos medarbetarna om vikten att registrera avvikelser. Av det totala antalet avvikelser domineras dessa av fall- och läkemedelsavvikelser. En minskning av antalet registrerade avvikelser kan noteras under den andra halvan av 2018 i jämförelse med den första halvan.

När det gäller läkemedelsavvikelser så består dessa till 58.3 % av uteblivna doser, det vill säga ordinerade läkemedelsdoser som har glömts bort att ges till patienten eller av annat skäl uteblivit. 433 sådana kan låta mycket, och naturligtvis ska det vara så få uteblivna doser som möjligt, med målet att alla patienter ska erhålla alla sina ordinerade läkemedel i tid. Om antalet sätts i relation till antalet ordinerade doser sammanlagt så är de uteblivna doserna procentuellt 0.14 % av det totala beräknade årliga antalet doser (433 läkemedelsdoser av 307 695 doser, årligen), vilket kan ge ett perspektiv av annat slag. Under året som gått har digital signering införts även inom särskilda boenden och

<sup>9</sup> SFS 2010:659

<sup>10</sup> HSLF-FS 2017:40

<sup>11</sup> HSLF-FS 2017:41

<sup>12</sup> SOSFS 2011:9

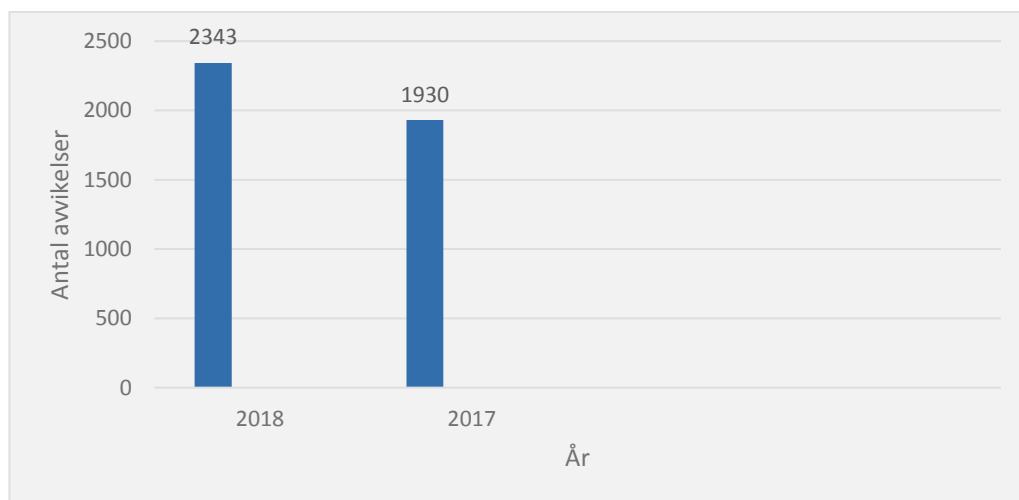
<sup>13</sup> SOSFS 2011:9 5 kap 4§

LSS genom användande av APPVA, med förhoppning om att minska antalet missade läkemedelsdoser samt en säkrare läkemedelshantering med mindre pappersdokument och tydligare signeringsunderlag.

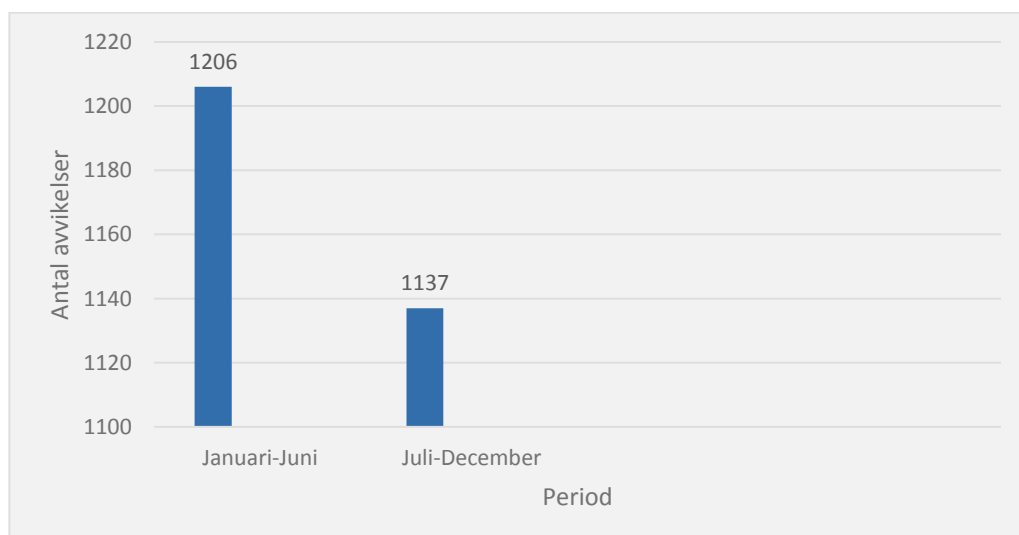
Antalet registrerade fallavvikelser ökade med 20 %, (från 1168-1404) under 2018 i jämförelse med 2017. Av de 1404 registrerade fallavvikelserna 2018, har registrerats att 258 (18 %) av dem ledde till någon form av skada, där 24 fallhändelser (1.7 %) krävde sjukhusvård. Registrerade fallhändelser minskade något under den andra halvan av 2018 (juni-december) jämfört med januari-juni, från 714 till 692. En ny rutin gällande fallprevention har utarbetats för ett mer strukturerat arbete med syfte och mål att förebygga fallhändelser.

