

## ÄRENDE NR 2



VÅRD- OCH OMSORG  
Maria Ekelund Dannert

MISSIV

**REDOVISNING AV PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR 2015****Sammanfattning av ärendet**

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.

**Förslag till beslut**

att Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av patientsäkerhetsberättelsen för 2015.

Maria Ekelund Dannert

Verksamhetschef



## VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

LEDNINGSSYSTEM		
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2015	DOKUMENTTYP Övrigt	GÄLLER TOM. 2016-12-31
ORGANISATION VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	DOKUMENTÄGARE VC HSL	DIARIENUMMER [DIARIENUMMER]

**PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR Vård och Omsorg Sala kommun****2015**

## Innehåll

Bakgrund och Syfte.....	3
Bakgrund .....	3
Syfte.....	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten .....	3
Nämndens ansvar .....	3
Verksamhetschef.....	3
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).....	4
Enhetschef.....	4
Medarbetare.....	4
Övergripande mål och strategier för 2015 samt resultat .....	4
Mål: Nöjda medborgare och brukare .....	4
Strategi HSL:.....	5
Resultat: .....	5
Mål: God service av hög kvalitet.....	5
Strategi HSL.....	5
Resultat: .....	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts .....	7
Vård i livets slutskede.....	7
BPSD-registret.....	9
Granskning av journaler och annan dokumentation .....	9
Patientnämnden.....	9
Läkemedel.....	9
Hygien och infektioner .....	10
Medicintekniska produkter.....	10
Granskning IVO .....	10
Synpunkter och klagomål.....	11
Samverkan.....	11
Samverkan med landstinget.....	11
SIP- samordnad individuell plan.....	11
Kommunalt hygienråd i Västmanland .....	11
Nätverk för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet.....	11
Risikanalys.....	12
Rapporteringsskyldighet (Avvikelser, händelser mm).....	13
Avvikelsehantering .....	13
Övergripande Mål för kommande år .....	14

## Bakgrund och Syfte

### 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.

### SYFTE

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.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

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

### NÄMNDENS ANSVAR

Vård- och omsorgsnämnden utgör vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

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.

Ansaret innefattar;

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

### VERKSAMHETSCHEF

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

### **MEDICINSKT ANSVARIG SJKSKÖTERSKA (MAS) OCH MEDICINSKT ANSVARIG FÖR REHABILITERING (MAR)**

Enligt § 24 Hälso och sjukvårdslagen ska det finnas en sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar. 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 deltar i utredningar av händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och MAS 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.

### **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 ny personal 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 uppdraget. Det ska finnas den personal och utrustning som krävs.

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.

### **MEDARBETARE**

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet. Det är 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.

## **Övergripande mål och strategier för 2015 samt resultat**

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

### **MÅL: NÖJDA MEDBORGARE OCH BRUKARE**

Alla som kommer i kontakt med Vård- och omsorg ska få ett gott bemötande och insatserna ska utföras av personal med utbildning och kompetens för uppdraget. Kommuninvånarna ska ha tillgång till en god vård och omsorg.



