

DIARIENUMMER: SN 36/2022
FASTSTÄLLD: 2022-03-29
DOKUMENTANSVAR: Berith Källerklint
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Susanne Johnsen
Verksamhetschef Vård- och omsorg

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Socialförvaltningen Herrljunga kommun



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Struktur.....	4
2.1	Övergripande mål och strategier	4
2.1.1	Organisation och ansvar	4
2.1.2	Socialnämndens ansvar.....	5
2.1.3	Förvaltningschefs ansvar	5
2.1.4	Verksamhetschefs ansvar	5
2.1.5	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar.....	5
2.1.6	Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR	6
2.1.7	Enhetschefens ansvar.....	6
2.1.8	Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad).....	7
2.1.9	Medarbetares ansvar	7
2.2	Samverkan för att förebygga vårdskada	7
2.2.1	Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård.....	8
2.2.2	Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett.....	8
2.2.3	Samverkan Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och SÄS samt NAV-teamet SÄS	8
2.2.4	Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare.....	9
2.2.5	Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell Plan (SIP).....	9
2.2.6	Samverkan Läkarmedverkan/Närhälsan	10
2.2.7	Patientnämnden	10
2.2.8	Intern samverkan för en god och säker vård.....	10
2.2.9	Extern samverkan för en god och säker vård.....	11
2.2.10	MAS/MAR-nätverk.....	11
2.2.11	MAR-nätverk.....	11
2.2.12	Vårdhygien	11
2.3	Patienters och närståendes delaktighet	11
2.4	Hälso- och sjukvårdspersonals rapporteringsskyldighet.....	12
2.4.1	Dokumentation	13
2.4.2	Systematiskt kvalitetsarbete	13
2.5	Klagomål och synpunkter	13
3	Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten	14
3.1	Risikanalys.....	15
3.2	Utredning av händelser – Vårdskador	15
3.3	Informationssäkerhet	16

3.3.1	SIHTS-kort inloggning/ID-kort.....	16
3.4	Beslutsstöd VISAM.....	16
3.5	Pascal.....	16
3.6	Nationell patientöversikt (NPÖ).....	17
4	Resultat och analys.....	17
4.1	Nationell punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler.....	17
4.2	Nationell punktprevalensmätning (PPM) Trycksår.....	18
4.3	Senior Alert.....	19
4.3.1	Fallprevention.....	20
4.3.2	Trycksår.....	20
4.3.3	Undernäring.....	20
4.3.4	Munhälsa.....	20
4.3.5	Blåsdysfunktion.....	21
4.4	Svenska palliativregistret.....	21
4.5	BPSD-registret.....	23
4.6	Delegering.....	23
4.7	Egenkontroll.....	24
4.7.1	Basala hygienrutiner.....	24
4.7.2	Skydds- och begränsningsåtgärder.....	24
4.7.3	Medicintekniska produkter (MTP).....	25
4.8	Avvikelser.....	25
4.9	Avvikelse­rapportering i Närvårdssamverkan.....	27
4.10	Händelser och vårdskador.....	28
4.11	Ris­kanalys.....	28
4.12	Redovisning av arbetet med Covid-19 för att hindra smittspridning.....	29
5	Mål och strategier för kommande år.....	30

1 Sammanfattning

Vårdgivaren skall upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen skall ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar.

Patientsäkerhetsberättelsen skall hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Patientssäkerhetsberättelsen finns tillgänglig på Herrljunga kommuns hemsida.

Arbetet runt covid-19 har tagit en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. Det pandemiska läget har medfört att hälso- och sjukvården i Herrljunga kommun har tvingats prioritera arbetet med hygien och smitta samt under våren 2021 inriktat sig på att vaccinera patienter, brukare och personal.

Det verksamhetsnära utvecklingsarbetet har fått stå tillbaka för att prioritera patienters överlevnad och medarbetares säkerhet. Hälso- och sjukvården har tvingats att hantera inställda insatser, digitala omställningar, fortsatta besöksrestriktioner och inte minst den stora påfrestning som blivit för vårdpersonal. Utvecklingsarbetet bör därför planeras om till kommande år med förhoppning om att kunna genomföras. Pandemin har visat vilka processer som håller för stark påverkan av omgivningsfaktorer och vilka processer som behöver förstärkas.

Utvecklingsarbete runt avvikelser och själva lärandeprocessen av att arbeta med avvikelser bör prioriteras.

Vård - och omsorgspersonalen har gått utbildningar i basala hygienrutiner och ändra arbetssätt för att minska risken för smittspridning har utformats efter direktiv från regionen. Trots detta så har det inte gått att helt undvika smitta av covid-19 på boende och i hemtjänst, även om smittotalet varit lågt.

Antalet avvikelser under året har minskat främst inom läkemedel och fallolyckor. Att avvikelserna minskat beror troligen på digitala signeringsverktyget MCSS (Appva). Förvaltningen genomför löpande justeringar i arbetet med MCSS.

För att ytterligare säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister så som Senior Alert, Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) och Svenska Palliativregistret. Detta är också målindikatorer för socialnämnden att användandet av systemen skall öka.

Några viktiga åtgärder för patientsäkerhet är deltagandet i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Palliativregistret. Personalen arbetar systematiskt med riskbedömningar enligt Senior Alert. Vår analys är att arbetet bidrar till en god och säker vård. Statistik från Palliativregistret kring "smärtskattning sista levnadsveckan" har förbättrats jämfört med tidigare år. Dialog i hela arbetsgruppen har bidragit till att förbättra resultatet.