### 10.1.2 STATISTIK

#### Totala antalet avvikelser 2018 - HSL

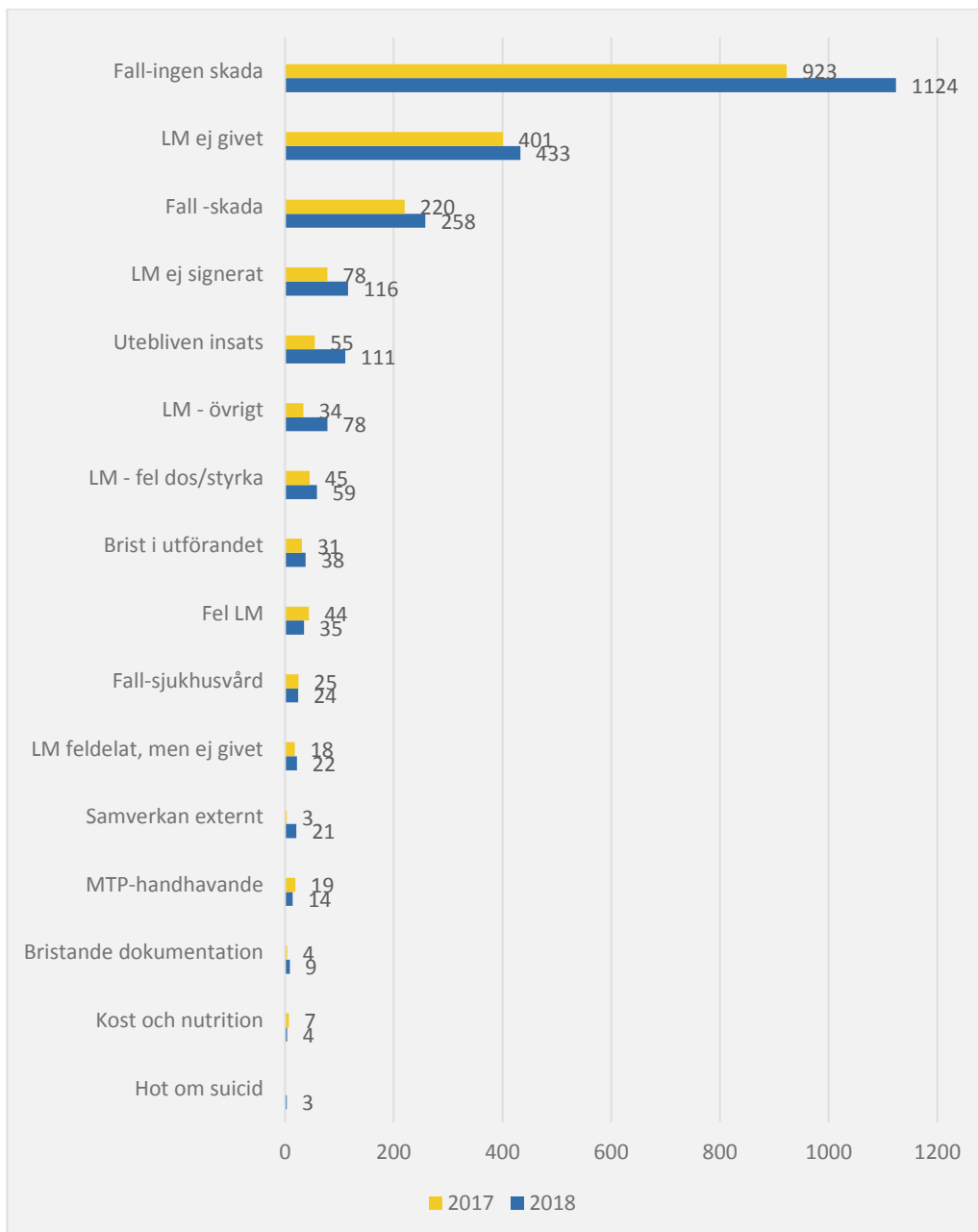


#### Antal avvikelser per halvår 2018

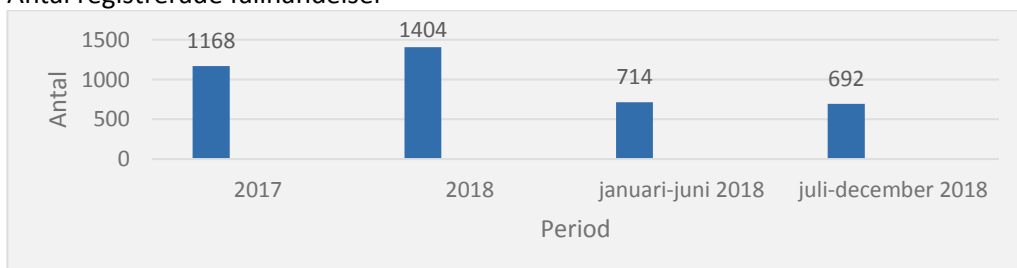




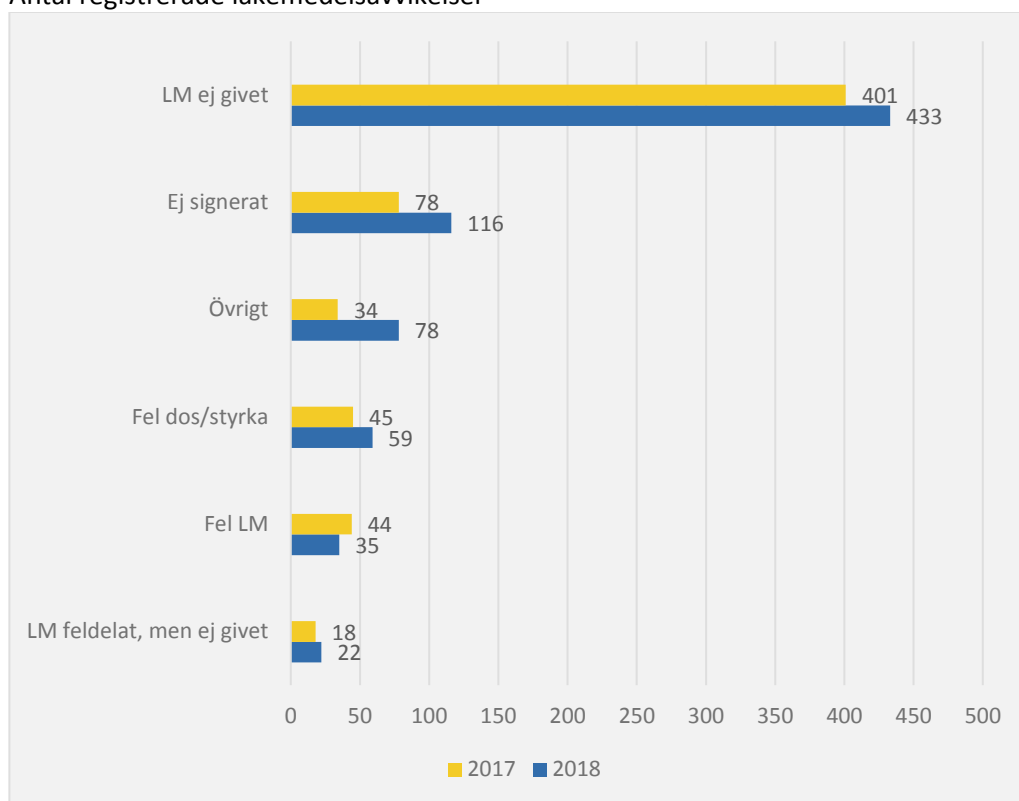
### Typ och antal av avvikelser 2018 i jämförelse med 2017



### Antal registrerade fallhändelser



## Antal registrerade läkemedelsavvikelser



## 11. ÖVERGRIPANDE MÅL FÖR KOMMANDE ÅR

Det övergripande målet är att ha en hög patientsäkerhet och god vård genom att arbeta med ständiga förbättringar och fortsätta arbetet med implementering av de rutiner som har tagits fram.

Prioriterade områden är:

- Nutrition
- Intern samverkan
- Dokumentation
- Arbetsätt BPSD
- Psykiatri
- Personcentrerad vård

De tre områdena, sjuksköterskor på Säbo, sjuksköterskor inom hemsjukvård och rehabgruppen kommer att ta fram mer detaljerade mål för 2019 inom dessa områden.

Sammanställt av:

Lena Nyström	Verksamhetschef
Maria Ekelund Dannert	Verksamhetschef
Liliane Eklund	MAS
Therese Pettersson	MAR
Beatrice Snåre Andersson	Enhetschef
Björn Gustafsson	Enhetschef

**SALA KOMMUN Vård och omsorg**

Telefonnummer: 0224-74 70 00 | E-post: [kommun.info@sala.se](mailto:kommun.info@sala.se) | Postadress: Box 304, 733 25 Sala