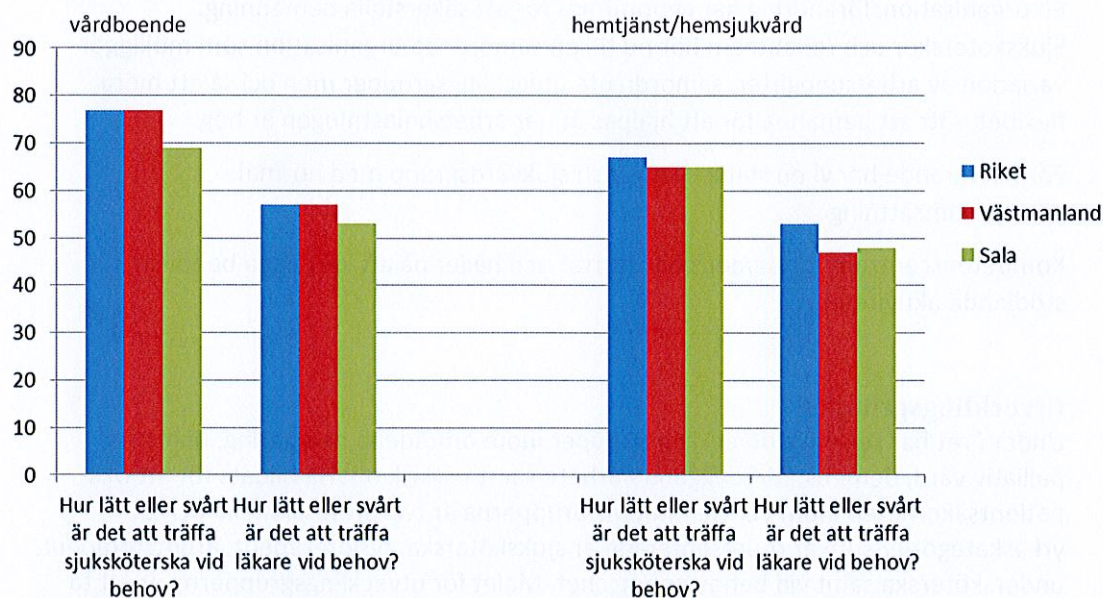
### Strategi HSL:

Analysera brukarundersökningar och utforma handlingsplaner för kvalitet utifrån resultaten

### Resultat:

#### Socialstyrelsens brukarundersökning

Resultatet från socialstyrelsens årliga brukarundersökning presenterades under hösten. Ett fåtal frågor berör hälso- och sjukvården.



Grafen visar andel (%) personer som är nöjda eller mycket nöjda.

Det visar att patienterna på vårdboende och hemtjänst/hemsjukvård inte är tillräckligt nöjda med hur lätt det är att få träffa en läkare. I slutet på året 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.

### MÅL: GOD SERVICE AV HÖG KVALITET

Nöjda kunder/patienter med framgångsfaktorerna rätt bemötande, kompetens, tillräcklig bemanning samt leverera med kvalitet. Kvalitetsindikatorer var:

- Antal personer med trycksår
- Andelen undernärda personer i Vård- och omsorgsboende
- Antalet läkemedelsavvikelser
- Antalet fallskador
- Antalet personer med adekvat utbildning ökar

### Strategi HSL

- Kartläggning av resursbehov inom HSL gruppen.
- Planering av bemanning med mindre antal timvikarier och större andel tillsvidareanställda.

- Rekryteringar och introduktion av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.
- Planering och start av kompetenscentrum och stödteam för personer med demenssjukdom.
- Gemensamt arbete i kompetensutvecklingsgrupper.
- Arbete med teamutveckling som metod för att använda kvalitetsregistren på ett bra sätt.

### **Resultat:**

En organisationsförändring har genomförts för att säkerställa bemanning. Sjuksköterskor och rehabteam hör nu till en samordnad organisation som möjliggör variation av arbetsuppgifter, samordnade utvecklingsgrupper men också ett mera flexibelt sätt att bemanna för att hjälpas åt när arbetsbelastningen är hög.

För närvarande har vi en stabil Hälso- och sjukvårdsgrupp med normal personalomsättning.

Kompetenscentrum för demens har startat och håller på att kartlägga behov av stödjande aktiviteter.

### **Utvecklingsgrupper**

Under året har sex olika utvecklingsgrupper inom områdena delegering, diabetes, palliativ vård, demens, förebyggande arbete samt psykisk ohälsa bildats för att öka patientsäkerheten inom verksamheten. Grupperna är tvärprofessionella och de yrkeskategorier som är representerade är sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska samt vid behov enhetschef. Målet för utvecklingsgrupperna är att ta fram processer för hur man ska arbeta ute i verksamheterna med patientsäkerheten. De ansvarar även för att se över utbildningsbehov inom respektive område för personal samt fortbildar sig inom ämnet. Grupperna träffas regelbundet och arbetet fortgår tillsvidare.

