ÄRENDE NR 3

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Maria Ekelund Dannert

MISSIV

REDOVISNING AV PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR 2016

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 arbetet 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 2016.

Maria Ekelund Dannert

Verksamhetschef

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
73325 SALA

Besöksadress:Fredsgatan 23 , SALA
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Maria Ekelund Dannert
Verksamhetschef
Vård- och omsorg
Maria.Ekelunddannert@sala.se
Direkt: 49006

Bilaga VON 2017/14/1

SALA KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse 2016

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Metadata om dokumentet

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

Beslutad/datum	Översyn bör göras	Klassificering	Diarienummer
2017-03-23			2017/306
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 6
2.2 Verksamhetschef 6
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) 6
2.4 Enhetschef 7
2.5 Medarbetare 7
3 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR 2016 SAMT RESULTAT 8
3.1 Mål: En långsiktig miljömässigt hållbar utveckling 8
Strategi HSL *8*
Resultat *8*
3.2 Mål: Nöjda medborgare och brukare 8
Strategi HSL: *8*
Resultat: *8*
3.3 Mål: God service av hög kvalitet 9
Strategi HSL *10*
Resultat: *10*
3.4 Måluppfyllelse föregående års mål 11
4 HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS OCH VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS 13
4.1 Vård i livets slutskede 13
4.2 BPSD-registret 14
4.3 Granskning av journaler och annan dokumentation 15
4.4 Patientnämnden 15
4.5 Läkemedel 15
4.6 Hygien och infektioner 16
4.7 Medicintekniska produkter 17
4.8 Granskning IVO 17
4.9 Synpunkter och klagomål 17
5 SAMVERKAN 18
5.1 Samverkan med landstinget 18
5.2 SIP- samordnad individuell plan 18
5.3 Kommunalt hygienråd i Västmanland 18
5.4 Patientsäkerhetsnätverket 19
5.5 Nätverk för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet 19
5.6 Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) 19
6 RISKANALYS 20
7 RAPPORTERINGSSKYLDIGHET (AVVIKELSER, HÄNDELSER MM) 22
7.1 Avvikelsehantering 22
8 ÖVERGRIPANDE MÅL FÖR KOMMANDE ÅR 23

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

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.

Ansvaret 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)

2.2 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 patientsäkerhetrisk 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.

2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (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.

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 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 uppdragen. 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.

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 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR 2016 SAMT RESULTAT

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

3.1 Mål: En långsiktig miljömässigt hållbar utveckling

STRATEGI HSL

- Minskad antibiotikaanvändning
- Utveckla möjligheten till digital dokumentation och digital kommunikation

RESULTAT

Antalet insatta antibiotikakurer har börjat mätas genom regelbunden infektionsregistrering och resultaten kommer att kunna följas och värderas 2017.

I hemtjänsten/hemsjukvården har flera projekt startat för att förbättra möjligheterna till digital kommunikation.

3.2 Mål: Nöjda medborgare och brukare

I Sala ska kundnöjdheten enligt KKIK1 vara bland det 25 % högsta i landet (grönt) och vi ska öka våra kunskaper om brukarnas upplevelser av insatserna.

STRATEGI HSL:

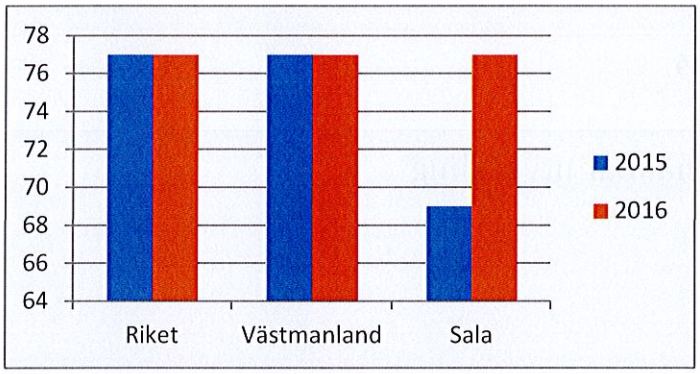
- Arbeta strukturerat med resultatinriktat förbättringsarbete, utifrån resultatet av brukarundersökningarna