Året har också inneburit ett mycket stort arbete med vaccinering mot covid-19, både patienter, brukare och hushållsnära kontakter samt personal har erbjudits möjlighet till att erhålla dos 1 och dos 2. Vaccinering av patienter/brukare/hushållsnära kontakt har skett i samarbete med Närhälsan Herrljunga. Personalvaccination har skett i samarbete med Doktor 24.

2 Struktur

2.1 Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minska risken att drabbas av vårdskador för personer som får vård och omsorg inom socialförvaltningen. Den främsta strategin för en god patientsäkerhet är hantera avvikelser, synpunkter och klagomål. Syftet med avvikelshanteringen är att se vad som orsakar händelserna och forma åtgärder så att händelserna inte upprepas.

Under år 2021 har arbete med att revidera avvikelserutin för att förtydliga processen pågått och en processkarta bör tas fram för att förtydliga flödet och förenkla arbetet med avvikelser.

Ledningssystemet skall tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient skall känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Varje år beskrivs ett antal mål inom de olika verksamhetsgrenarna på olika detaljerad nivå. Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten samt att ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9" ingår i det ordinarie arbetet. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Herrljunga kommuns vision och politiska mål skall vara vägledande för kommunens verksamheter. Socialnämnden har i en Socialtjänstplan formulerat den grundsyn som utgör basen för socialnämndens arbete. Socialtjänstplanen syftar till att tydliggöra etiska värden och normer som skall vara grunden för arbete inom socialförvaltningen. Planen ska vara ledstjärna för hela socialnämndens verksamhet och allt arbete skall genomsyras av socialnämndens värdegrund.

Likaså skall varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård kan ges. Till medarbetarnas hjälp finns olika verktyg såsom avvikelssystem, synpunktshantering, bedömningsinstrument, riskanalyser, internkontroll. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna i handboken på kommunens intranät.

Vidare bör riskbedömningar genomföras med regelbundenhet hos personer som bor på särskilt boende för äldre för att minska risken för fall, undernäring, tryckskada och ohälsa i munnen. De som bor på demensboende erbjuds också en skattning av symtom på demenssjukdomen med olika omvårdnadsåtgärder för att lindra symtomen. För att minska risken för smittspridning i vården genomförs också mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom egenkontroller. På grund av Corona-pandemin under året har ett stort fokus varit att minska risken för smittspridning och en mängd olika åtgärder har genomförts, bland annat flera utbildningar i basal hygien för vård- och omsorgspersonalen.

2.1.1 Organisation och ansvar

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

Herrljunga kommun bedriver hälso- och sjukvård i verksamheterna Äldreomsorg samt Funktionshinder.

Verksamheterna har en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som även har medicinskt ansvar för rehabilitering (MAR) inom kommunen.

Vårdgivaren har yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet som skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) efterföljs av alla utförare i kommunen. Socialnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut.

2.1.2 Socialnämndens ansvar

Socialnämnden i Herrljunga kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har övergripande ansvar för att placera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Nämnden ansvarar för att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns.

2.1.3 Förvaltningschefs ansvar

Förvaltningschefen är ytterst ansvarig tjänsteman och har det övergripande ansvaret att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.

Förvaltningschef kommunicerar ut och omsätter nämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten.

2.1.4 Verksamhetschefs ansvar

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och skall säkerställa god och säker vård. Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra och utveckla verksamheten.

Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1§ Hälso- och sjukvårdsförordningen, 2017:80) samt

- att det finns rutiner och processer beskrivna i ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- att personalens kompetens upprätthålls genom utbildningsinsatser.

2.1.5 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde. MAS upprättar rutiner för att styra och följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården.

MAS upprätthåller och utvecklar verksamhetens kvalitét och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

Vidare ska MAS tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats

av läkare. Ansvar avser den vård och behandling som patienten ges samt de krav som ställs på bland annat läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador och teknisk säkerhet.

MAS gör bedömning om en HSL-avvikelse är så allvarlig (händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada) att den skall anmälas till Inspektion för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

MAS följer upp avvikelser inom verksamheten samt redovisar avvikelserna för socialnämnden.

MAS ansvarar för att årligen, senast mars månad, upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år.

MAS arbete sker i vissa delar i samarbete med socialt ansvarig samordnare, SAS.

2.1.6 Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR

MAS har under 2021 haft MAR-uppdrag. I mars 2022 tillsätts tjänsten MAR på 20%. Tjänsten kommer att innehas av legitimerad arbetsterapeut.

I regeringens pågående utredning ”En äldreomsorgslag dir. 2020:142” som ska redovisas den 30 juni 2022 finns ett lagförslag om medicinskt ansvarig för rehabilitering i varje kommun

MAR har ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig rehabilitering/habilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAR skall upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns i verksamheten. MAR skall utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. Vidare skall MAR tillse att författningsbestämmelser är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare. Att säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner som beskriver en säker användning och hantering av medicintekniska produkter och dokumentation.

2.1.7 Enhetschefens ansvar

Enhetschef ansvarar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom sitt verksamhetsområde. Enhetschef ansvarar för att kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde samt att de är kända i verksamheten. Skall skapa förutsättningar för att personalen skall reflektera kring patientsäkerhetsarbete.