### **Senior alert**

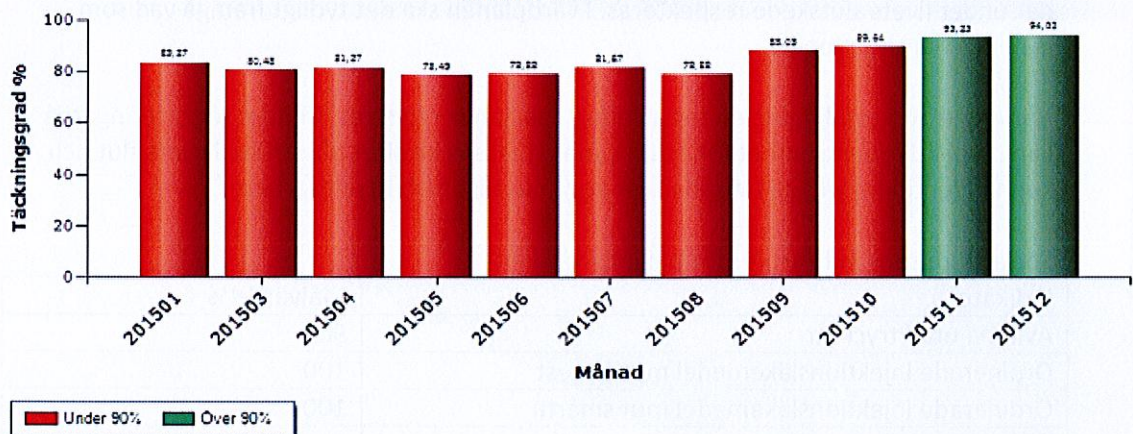
Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra det förebyggande arbetet för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för äldre personer. Det utgör ett stöd i det systematiska förbättringsarbetet när det gäller fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Genom att registrera riskbedömningar och åtgärder som ska vidtas kan det förebyggande arbetet förbättras och det blir möjligt att arbeta med att utveckla kvalitet och säkerhet.

Under hösten fattades beslut i nämnden om att täckningsgraden skulle vara 90% vilket innebär att 90% av alla personer som bor på vårdboende i Sala kommun ska ha en fullständig registrering med vidtagna åtgärder. Den enskilde har rätt att säga nej till registrering i kvalitetsregister och personer under 65 år omfattas inte heller av registret. Detta innebär i praktiken att fler än 90% av alla brukare måste finnas i registret för att uppnå målet för täckningsgraden.



Täckningsgrad Sala under 2015

Månadsvis angivelse av personer i SÄBO som riskbedömts under perioden januari 2015 - januari 2016 i Sala



Detta är en originalrapport

Uppdaterad senast- 2015-12-31

Otimo Data AB 2016-01-29

Som framgår av grafen har målet uppnåtts under slutet av året.

Arbetet med registret ersätter tidigare mätningar av kvalitetsindikatorer.

### Teamarbete

För att säkerställa systematisk och evidensbaserat kvalitetsarbete gällande fall, nutrition, trycksår, och munhälsa har man under året gjort förändringar i teamträffarna på alla vård och omsorgsboenden. Teamträffar hålls minst var 14:e dag per enhet/avdelning. Enhetschefer är sammankallande och medverkar på teamträffen. Sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska helst kontaktpersonen finns med på teamträffen där man tar upp två förutbestämda patienter som har skattats med hjälp av metoder i senioralert. Tillsammans går man igenom för att eventuellt upptäckta risker och arbetar tvärprofessionellt fram lämpliga och individuellt anpassade åtgärder för att förebygga skada och/eller onödigt lidande. Varje teamträff innehåller;