RESULTAT:

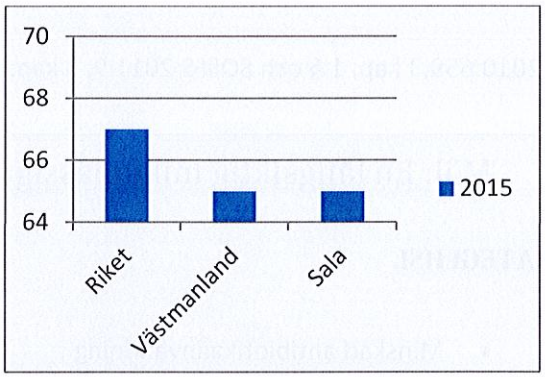
Socialstyrelsens brukarundersökning
Resultatet från socialstyrelsens årliga brukarundersökning presenterades under hösten. Ett fåtal frågor berör hälso- och sjukvården.

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

Vårdboende



Hemsjukvård

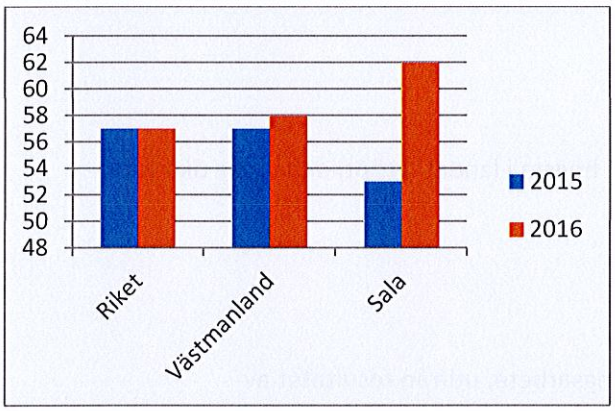


Grafen visar andel (%) personer som är nöjda eller mycket nöjda.

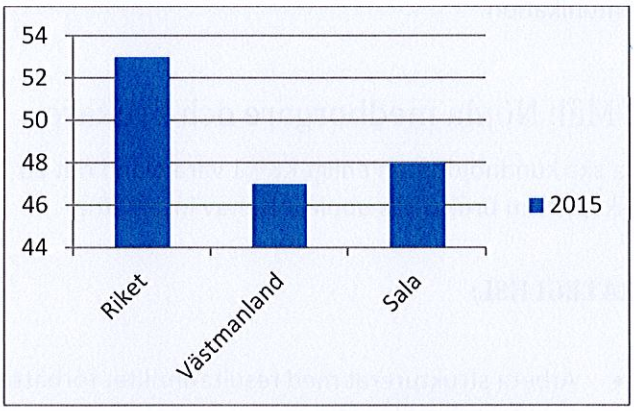
Nöjdheten på vårdboende har ökat markant sedan föregående år. Tyvärr ställdes inte frågan i brukarundersökningen för hemtjänst under 2016.

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

Vårdboende



Hemsjukvård



Det visar att nöjdheten hos patienterna på vårdboende hur lätt det är att få träffa en läkare har ökat markant sedan förra året. Ingen mätning genomfördes inom hemsjukvården 2016. 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.

Uppföljningen av avtalen som reglerar läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården 2015 visade att avtalen endast uppfyllts till 25 %.

Under 2016 har ett omfattande samverkansarbete med vårdcentralerna i Sala och Vårdvalet i Region Västmanland pågått för att säkerställa läkarmedverkan enligt avtal i Vård och omsorgsboendena och i hemsjukvården.