I arbetet ingår att göra personalen delaktiga i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschef skall kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt rutin. Utvärdering av avvikelser i verksamheten skall leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som skall öka patientsäkerheten i kommunen.

Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SOL) samt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), som ställs utifrån att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård.

I enhetschefers hälso- och sjukvårdsansvar ingår att göra personal delaktig i patientsäkerhetsarbetet, rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enhetschefer har det övergripande kvalitets- och säkerhetsansvaret inom sin verksamhet. Enhetschef skall omvandla områdets övergripande mål till handlingsplaner gällande sitt område samt att arbeta för ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Enhetschef har ett helhetsansvar god vård och god omsorg bedrivs på enheten. Det innebär bland annat att se till att det finns en ändamålsenlig organisation och att personalen har kompetens för sina arbetsuppgifter. De har också ansvar för att hantera risker för patientsäkerheten och att arbeta förebyggande. På varje enhet skall också finnas tidsutrymme för kvalitets- och förbättringsarbete samt tid för individuell planering av vård och omsorg.

2.1.8 Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)

Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut har skyldighet att arbeta enligt ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt, samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Legitimerad personal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659. De har en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och bistår legitimerad personal, har samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs. De har därmed också en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

2.1.9 Medarbetares ansvar

Alla medarbetare har en skyldighet att följa de lagar, riktlinjer föreskrifter och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt att rapportera om det finns risk eller att en vårdskada har inträffat i verksamheten.

Här finns en förbättringspotential då den informationen oftast stannar på enheten och inte meddelas till MAS. Därav blir inte händelser utredda utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Verksamhetschef för vård- och omsorg har haft löpande dialoger med alla enhetschefer på ledningsgrupp om vikten att skriva och följa upp avvikelser. Enhetscheferna har därefter löpande dialog på sina APT med medarbetare för att tydliggöra medarbetarens egna ansvar.

2.2 Samverkan för att förebygga vårdskada

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse utreds och avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp.

Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmän och annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunen, Närvårdsavvikelser. Stor del av den externa avvikelsehanteringen gäller informationsöverföring och läkemedelslistor som är felaktiga då patient skrivs ut från sjukhuset och återkommer till sitt boende samt att kommunens personal uteblir från inbjuden SIP.

2.2.1 Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård

Närvårdsamverkan (NVS) Södra Älvsborg omfattas av kommunal vård, omsorg, skola och socialtjänst i Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Ulricehamn och Vårgårda. Regionens närsjukvård är primärvård, sjukhusvård och habilitering i Södra Älvsborg.

Närvårdsamverkan i Södra Älvsborg sker på politisk-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Målet med samverkan är att över huvudmannagränserna gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser.

Samverkan skall ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Närvårdsamverkan skall möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner som resulterar i samordning av olika insatser som ges och berör personer från både kommun och region oavsett ålder och diagnos.

Målet med samverkan är att skapa smidiga övergångar för patienten i kontakten mellan sjukhus, primärvård och kommuner för de patienter som har stort behov av vård- och omsorg.

2.2.2 Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett

Vård och omsorg i livets slutskede benämns palliativ vård. Det är en aktiv helhetsvård i ett skede när det saknas möjligheter att bota patienten. Målet är att ge god, lindrande vård och behandling och förebygga plågsamma symtom så långt som det är möjligt. Palliativ vård ges utifrån den sjukes behov och önskemål oberoende av vem som är vårdgivare. Den palliativa vården indelas i olika faser. En tidig fas som är lång, en sen fas som är kort och kan omfatta dagar, veckor eller någon månad.

Palliativa teamet Alingsås lasarett utgår från Alingsås lasarett. Teamet arbetar i fyra kommuner: Alingsås, Lerum, Vårgårda och Herrljunga. Arbetet sker över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett.

2.2.3 Samverkan Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och SÄS samt NAV-teamet SÄS

Närsjukvårdsteam vänder sig till patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov där vården kräver en samverkan över organisationsgränserna.

Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett utgår från Medicinkliniken Alingsås lasarett. Teamet arbetar över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett. Herrljunga kommun ingår i Alingsås lasarets upptagningsområde.

Närsjukvårdsteamet SÄS samverkar över gränserna mellan kommun, primärvård och sjukhus och utgår från Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås.

NAV-teamet (Nära Akut Vård) arbetar med akutsjukvård i hemmet. Samverkan mellan NAV teamet och kommunens sjuksköterskor, sker kring personer över 65 år oavsett sjukdomshistoria eller om de har hjälp från hemtjänst och hemsjukvård.

Kontakta tas av hemsjukvårdens sjuksköterskor som först ska ha träffat och bedömt patienten enligt VISAM

Teamet träffar patienten i dennes hem och har möjlighet för provtagning, analys på plats och starta behandling av till exempel infektioner, hjärtsvikt, andningsbesvär, ge blodinfusion mm I NAV-teamet arbetar en läkare och två sjuksköterskor. Från 2022 byter NAV teamet namn till Akutläkarteamet.