- skattning eller uppföljning av två patienter i Senior Alert
- vid behov diskussioner kring åtgärder utifrån BPSD-bedömningar
- ordinationer/åtgärder diskuteras och dokumenteras. Det tydliggörs vem som gör vad.
- eventuella avvikelser, patienttillbud och patientskador tas upp
- risk-nyttoanalys görs tvärprofessionellt om begränsande åtgärder behövs

## Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

God kvalitet i vården den sista delen av livet och ett värdigt slut är viktigt. Ett stöd i arbetet för att bedriva en god vård och omsorg är Svenska Palliativregistret. Den palliativa vården startar när sjuksköterskan tar kontakt med läkaren där de tillsammans med vårdteamet gör bedömningen att patienten är i livets slutskede och att det inte finns någon chans till förbättring av tillståndet. I vårdteamet ingår all personal som



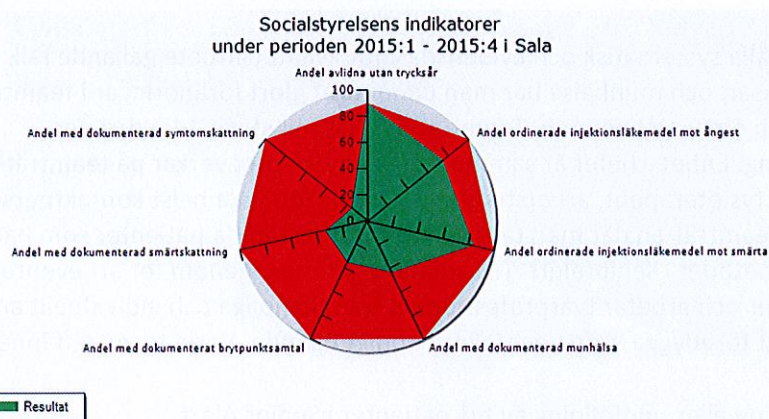
vårdar patienten. Också patienten och närstående ska i möjligaste mån delta i planeringen av vården. Det är viktigt att patientens önskan om hur han eller hon vill ha det under livets slutskede respekteras. I vårdplanen ska det tydligt framgå vad som gäller i olika situationer.

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.

Socialstyrelsens indikatorer för palliativ vård är:

Indikator	Målvärde %
Avlidna utan trycksår	90
Ordinerade injektionsläkemedel mot ångest	100
Ordinerade injektionsläkemedel mot smärta	100
Dokumenterad munhälsa	100
Dokumenterat brytpunktssamtal	100
Dokumenterad smärtskattning	100
Dokumenterad symtomskattning	100

Indikatorer Sala kommun 2015:

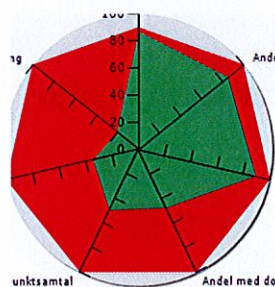


Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

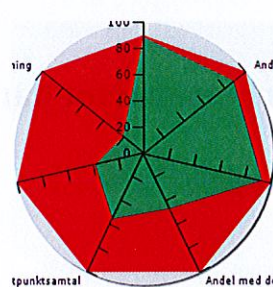
Svenska Palliativ

Det röda fältet visar målvärdena för de olika indikatorerna och det gröna fältet visar resultatet för Sala kommun under 2015. Nedan följer jämförelser för Västmanlands län totalt och hur det ser ut i hela Sverige.

Västmanlands län 2015



Sverige 2015



Som framgår av graferna ligger Sala över målvärdet när det gäller andel trycksår 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.

Under 2016 kommer indikatorerna smärtskattning och symtomskattning att prioriteras.



## BPSD-REGISTRET

(Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD)

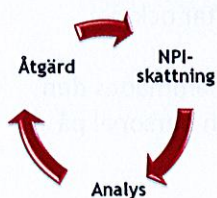
BPSD drabbar någon gång ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom.

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.

Datan 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.