3.3 Mål: God service av hög kvalitet

Alla insatser ska vara säkra och av god kvalitet. Detta säkerställs genom systematiskt kvalitetsarbete, rättssäker myndighetsutövning och egenkontroll

STRATEGI HSL

- Bygga en verksamhet som klarar att ge medborgarna inom Sala kommun möjlighet till eget boende/boende i hemmiljö.
- Hemtagningsteam
- Rättssäkerhet/Säker verksamhet
- Systematiskt förbättringsarbete
- Egenkontroll

RESULTAT:

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. Under året har mera resurser behövts på hemsjukvården samt inom FO området.

Under 2016 har ett projekt för ökad patientsäkerhet startats. Syftet med projektet är att öka patientsäkerheten genom att arbetet bedrivs närmare patienten och samtidigt sprids i organisationen. Ledningen förstärks genom bildandet av en styrgrupp för hälso- och sjukvården.

Verksamhetschefer HSL leder projektet tillsammans med enhetschefer för hälso- och sjukvården samt medicinskt ansvarig sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS och MAR).

Projektet kommer att utvärderas under våren 2017.

Utvecklingsgrupper

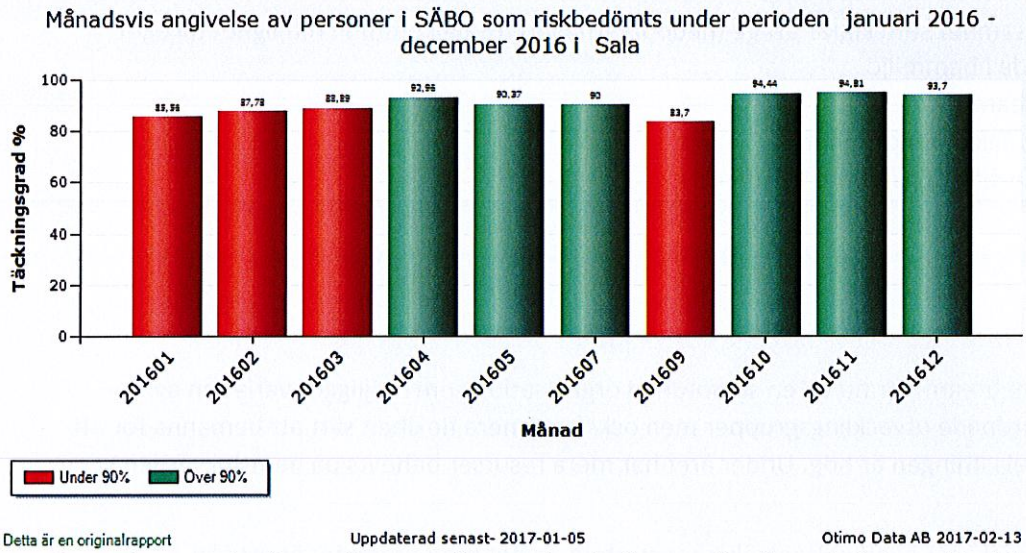
Under året har utvecklingsgrupperna inom områdena diabetes, palliativ vård, demensvård, psykisk ohälsa hos äldre samt förebyggande arbete i trycksår, nutrition och fall arbetat vidare för att öka patientsäkerheten inom verksamheten. Grupperna är tvärprofessionella och de yrkeskategorier som är representerade är sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska samt vid behov enhetschef. Utvecklingsgrupperna har under året arbetat fram processer för hur man ska arbeta med respektive område ute i verksamheterna. Utvecklingsgrupperna 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 2015 beslutades 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 senior alert 2016



Som framgår av grafen har målet uppnåtts under de flesta månader och är betydligt bättre än förra året.

Teamarbete

För att säkerställa systematisk och evidensbaserat kvalitetsarbete gällande fall, nutrition, trycksår, och munhälsa har man under året utvärderat och därefter gjort förändringar i teamträffarnas innehåll på alla vård och omsorgsboenden. Teamträffar hålls minst var 14:e dag per enhet/avdelning. Enhetschefer är sammankallande och ansvarar för att teamträffen genomförs. Sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, och undersköterska, helst kontaktmannen, finns med på teamträffen. Som metod används arbetssättet Senior Alert. Risker kartläggs och det tvärprofessionella teamet planerar lämpliga och individuellt anpassade åtgärder för att förebygga skada och/eller onödigt lidande.