2.2.4 Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare

Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om Mobil hemsjukvårdsläkare. Målgruppen för mobil hemsjukvårdsläkare är patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård i eget boende, med omfattade vård- och omsorgsbehov av teambaserad vård i hemmet. Teamet består av en eller flera yrkesprofessioner i kommunal hemsjukvård samt läkare från vårdcentral. Teamet arbetar personcentrerat och proaktivt, det vill säga arbetar bland annat med riskbedömningar, vårdplaner, och läkemedelsgenomgångar för att förhindra undvikbara försämringar och komplikationer. Hemsjukvårdsläkaren skall vara patientens fasta vårdkontakt. Kvälls- och nattetid sker samarbetet med Läkarjouren Göteborg som kommer ut om behov finns.

2.2.5 Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell Plan (SIP)

Samordnad individuell plan, SIP skall upprättas tillsammans med den enskilde om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. Syftet med SIP är att utifrån den enskildes behov och önskemål samordna verksamheternas stöd och insatser, samtidigt som den ger en helhetsbild av den enskildes situation för alla som är involverade i vården och omsorgen. SIP ökar även den enskildes inflytande och delaktighet kring insatser och stöd.

Samtliga vårdgivare är representerade vid planeringsmöte. Även anhöriga inbjuds att delta om patient önskar.

Resultat visar på en ökad patientsäkerhet när patient och de olika professionerna samlas och i samråd med patienten planerar och dokumenterar de insatser som skall utföras, vem som ansvarar för insatserna samt när och hur insatserna skall utföras. Arbetssättet bidrar till en personcentrerad vård.

Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport i Närvårdssamverkan då rutinerna inte följs.

Delaktighet i SIP har varit lågt under 2021. Under 2022 bör antalet utförda SIP öka i förvaltningen samt en högre delaktighet vid inbjudan till SIP. Åtta närvårdssavvikelser som inkommit med anledning av uteblivet och ej avbokad deltagande vid inbjuden SIP. Förändring har skett i sättet att arbeta runt SIP.

Nytt arbetssätt med SIP startade under hösten 2021 efter beslut av Närvårdssamverkans styrgrupp. Information om förändrat arbetssätt nådde inte Herrljunga. Detta ledde till att personal som arbetar i SAMSA fick svårt att arbeta efter nytt infört arbetssätt som de inte fått information om. Det gjorde att under första tiden använde sig personal av att ringa till de lika avdelningar, sjukhus för att få klarhet i vad som gällde för patienter. Det tog mycket tid och var en källa till stress och oro. Och en stor risk för att fel skulle uppstå.

För att öka kvalitén kring SIP i Herrljunga kommun har kommunen numera en utsedd SIP-samordnare organiserad under socialförvaltningen som arbetar med uppdraget på 25%. SIP-samordnaren tillser att de som behöver utbildning i kommunen får det samt är kommunikationslänk mellan kommunen och regionen i frågorna kring SIP.

2.2.6 Samverkan Läkarmedverkan/Närhälsan

Västra Götalandsregionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Samverkansavtal mellan primärvården Västra Götalandsregionen och Herrljunga kommun är framtaget. I det årliga framtagandet av Närområdesplan tillsammans med Närhälsan finns bland annat avtal om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Uppföljning av följsamheten till avtalet sker halvårsvis och när avtal påföljande år skrivs.

Samverkansavtalet mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun har fungerat bra under 2021 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet. Sjuksköterskor har daglig möjlighet till telefonkonsultation med läkare på Närhälsan.

Samverkansmöte med Närhälsan har genomförts varje månad via möte i Teams under våren 2021. Deltagare vårdcentralchef, verksamhetschef VO, enhetschefer HSL och MAS. Samsyn och diskussioner runt gemensamma rutiner, gränsdragningsfrågor, informationsöverföring, dokumentation med mera. Syftet är att identifiera förbättringsområden mellan vårdgivare.

Samarbete med utbyte av tjänster sker för att underlätta för gemensamma patienter.

På grund av hård belastning på verksamheterna relaterat till pandemin samt chefsbyte på Närhälsan minskade antalet möten under hösten 2021. Dock har samverkan skett för att ta fram en ny Närområdesplan för bland annat avtal om läkarmedverkan ingår. Samverkansmöten är inplanerade under 2022 där även Primärvårdsrehab är en part.

2.2.7 Patientnämnden

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården. Dessa sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården. Herrljunga kommun har generellt fåtal ärenden hos patientnämnden, och under 2021 har ett ärende inkommit. Frågeställning besvarat.

2.2.8 Intern samverkan för en god och säker vård

För resultat i det förebyggande arbetet krävs ökad samverkan mellan olika professioner och verksamheter inom kommunens vård och omsorg. Den vård och omsorg som planeras och som skall ges kräver planering tillsammans med patienten.

Teammöten har genomförts på särskilda boenden i olika utsträckning i de olika verksamheterna under året. Teamet, som består av sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, kontaktperson samt enhetschef som är sammankallande, går tillsammans igenom riskbedömningar enligt Senior Alert och BPSD och på sittande möte kommer fram till lämpliga åtgärder att förebygga ohälsa och vårdskador för patienten.

Rutin runt teammöten behöver ses över och kompletteras till en generell för samtliga enheter. Det är av största vikt att samtliga professioner deltar på teammöten för att kunna se till patientens behov och att kunna följa förändringar av insatserna över tid.

2.2.9 Extern samverkan för en god och säker vård

Herrljunga tillhör primärvårdsområde sju och har under året haft regelbundna möten digitalt med primärvårdschef och övriga MASAR i södra Älvsborg. Där behandlas frågor som rör bland annat läkemedel, behandlingsmetoder, samarbetsfrågor, vaccinationer. Årets möten har varit med tyngd mot arbetet runt pandemin.