Under året har ett stort arbete med utbildningsinsatser genomförts. Utbildningarna har innehållit dels arbetssättet och hur man registrerar samt utbildning för administratörer.

Av äldreboendena har Johannesbergsgatan och Björkgården nu ett fullt fungerande arbetssätt, Ålängan har påbörjat arbetet och övriga planeras starta under våren.

## GRANSKNING AV JOURNALER OCH ANNAN DOKUMENTATION

Granskning har gjorts under året genom stickprov av enhetschef för sjuksköterskegruppen. Journalerna har bedömts utifrån om vårdprocessen för den enskilde patienten kan följas. Vidare har det kontrollerats om risker och vårdplaner är aktuella och dokumenterade. Granskning har gjorts inför medarbetarsamtal för att få exempel att prata om när dokumentationen diskuteras.

Vidare har journalgranskningar gjorts i samband med utredningar och händelseanalys av händelser och avvikelser. Ingen direkt granskningsmall har använts men granskaren har tittat på liknande sökord, såsom teamträffar/läkarkontakter och pågående vårdplaner.

## PATIENTNÄMNDEN

Under 2015 har ett ärende inkommit till Patientnämnden som rör Sala kommun.

## LÄKEMEDEL

Varje år genomförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i kommunen. En farmaceut från Apoteket AB stod för granskningen 2015. Ett antal boenden samt akutförråden var med i granskningen. Akutförråd är ett mindre förråd med mediciner som landstinget bekostar. Resultatet blev följande:

Akutförråden: Förslag till förbättring angavs, vilka nu är åtgärdade. I stort sett konstaterades inga brister och åtgärdsförslagen gällde endast smärre förändringar som

att separata listor för städning och kontroll ska finnas för basförråd och förråd av patienters läkemedel.

Vård- och omsorgsboenden: Förslag till förbättring angavs, vilka nu är åtgärdade.

Förbättringsområden var bl.a bättre rutiner för läkekedel som förvaras i brukarnas hem, datummärk när förpackningar öppnas och kontroll av utgångsdatum.

Ett pilotprojekt för att minska antalet läkemedelsavvikelser har genomförts på Styrars gruppboendestad, en våning på äldreboendet på Johannesbergsgatan 2 samt i ett hemtjänstteam. Som stöd har programmet Appva använts. Appva används genom att signering görs med hjälp av digital teknik. Det innehåller också påminnelsefunktion mm. Efter utvärdering kommer APPVA troligen först att införas i hela hemsjukvården och på Styrars gruppboende.

## HYGIEN OCH INFEKTIONER

Kommunen samarbetar med landstingets enhet för vårdhygien. I vårdhygiens uppdrag ingår bland annat att genomföra hygienronder och utbildningar, ge råd och stöd, ge handledning och stöd vid bland annat ny- och ombyggnation. De utarbetar också länsgemensamma hygienrutiner.

Under 2015 genomfördes inte några hygienronder. Den 5 maj uppmärksammades den internationella handhygiendagen genom olika aktiviteter för brukare och personal på Johannesbergsgatan där Vårdhygien också närvarade.

Utbildningar som genomförts:

Information/utbildning	Antal deltagare	Antal tillfällen	Antal tillfällen
Bryggeriet ESBL	24	1	
Bara Vara ESBL		1	
Information om vinterkräksjuka Johannesbergsgatan	30		1
Johannesbergsgatan ESBL			2
Ålängan Vinterkräksjuka, pseudomonas	6		1
<b>Totalt</b>		2	4
			6

*Kommentar: I samband med att brukare med multiresistenta bakterier upptäckts eller bytt enhet har information och utbildningsinsatser för berörd personal genomförts. Under oktober månad genomfördes ett större informationstillfälle om vinterkräksjuka 30 personal från den kommunala vården i Sala deltog.*

Säsongen 2014-2015 har två utbrott av vinterkräksjuka rapporterats. Utbrotten pågick under 8-14 dagar. De har hanterats bra och endast ca 10% av brukarna har insjuknat och slutrapport har skickats in till Vårdhygien.