Eventuella avvikelser, patienttillbud och patientskador tas också upp vid teamträffar. Risk-nyttoanalys görs om begränsande åtgärder behövs.

3.4 Måluppfyllelse föregående års mål

Föregående års övergripande mål var:

Mål	Måluppfyllelse
Täckningsgrad Senior alert fortsatt 90%	Uppnått de flesta månader
Smärtskattning samt symtomskattning ska öka för palliativ vård	Delvis uppnått. Fortsatt som mål för 2017.
Ta fram metod för journalgranskning och uppföljning av dokumentation	Uppnått
Utarbeta egenkontroll för hälso- och sjukvården	Delvis uppnått. Är utarbetad men ej genomförd ännu.
Infektionsregistrering påbörjas under kvartal 2 2016	Uppnått
Utveckla patientsäkerhetsarbete och arbetssättet för MAS MAR. Se projektplan	Utvärdering görs våren 2017

Återuppta planeringen tillsammans med vårdhygien för att genomföra hygienronder	Kontakt har tagits och planering för genomförandet finns
Påbörja arbetet med digital dokumentation	Pågår i hemsjukvården
Utarbeta metoder för att ta reda på patienternas synpunkter samt säkerställa patienternas inflytande och delaktighet	Pågår

4 HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS OCH VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

4.1 Vård i livets slutskede

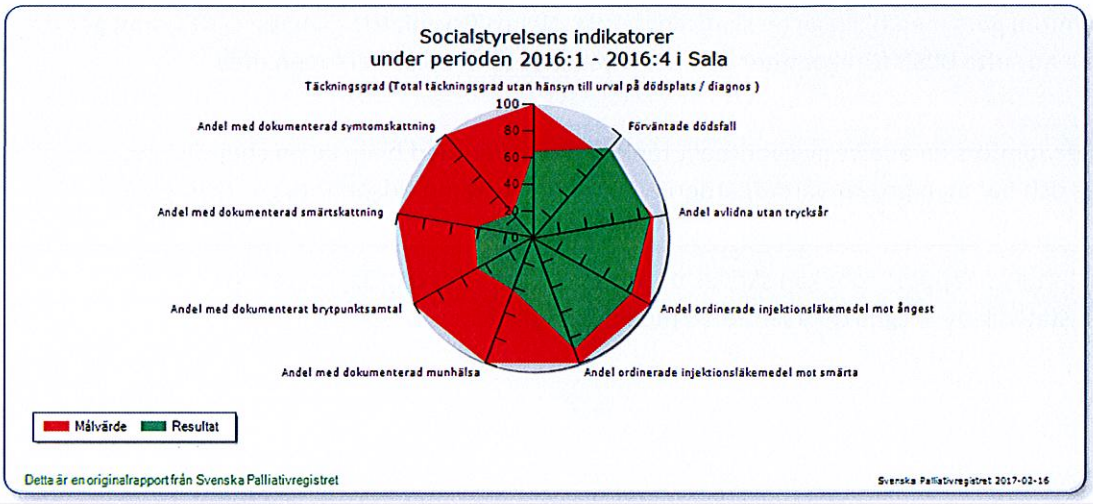
God kvalitet i vården den sista delen av livet och ett värdigt slut är viktigt. Ett stöd i arbetet för att bedriva en god vård och omsorg är Svenska Palliativregistret. Den palliativa vården startar när sjuksköterskan tar kontakt med läkaren där de tillsammans med vårdteamet gör bedömningen att patienten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