Under våren 2021 har ett möte hållits tillsammans med Apoteket Stjärnan. Det är av största vikt att dessa möten återupptas och att samverkan sker.

2.2.10 MAS/MAR-nätverk

MAS och MAR från åtta kommuner i södra Älvsborg har mötts regelbundet för samverkan. Länsgemensamma rutiner och dokument framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet. Under år 2021 har samtliga möten genomförts digitalt.

2.2.11 MAR-nätverk

MAR från Västra Götaland möts regelbundet för samverkan. Gemensamma rutiner och dokument arbetas fram för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i Västra Götaland. Under 2021 har samtliga möten genomförts digitalt.

2.2.12 Vårdhygien

Vårdhygien är resurs för kommunal hälso- och sjukvård. De arbetar för att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) och risken för smittspridning i vården.

Under 2021 har de varit en stor samarbetspartner utifrån rådande pandemiläge. Vårdhygien har under 2021 haft veckovisa möten med MASar i Södra Älvsborg.

De har kontinuerliga utbildningar för hygienombud. Enhetschefer har under året varit inbjudna kontinuerligt till träffar via Teams, där de kan ställa allmänna hygienfrågor och frågor relaterade till pandemin. Även Smittskydd har haft utbildningar angående pandemin, där smittskyddsläkare föreläst samt svarat på frågor.

Flertalet enhetschefer har deltagit men vissa möten har blivit inställda och vissa prioriteringar har gjorts och information till alla EC har gått ut via VC till VO ledningsgrupp.

2.3 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan skall ske med patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan, rehabiliteringsplan och genomförandeplan så långt som möjligt, enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659. Patienten, och i förekommande fall närstående, tillfrågas om deltagande. För att uppnå optimal delaktighet för patient och närstående sammankallas berörda till vårdplanering eller SIP (Samordnad Individuell Plan).

Vid deltagande i nationella studier tillfrågas alltid patienten, i förekommande fall närstående om samtycke. Vid deltagande i kvalitetsregister tillfrågas alltid patienten, i förekommande fall närstående. Patient informeras också att samtycke kan tas tillbaka för att delta i kvalitetsregistrering.

Verksamheten skapar förutsättningar för den enskilde att få insyn och möjlighet att påverka sina HSL-insatser. Vid behov sker detta med stöd av personal och närstående. Alla som arbetar med brukare och patienter, arbetar också med stöd till närstående. Stödet innebär ett professionellt och gott bemötande med en god serviceanda. Närstående skall bli sedda och lyssnade på. Närstående har kunskaper som är värdefulla för verksamheten och de skall därför ses som en resurs i arbete med den enskilde.

Varje patient får i upprättande av sin genomförandeplan möjlighet att beskriva hur denne vill ha sina insatser utförda. Vid samordnad individuell planering (SIP) är patient och eventuellt närstående delaktiga och vid utredning av allvarliga avvikelser har patient möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Hälso- och sjukvården i Herrljunga kommun har en viljeriktning att stärka patientens delaktighet i sin vård. Detta görs genom information, uppföljning och dialog med patienten. Arbetet med att stärka delaktighet medför god följsamhet till ordinationer och på så vis ökad patientsäkerhet.

När en patient flyttar in till särskilt boende erbjuds patienten och dess närstående ett välkomstsamtal. I detta samtal ger sjuksköterska information om hemsjukvården. I samtalet ges patienten och närstående möjlighet att ställa frågor och lämna information till hälso- och sjukvården.

Vid utredning runt eventuell vårdskada som uppkommit sker en dialog med patient eller närstående om händelsen och händelseförloppet.

2.4 Hälso- och sjukvårdspersonals rapporteringsskyldighet

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

All personal som arbetar inom socialtjänst eller verksamhet enligt LSS och Hälso- och sjukvård har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens systematiskt utvecklas och säkras.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna handlar om fallincidenter och läkemedel. Arbetet med avvikelser är grunden i allt patientsäkerhetsarbete och skall utveckla den kommunala vården och omsorgen samt säkerställa att inte upprepning sker av händelse. Dock behöver man titta på logistiken runt avvikelserna som av många upplevs som tungarbetad. Flera avvikelser tas inte om hand omgående utan de blir liggande i systemet. Vid sen utredning har man glömt händelserna och personalen upplever att de inte får återkoppling på inrapporterad händelse.

I föregående års patientsäkerhetsberättelse togs följande fråga upp: ”Vi behöver även ha tillgång till att skriva avvikelser som inte är riktade mot patient utan är organisatoriska. Idag finns inget sådant system varför denna sorts ”avvikelser” antecknas som synpunkt, klagomål eller bara blir en mening i ett protokoll på ett APT”. Dock har inget resultat tagits fram under året, varför frågan får kvarstå.

Hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om rapporteringsskyldigheten vid nyanställning. Information om rapporteringsskyldigheten finns beskrivet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i avsedd rutin.

2.4.1 Dokumentation

Enligt patientdatalagen 2008:355, skall journaler föras i den omfattning lagen anger. Som en del av internkontroll 2021 har hälso- och sjukvårdsdokumentation granskats och i och med denna granskning hittades många fel i journaler. Denna granskning visar på stora brister som framför allt bestod i att anteckningar inte görs i den utsträckningen så man kan följa ett händelseförlopp. I journalsystemet saknades yrkestitlar på stort antal personal. Båda dessa brister har även påpekats av IVO vid utredning. Att journalföra händelser, är ett lagkrav. Detta måste åtgärdas omgående för att höja patientsäkerheten.