## MEDICINTEKNISKA PRODUKTER

Under året har en ny organisation kring medicintekniska hjälpmedel startat. Personal från rehabteamet och vaktmästeriet samordnar hantering och inköp av hjälpmedel. På varje enhet finns hjälpmedelsombud som har regelbundna träffar med representanter från rehabteamet. På så sätt sprids all information ut i verksamheten på ett effektivt sätt.

## GRANSKNING IVO

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) öppnade en egeninitierad verksamhetstillsyn efter två lex Maria anmälningar.

IVO granskade hur vårdgivaren, Sala kommun, följer upp att sjuksköterskebemanningen är tillräcklig samt att dokumentation och informationsöverföringen sker på ett säkert sätt.

### **SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL**

Under 2015 har fyra klagomål avseende Hälso- och sjukvården lämnats in.

Två av dem handlade om brister i bemötande. De har kommunicerats med berörda medarbetare och diskuterats på arbetsplatsträffar.

De andra två handlade om bristande samordningsrutiner mellan hemtjänst och hemsjukvård. De har delvis resulterat i utveckling av nya instruktioner för hantering av nycklar och utveckling av digitala rapporteringssystem mellan hemtjänst och hemsjukvård.

Samtliga åtgärder har kommunicerats med de som lämnat klagomålet.

## **Samverkan**

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

### **SAMVERKAN MED LANDSTINGET**

Under hösten genomfördes möte med chef för Vårdval Västmanland för att förbättra samarbetet kring läkarmedverkan. Gemensamma möten med närsjukvård primärvård och kommunen genomförs regelbundet.

### **SIP- SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN**

Sedan 1 jan 2010 finns i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om att kommun och landsting vid behov, och tillsammans med patienten, ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Planen klargör vem som gör vad och vem som har ansvar för olika insatser.

Under 2015 har all hälso- och sjukvårdspersonal och enhetschefer i Sala Kommun genomgått utbildning för SIP som Lärcentrum i Västerås stod för. Under 2016 kommer SIP att genomföras med hjälp av IT-stödet Prator. Det har stora fördelar då systemet är gemensamt med landstinget. Implementeringen av det kommer att vara klart under första delen av 2016. Nio SIP genomfördes under 2015 och registrerades i verksamhetssystemet Procapita som en utförd planering.

### **KOMMUNALT HYGIENRÅD I VÄSTMANLAND**

Hygienrådet sammankallas av enheten för Vårdhygien i landstinget. Kommunernas MAS eller annan kontaktperson deltar. Hälso- och sjukvård i kommuner och landsting 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 minska smitta.

### **NÄTVERK FÖR MEDICINSKT ANSVARIGA SJKSKÖTERS KOR I LÄNET**

Nätverket har träffats regelbundet och samverkar i frågor som rör patientsäkerheten. Deltagare representerar nätverket i olika arbetsgrupper inom länet.



## Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Under hösten har samtliga enhetschefer och stabspersonal deltagit i utbildning i Risk- och händelseanalys enligt metod som är utarbetad av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting.

Risicanalys genomförs framförallt vid större förändringar i verksamheten samt för skyddsåtgärder och andra förebyggande brukarnära insatser.

Under året har också risicanalys 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 prioriteringar

Prioriteringsordning sjuksköterskearbetet under sommaren:

*För alla nedanstående insatser gäller dokumentation, riskbedömningar, utvärderingar och uppföljningar.*

1. Insatser vid livshotande tillstånd
2. Palliativ vård/anhörig och personalstöd
3. Livsuppehållande insatser, t ex insulin, injektioner, katetervård, läkemedelshantering, viss provtagning
4. Rondarbete/Läkarkontakt
5. Övrig omvårdnad, sårvård, lindning ben, enklare bedömningar, provtagningar
6. Delegeringar (finns ev. inte personal att delegera till)
7. Registreringar i kvalitetsregister