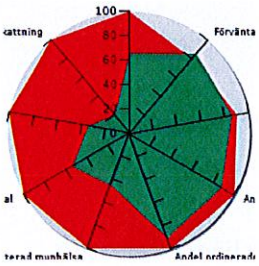
Indikator	Målvärde %
Avlidna utan trycksår	90
Ordinerade injektionsläkemedel mot ångest	100
Ordinerade injektionsläkemedel mot smärta	100
Dokumenterad munhälsa	100
Dokumenterat brytpunktssamtal	100
Dokumenterad smärtskattning	100
Dokumenterad symtomskattning	100
Täckningsgrad	100
Förväntade dödsfall	80

Indikatorer Sala kommun 2016:

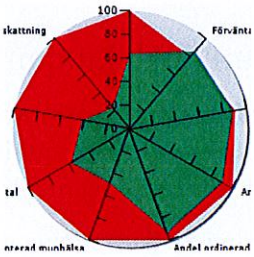


Det röda fältet visar målvärdena för de olika indikatorerna och det gröna fältet visar resultatet för Sala kommun under 2016. Nedan följer jämförelser för Västmanlands län totalt och hur det ser ut i hela Sverige.

Västmanlands län 2016



Sverige 2016



Som framgår av graferna ligger Sala i mål 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.

Andel med smärtskattning och symptomskattning har ökat under 2016 från 34,1 resp. 16,7 till 43,4 resp. 23,4.

Under 2017 kommer indikatorerna smärtskattning och symtomskattning fortsatt att prioriteras.

4.2 BPSD-registret

(Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD)

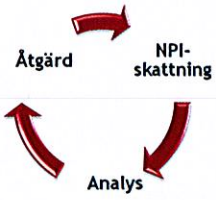
BPSD drabbar någon gång ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

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 administratörer på olika boenden registrerat och arbetat evidensbaserat utifrån BPSD-registret.

Vi arbetar tvärproffesionellt för att stärka enheterna att arbeta med BPSD.

4.3 Granskning av journaler och annan dokumentation

Granskning av journaler 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.

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

4.4 Patientnämnden

Under 2016 har inget ärende inkommit till Patientnämnden som rör Sala kommun.

4.5 Läkemedel

Varje år genomförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i kommunen. En farmaceut från Apoteket AB stod för granskningen 2016. Ett antal boenden samt en del akutförråd 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 den generella läkemedelsrutinen behövde uppdateras.
Vård- och omsorgsboenden: Förslag till förbättring angavs, vilka nu är åtgärdade. Förbättringsområden var bl.a. att se över att läkemedel som förvaras löst i vidbehovspåsar skall kasseras efter en månad.

Efter utvärderingen av projektet med digital signering i programmet APPVA är det nu infört i hela hemsjukvården och på Styrars gruppboende.

4.6 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. Hygienansvarig i kommunen deltar i möte med vårdhygien 2ggr/år

Under 2016 genomfördes inte några hygienronder. Från och med mars 2017 återtas hygienronder som samordnas via kommunens hygienansvariga sjuksköterska. Enhetschefer på Ekebygården och Björkgården har utbildat hygienansvarig baspersonal via Vårdhygiens utbildning.

Utbildningar under perioden:

Information/utbildning	Antal deltagare	Antal tillfällen	Antal tillfällen
Björkgården VRE, basala hygienrutiner	27	1	
Personliga assistenter Basala hygienrutiner, ESBL	24		2
Rehabteamet Basala hygienrutiner, smitta, smittspridning	16		1
Totalt		1	3
			4

Kommentar: *I samband med att brukare med multiresistenta bakterier upptäckts eller bytt enhet har information och utbildningsinsatser för berörd personal genomförts. Under hösten fick personalen i Rehab-teamet en grundläggande vårdhygienutbildning där bl.a. basala hygienrutiner, smitta och smittspridning ingick.*

Utlåning av Visirub-apparat	Antal	Antal
Björkgården		7/11- 15/11
Totalt		
		1

Kommentar: *Personalen på Björkgården har tränat handdesinfektion med hjälp av Visirub-apparaten.*

Övrigt	Antal	Antal
Kommunalt hygienråd	1	1
Totalt	1	1
		2

Kommentar: *Kommunala hygienrådet Västmanland har haft två möten under året.*

Säsongen 2015-2016 resulterade i 1 magsjukeutbrott. Totalt insjuknade 6 brukare och 3 personal, vilket är en tydlig minskning från förra året.