Efter granskning påbörjades omedelbart av systemansvariga att lägga till yrkestitlar i journalsystemet på dokumenterade personal.

Under 2022 bör dialog om dokumentation, vilka skyldigheter man har och kunskap om regelverk så som Patientdatalagen, Arkivlagen, Offentlighet- och sekretesslagen, Patientlagen, Patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Den utbildning i dokumentation som bör hållas för samtlig personal skall även innehålla regelverk.

Det har uppdagats att det raderas journalanteckningar i verksamhetssystemet. Detta är förbjudet. Den som antecknat i journalen får korrigera felaktigheter genom att markera det som är felaktigt och skriva in nya anteckningar. Den felaktiga anteckningen skall vara läsbar även efter förändring.

2.4.2 Systematiskt kvalitetsarbete

En bra säkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Ett förvaltningsövergripande arbete pågår med att implementera det systematiska kvalitetsarbetets alla delar såsom avvikelser, synpunktshantering, riskanalys och egenkontroller.

Verksamheterna har under 2021 ökat sin kunskap och medvetenhet att arbeta systematiskt för att öka patientsäkerheten. Fortfarande ses brister i analysarbetet av avvikelser ute på enheterna med personalgrupperna. Många medarbetare upplever att de skriver avvikelser och men saknar återkoppling. En anledning till detta kan vara att avvikelserna inte tas om hand omgående.

Det saknas en gemensam struktur för hur man arbetar med genomförda egenkontroller, riskanalyser och avvikelser för att det skall ge ett lärande och att det leder till varaktiga förbättringar. För att få ett strukturerat och tydligt arbetssätt bör en processkarta tas fram och därmed tydliggöra hur arbetet med avvikelser bör ske.

2.5 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 6 §, 7 kap 2 § p 6

När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras de om möjligheten att framföra synpunkter.

Inkomna klagomål/synpunkt kan även leda till att avvikelse skrivs.

Återkoppling, om så önskas, skall ges så fort som möjligt till de som lämnat synpunkt eller klagomål. Beroende på vad som har hänt görs förbättringsåtgärder och uppföljning på ändrat arbetssätt/rutin.

Synpunkter kan lämnas på kommunens hemsida, särskild blankett, brev, telefonsamtal eller vid personligt besök. Synpunkten skickas sedan vidare till berörd chef som efter analys och åtgärd besvarar och återkopplar till den som lämnat synpunkten om önskemål om återkoppling finns.

Under 2021 har inga klagomål, med inriktning HSL, inkommit.

3 Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Under 2021 har fokus varit att upprätthålla det grundläggande patientsäkerhetsarbetet. Det strukturella arbetet att öka och utveckla patientsäkerheten har till viss del fått stå tillbaka.

Kommunen hade täta avstämningsmöten med Vårdhygien och regelbundna möten med Primärvården i södra Älvsborg. I samband med utbrott av pandemi har samtliga verksamheter jobbat med många patientsäkerhetsåtgärder och förebygga och hantera smittspridning:

- Basala hygienrutiner, kännedom om och följsamhet till dessa.
- Utbildning och dialog kring användning av skyddsutrustning. Förvaltningen har arbetat intensivt med att säkerställa flödet av adekvat skyddsutrustning till samtliga verksamheter. Ett centrallager har inrättats och all skyddsutrustning köps in (centralt) via AME och distribueras ut i verksamheten. Dels för att rätt utrustning köps in som är CE märkt för att följa Arbetsmiljöverkets författningar för att skydda personalen för smitta och sjukdom och dels för att inte hamstring skall ske ute på enheterna.
- Provtagning (PCR-test) för covid-19 av personal med symtom har kunnat genomföras under hela året. Detta tack vare gott stöd och hjälp av AME.
- Vaccination av patienter, brukare och personal har genomförts under våren. Ett oerhört stort arbete med kartläggning och planering som utan engagerad personal inte hade gått att genomföra så effektivt.
- Ansökan om förlängt besöksförbud på Hemgården och Hagen gjordes våren 2021 hos Länsstyrelsen/Folkhälsomyndigheten. Ansökan beviljades. Orsak till ansökan var att få möjlighet att inte öppna boendena för besök innan vaccinering av dos två skett. Så fort vaccination var genomförd och bestämd tid efter vaccination var över öppnades boendena.
- Smittspårning, av personal, har skett kontinuerligt då smitta uppdagats hos någon i personalgruppen. Genom att personal oftast varit noga med att använda skyddsutrustning som angivits i vårdarbetet så har inte smittan spridit sig till patienter och brukare i stor utsträckning.
- Nya rekommendationer från Smittskydd/Vårdhygien har kommit så fort någon rekommendation ändrats hos Folkhälsomyndigheten.
- Kontinuerlig uppdatering och information till enhetschefer, medarbetare och närstående om vikten av att följa rekommendationer om skyddsutrustning

Ett omfattande arbete lagts ner på att minska risken för smittspridning av Covid-19 i våra verksamheter. Förvaltningen har skapat en organisation med chefer och MAS samt även ingått i

en kommunöverskridande ledningsgrupp. Vid hög smittspridning i samhället har denna grupp träffats utifrån behov.