Prioriteringsordning rehabarbete under sommaren

	Palliativ vård	Korttidsplats	Ordinärt boende	Vård- och omsorgsboende LSS boende
A. Säkerhet och symtomlindrande	1	1	1	1
B. Funktions- och aktivitetshöjande vid förändrat status	2	2	2	3
C. Funktions- och Aktivitetsbevarande	2	3	3	4



## Rapporteringskyldighet (Avvikelser, händelser mm)

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5

### AVVIKELSEHANTERING

I början av året infördes ett nytt användarvänligare IT-stöd för avvikelserapportering-LISA. Systemet är framtaget främst för registrering av arbetsmiljöavvikelser och ett omfattande arbete har skett under hösten för att anpassa systemet till arbete med avvikelser utifrån kvalitets-, brukar- och patientperspektiv. Arbetet slutfördes under slutet på året.

Antalet registrerade avvikelser har ökat sedan föregående år troligen på grund av att det nu är lättare att registrera än i det förra systemet.

Varje avvikelse analyseras och åtgärdas av ansvarig enhetschef.

Inför nästa år planeras att tydligare metod för systematisk uppföljning och arbete på aggregerad nivå, ska tas fram.

Eftersom typerna av händelser inte är lika i det nya och gamla systemet är det inte möjligt att presentera jämförande statistik.

Allvarligare avvikelser har utretts av MAS som under året har anmält fem händelser som lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg.

Händelse	Verksamhet	Ställningstagande	Bakomliggande orsak	Åtgärder
Felmedicinering och bristande följsamhet till rutiner	Vård- och omsorgsboende	Risk för allvarlig vårdskada	Stress och slarv	Genomgång och tydliggörande av rutiner. Översyn av bemanning.
Fallskada pga. att ordinerat hjälpmedel inte använts vid förflyttingen	Hemsjukvård	Risk för allvarlig vårdskada	Enskild medarbetare ej följt känd rutin	Utbildning för baspersonal
Felmedicinering	Servicebostad	Risk för allvarlig vårdskada	Enskild medarbetare ej följt känd rutin	Indragen delegering Ny rutin för delegering av insulin
Utebliven kontrakturprofylax	Korttidsboende	Allvarlig vårdskada	Bristande rutiner för uppföljning av ordinationer Bristande journalföring	Fast rehabpersonal placerad på enheten. Tydligare rutiner för rehabiliterande insatser.
Överdoserering av läkemedel via plåster	Hemsjukvård	Risk för allvarlig vårdskada	Bristar i läkemedelsrutin	Tydligare läkemedelsrutin. Utbildning i läkemedelshandtering

Samtliga händelser har avslutats av IVO som anser händelserna tillräckligt utredda och lämpliga åtgärder vidtagna.

Ett antal avvikelser om utebliven rond har överlämnats till ansvariga på primärvården.

## Övergripande Mål för kommande år

- Täckningsgrad Senior alert fortsatt 90%
- Smärtskattning samt symtomskattning ska öka för palliativ vård
- Ta fram metod för journalgranskning och uppföljning av dokumentation
- Utveckla patientsäkerhetsarbete och arbetssättet för MAS MAR. Se projektplan
- Utarbeta egenkontroll för hälso- och sjukvården
- Infektionsregistrering påbörjas under kvartal 2 2016
- Återuppta planeringen tillsammans med vårdhygien för att genomföra hygienronder
- Påbörja arbetet med digital dokumentation
- Utarbeta metoder för att ta reda på patienternas synpunkter samt säkerställa patienternas inflytande och delaktighet

### Sammanställt av:

Anna Johansson	MAS
Beatrice Snåre Andersson	Enhetschef
Johan Karén	Enhetschef
Johanna Böhl	MAR
Kerstin Gullfeldt	MAS
Lena Nyström	Verksamhetschef
Maria Ekelund Dannert	Verksamhetschef