Infektionsregistrering påbörjades under kvartal 1 2016. Arbetssättet har implementerats och fungerar bra genom att antalet insatta antibiotikakurer dokumenteras och statistikförs i alla verksamheter. Syftet är att medvetandegöra hur infektioner sprids och förbättre hygienarbetet. Studier har visat att infektionsregistrering, följsamhet till basala hygienrutiner och kontinuerlig utbildning är ett effektivt sätt att

minska antalet vårdrelaterade infektioner[1]. Infektionsregistrering är en förutsättning för att verifiera att förbättringsarbetet har lett till en minskning av de vårdrelaterade infektionerna. Vårdhygien följer nationell plan att bidra till minskning av antibiotikaanvändning och de kommunala verksamheterna knutna till FLE är först ut i denna plan. Förra året påbörjades en PPM mätning nationellt och i år är det ett mål att vi i Västmanland har möjlighet att ingå i HALT.

4.7 Medicintekniska produkter

En kartläggning av hur man kan effektivisera hanteringen av medicintekniska hjälpmedel har påbörjats. Syftet är att säkra en kvalitetssäkrad, effektiv och ekonomisk hantering av kommunägda hjälpmedel och för vårdtagarna en god och säker hantering av dessa.

På varje enhet finns hjälpmedelsombud som har regelbundna träffar med representanter från rehabteamet. På så sätt sprids all information kring hjälpmedel ut i verksamheten på ett effektivt sätt.

4.8 Granskning IVO

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskade under hösten det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen i Sala. I huvudsak granskades socialtjänsten i verksamheterna men även sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och enhetschefer intervjuades. Tillsynen avslutades utan krav på åtgärder. Det konstaterades att verksamheten aktivt arbetar med ett systematiskt kvalitetsarbete. Ett förbättringsområde var att den skriftliga informationsöverföringen mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal behöver fortsätta utvecklas.

4.9 Synpunkter och klagomål

Under 2016 har fem klagomål avseende Hälso- och sjukvården lämnats in.
Ett handlade om utebliven träning, två tog upp frågan om brister i kommunikation mellan hemtjänst och hemsjukvård och i två fall ansåg synpunktslämnaren att sjuksköterskor brustit i sin yrkesutövning. Samtliga åtgärder har kommunicerats med synpunktslämnaren.
Brister i kommunikationen mellan olika personalgrupper inom hemsjukvården har under året varit ett utvecklingsområde. Ett digitalt system för att följa delegerade och ordinerade insatser har tagits i bruk.

[1] Ren vård är säkrare vård II SKL 2007

5 SAMVERKAN

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

5.1 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.

Det har under året varit stora problem med tillgången på läkare inom den kommunala vården. I många fall har inte ronder genomförts och vid uppföljningen av läkarinsatserna i början på året framgick att endast ca 25 % av de avtalade insatserna hade genomförts. Med anledning av det skickade verksamhetscheferna i kommunen en avvikelse till beställarkontor vård i landstinget Västmanland. Nämnden informerades om avvikelsen. Ingen förbättring sågs efter detta och ett flertal avvikelser har också efter detta skickats till vårdcentralerna. Den 13/10 skickades ett mail från kommunen till verksamhetscheferna på vårdcentralerna och verksamhetschefen för vårdvalet. I mailet påtalas att endast fem av 105 hemsjukvårdspatienter har en vårdplan enligt avtalet. Vidare konstateras att läget på de särskilda boendena är fortsatt ohållbar samt bifogas samma avvikelser som tidigare skickats. Krav ställs på att få:

- Tidsplan för giltiga vårdplaner för hemsjukvårdspatienter
- Bindande besked med tydlig kommunikation till Verksamhetschefer HSL angående när ronderna på samtliga boenden ska fungera enligt avtal.
- Plan för åtgärder under väntetiden
- Återkoppling på bifogade avvikelser samt redogörelse för hur avvikelserna har hanterats i det systematiska kvalitetsarbetet. Dessutom begärdes en åtgärdsplan.