3.1 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

En riskanalys skall alltid genomföras vid:

- organisationsförändringar
- personalförändringar: vid väsentliga förändringar av kompetens och/eller resurser

En riskanalys kan också behöva göras:

- på resultat från olika analyser
- på processer som bedöms innehålla många risker vid införande av ett nytt arbetssätt
- när en ny metod eller teknik ska införas

Ovanstående kan påverka patientsäkerheten och patientsäkerheten bör alltid tas med i analyser.

För att förebygga risker så att patient inte drabbas av vårdskada samverkar ett flertal vårdgrannar. Uppkomna händelser har bedömts utifrån sannolikhet att händelsen skall inträffa igen samt vilka negativa händelser som skulle kunnat bli följden av händelsen.

3.2 Utredning av händelser – Vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Vid utredning av vårdskada informerar patientansvarig sjuksköterska/MAS patienten/anhöriga om händelsen och varför att utredning påbörjats. I samband med inskrivning i Hälso- och sjukvårdsorganisationen informeras alltid vart man vänder sig för att framföra klagomål och synpunkter.

De kritiska punkterna för vårt förbättringsarbete som vi behöver jobba vidare med och säkerställa är brister i information, kommunikation och dokumentation.

En anmälan till Patientnämnd och IVO har gjorts av vårdtagare under 2021, efter händelse som skett 2020. Utredning runt händelsen är gjord av MAS för att kunna besvara de frågor IVO ställt. Svar från IVO har inkommit med en rad förbättringsåtgärder som skall genomföras under 2022, såsom:

- yrkestitel skall finnas tydligt i journal
- dokumentation behöver förbättras och kvalitetssäkras så att händelseförloppet kan följas
- öka följsamhet till rutiner/ revidera så att sjuksköterska skall kontaktas
- öka följsamhet till rutiner/revidera så att förskrivare av personlyft och lyftsele kontaktas
- säkerställa att händelser rapporteras till MAS så att händelsen kan utredas utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv

Via inkomna avvikelser har förvaltningen identifierat att det finns brister i uppföljning och dokumentation av vikt/lågt BMI.

3.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Informationssäkerhet handlar om att rätt användare skall ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av information.

Systemförvaltare har ansvar för att loggning sker enligt rutin i nätverket och dokumentationsprogram.

Slumpmässiga systematiska loggkontroller görs kontinuerligt varje månad av systemförvaltare och enhetschef i dokumentationsprogrammet VIVA för hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal enligt rutin. Under 2021 inrapporterades inga incidenter.

För vårdtagares samtycke i NPÖ (Nationell Patient Översikt) inregistreras underskriven blankett i VIVA, anpassad enligt GDPR.

3.3.1 SIHTS-kort inloggning/ID-kort

SIHTS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal samt övrig personal som har behörighet till vissa program använder SIHTS-kort vid inloggning i vårdsystemet Pascal, NPÖ, SAMSA, utfärdande av tandvårdskort samt vid ifyllnad av kvalitetsregister. SIHTS-kort används som ett led i att öka informationssäkerheten. Verksamheten har rutin för informationssäkerhet och kontroll av behörigheter.

3.4 Beslutsstöd VISAM

VISAM är ett verktyg för sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården som används vid försämring av patientens status och vid behov av ställningstagande till rätt vårdnivå. I stöd av VISAM förebyggs även återinläggningar och informationsöverföring mellan berörda vårdgivare i samband med byte av vårdansvaret. Samtliga kommuner i södra Älvsborg arbetar efter beslutsstöd VISAM, samt sjukhusen och ambulans.

3.5 Pascal

Pascal är en applikation för vårdpersonal att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar, så kallade dospatienter. Hantering av läkemedel via Pascal ökar patientsäkerheten. Applikationen används av alla vårdgivare inom landsting, region och kommuner samt privata vårdgivare.

Nationella läkemedelslistan

Den 1 maj 2021 började lagen om nationell läkemedelslista att gälla. Det handlar om ett antal förändringar som gradvis införs under en period av två år. Tillsammans ska de höja patientsäkerheten i Sverige. Nationella läkemedelslistan ska ge hälso- och sjukvården, apoteken och patienten samma bild av patientens förskrivna och uthämtade läkemedel. Registret regleras av lagen om nationell läkemedelslista och tas fram av E-hälsomyndigheten på uppdrag av regeringen.

3.6 Nationell patientöversikt (NPÖ)

NPÖ en sammanhållen journal där anslutna vårdgivare får möjlighet att ta del av patientinformation. Herrljunga kommun är konsument vilket innebär att legitimerade kan få ta del av patientinformation hos en annan vårdgivare efter att samtycke från patienten har hämtats. NPÖ är ett nationellt initiativ som syftar till stärkt patientsäkerhet samt effektivare flöden för vårdövergångar mellan landsting, kommuner och privata vårdgivare.

Med NPÖ, kan legitimerade snabbt och enkelt få en samlad bild av den information som finns i en patients journaler hos andra vårdgivare. Det innebär att:

- vårdpersonalen slipper lägga tid på att ringa, söka och beställa kopior av journaler
- patienten slipper upprepa sin sjukhistoria om och om igen vid besök hos nya vårdgivare.

Informationen går att se, men inte spara ned eller skriva ut.