Då heller inte detta gav någon effekt skickades en längre skrivelse till chefer för vårdvalet samt primärvården i Västmanland.

I samband med Inspektionen för Vård- och omsorgs granskning av det systematiska kvalitetsarbetet i äldreomsorgen framgick uppgifter om brist på läkarstöd vilket föranledde att IVO inledde en inspektion av samverkan mellan landstinget och kommunen vad gäller läkarinsatser. (Se punkt 4.8)

5.2 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 2016 har SIP börjat genomföras med hjälp av IT-stödet Prator. Det har stora fördelar då systemet är gemensamt med landstinget. Implementeringen är slutförd. Tyvärr har inte mer än ca 5 SIP genomförts vilket kan bero på osäkerhet i vad en SIP innebär samt brister i hanteringen av IT-stödet.

5.3 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.

5.4 Patientsäkerhetsnätverket

Patientsäkerhetsnätverket sammankallas av Region Västmanland där länets kommuner och Region Västmanland träffas för att diskutera frågor kring samverkan och patientsäkerhet i länet. Representanter är läkare och analysledare från Region Västmanland och MAS:ar från länets kommuner. Endast en MAR deltar, vilket representeras av Sala kommun. Nätverket träffas 4 gånger per år.

5.5 Nätverk för medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet

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

5.6 Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Nätverket träffas 4 gånger per år och består av MAR:ar från Arboga, Köping, Hallstahammar och Sala. Vi diskuterar frågor och utbyter erfarenheter gällande frågor som rör patientsäkerheten.

6 RISKANALYS

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

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 prioriteringar

Prioriteringsordning sjuksköterskearbetet under sommaren:

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

1. Insatser vid livshotande tillstånd
2. Akut läkarkontakt
3. Palliativ vård/anhörig och personalstöd
4. Livsuppehållande insatser, t ex insulin, injektioner, katetervård, läkemedelshantering, akut provtagning, blodtryck, suturborttagning, sårvård
5. Inskrivning av ny patient
6. Rondarbete, planerad läkarkontakt
7. Övrig omvårdnad, lindning ben, enklare bedömningar, provtagningar (uppföljningar, årliga provtagningar)
8. Delegeringar (finns ev. inte personal att delegera till)
9. Beställning av material
10. Apoteksärenden
11. Teamträffar
12. Registreringar i kvalitetsregister
13. Utvecklingsgrupper

Prioriteringsordning för fysioterapeuter och arbetsterapeuter 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

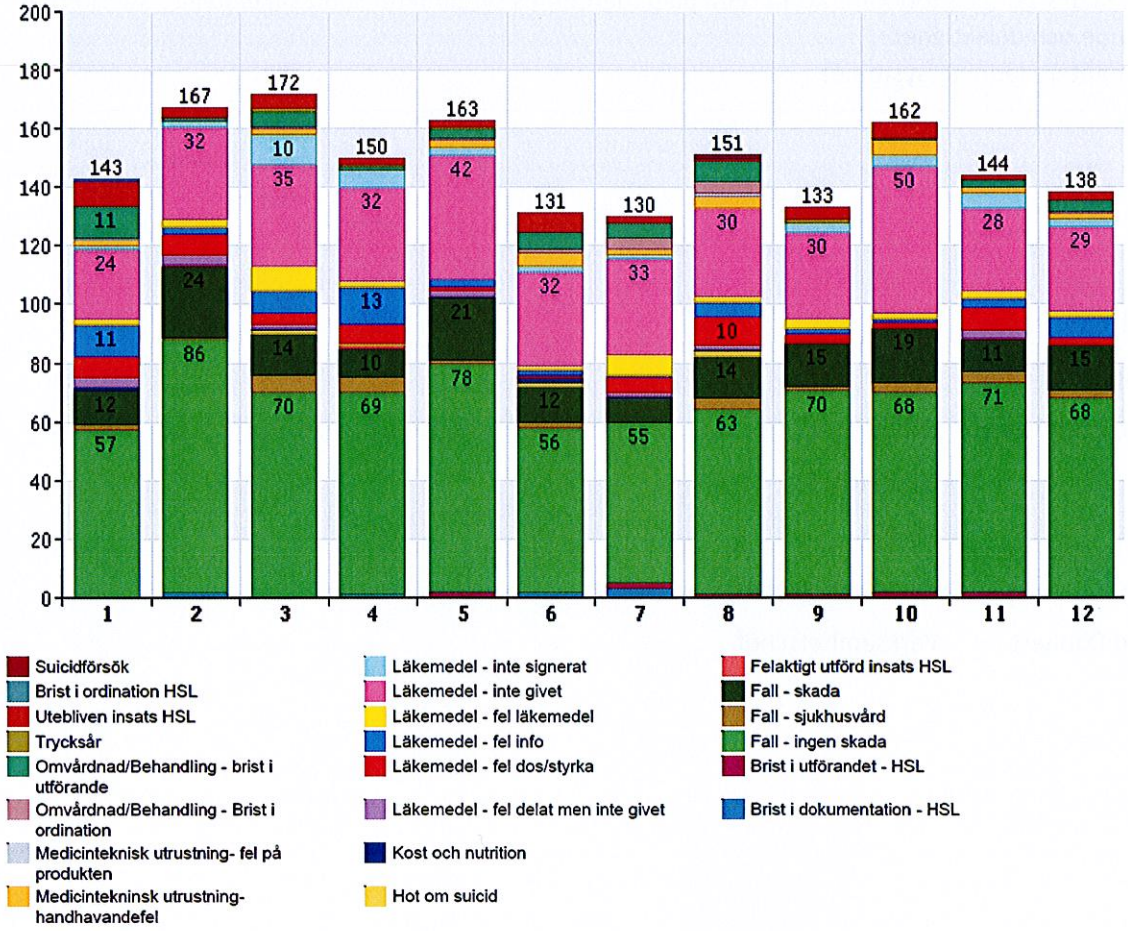
7 RAPPORTERINGSSKYLDIGHET (AVVIKELSER, HÄNDELSER MM)

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

7.1 Avvikelsehantering

Förra året infördes ett nytt användarvänligare IT-stöd för avvikelserapportering-LISA. Systemet är framtaget främst för registrering av arbetsmiljöavvikelser och ett omfattande arbete har skett för att anpassa systemet till arbete med avvikelser utifrån kvalitets-, brukar- och patientperspektiv.

Antal händelser HSL inom VoO under 2016 totalt alla verksamheter



De vanligaste händelserna är fall utan skada och läkemedel inte givet.

Antalet registrerade avvikelser ökade kraftigt mellan 2015 och 2016. Ökningen beror troligen på en ökad kunskap i att registrera avvikelser.

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.

Inga Lex Mariahändelser har inträffat under 2016.

Ett antal avvikelser har överlämnats till ansvariga på primärvården. Se punkt 5.1.

8 ÖVERGRIPANDE MÅL FÖR KOMMANDE ÅR

- Täckningsgrad Senior alert fortsatt 90 %
- Smärtskattning samt symtomskattning ska öka för palliativ vård
- Förbättrad dokumentation genom journalgranskning 2 gånger per år.
- Utvärdera patientsäkerhetsarbetet och arbetssättet för MAS MAR. Se projektplan
- Genomföra egenkontroll för hälso- och sjukvården
- Genomföra hygienronder
- Fortsatt arbete med digital dokumentation
- Fortsätta utarbeta metoder för att ta reda på patienternas synpunkter samt säkerställa patienternas inflytande och delaktighet
- Implementera ledningssystemet

Sammanställt av:

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