Idag har förvaltningen enbart NPÖ-konsument och kan läsa journalinformation som andra vårdgivare dokumenterat. Under 2021 har dialog inletts för att Herrljunga kommun eventuellt skulle kunna bli producent i NPÖ, vilket innebär att förvaltningen då skulle ha möjlighet att dokumentera delar av hälso- och sjukvårdsjournalerna i NPÖ.

4 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

MAS sammanställer rapporterade avvikelser efter första halvåret samt i årlig patientsäkerhetsberättelse vilka redovisas för nämnden.

Enhetschef ansvarar för utredning, åtgärder, uppföljning och utvärdering av avvikelser samt framtagande av handlingsplan i ett förbättringsarbete. I det systematiska kvalitetsarbetet följer enhetschef arbetet med uppföljning av avvikelser tillsammans med medarbetare på APT.

En halvårsrapport gällande avvikelser sammanställdes av MAS och SAS och rapporterades till nämnden under hösten 2021.

4.1 Nationell punktprevalensmätning (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler

På uppdrag av Sveriges kommuner och regioner (SKR) har regioner och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård (SOSFS 2007:19).

Mätningar har gjorts under året på enheterna angående basala hygienrutiner och klädregler med mycket gott resultat och påvisat god följsamhet i verksamheterna.

Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) vid patientnära arbete genomfördes våren 2021 med gott resultat. Enligt de mätningar som gjordes påvisades mycket god följsamhet på samtliga enheter. På vissa uppmättes 100 % följsamhet. Observationen gjordes på följsamhet i basala hygienrutiner och följsamhet klädregler.

Trots stort arbete under året med inriktning på basala hygienrutiner och uppvisat resultat med hög följsamhet vid PPM-mätning förekommer det att personal använder egna kläder under arbetspass, har artificiella naglar samt smycken på händer och underarmar. Basala hygienrutiner bör finnas med som en punkt på varje arbetsplatsträff så det ges en möjlighet att förstå, ställa frågor och förändra följsamheten runt rutinen.

Följsamhet Basala hygienrutiner, Punktprevalensmätning (PPM) våren 2021.

Vid mätning uppmäts medelvärde 70 % på följsamhet (medel i riket är 67,6 %.) för korrekt efterlevnad av samtliga hygien- och klädrutiner.

	Korrekt efterlevnad av samtliga hygien- och klädrutiner	Desinfekterat korrekt före patientnära arbete	Desinfektion efter patientnära arbete	Användning av handskar	Användning av plastförkläde	Efterlevande alla fyra steg i hygienrutin
Herrljunga	70 %	82 %	76 %	100 %	97 %	69 %
Medel riket	67,8 %	80,9 %	93,9 %	97,9 %	92 %	73,7 %

	Händer/armar fria från klockor/ringar	Korrekt skötta naglar	Kort/upsatt hår	Korrekt arbetsdräkt	Efterlevande alla fyra steg i hygienrutin
Herrljunga	100 %	100 %	96 %	100 %	96 %
Medel riket	97,5 %	97,9 %	98,7 %	97,6 %	91,6

Uppmätta siffror visar ett gott resultat i de flesta av mätningarna. Vi ligger i överkant gentemot riket. Men det är ett arbete som måste fortlöpa att arbeta med basala hygienfrågor. Det har under året varit diskussioner ute på enheterna där vissa personal valt att ignorera arbetet med basala hygienrutiner. För att nå fram till personalgrupperna har MAS haft kontinuerligt träffar på APT, där det getts möjlighet till att diskutera och reflektera. Bristerna på vissa enheter, och ibland vissa arbetspass har genererat ett beslut att den/de som inte följer basala hygienrutiner samt arbetar efter rekommendation av skyddsutrustning skall kallas till verksamhetschef samt MAS för samtal. Svårigheten med att fullfölja detta är att de personal som flaggar för icke-följsamhet inte vill meddela vem/vilka det gäller.

4.2 Nationell punktprevalensmätning (PPM) Trycksår

Mätning 2021, siffror 2020 inom parentes

	Antal registreringar	Risk för trycksår	Riskbedömning äldre än 180 dagar	kvinnor	BMI < 22	Pågående trycksår
Demens	14 (39)	7 (11)	14 (33)	8	1	0
Hemsjukvård	41 (49)	4 (4)	41 (49)	24 (31)	11 (12)	1 (1)
Vård och omsorg	40 (49)	15 (4)	28 (49)	24 (31)	13 (12)	3 (1)

PPM trycksår har genomförts under höst 2021. Varje trycksår är en vårdskada, en skada som vi åsamkat patienten. Denna skada skall utredas av MAS. Då patient får ett trycksår meddelas inte skadan, så utredning kan ske.

Inte heller arbetar man fullt ut med Senior alert för att kartlägga risk för skada eller uppkommen skada. Under 2022 bör enheterna arbeta fullt ut på teammöte med Senior alert. Kartläggning via Senior alert är överskådlig.

4.3 Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som innehåller evidensbaserade bedömningsinstrument och är ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. För att registrera i registret krävs den enskildes samtycke. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg skall ges möjlighet till riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och förebygger vårdskador.

För att öka möjligheten att arbeta systematiskt i Senior alert pågår ett arbete inom förvaltningen kring säker inloggning (SITHS) för omvårdnadspersonalen.

Nedan ses antal registreringar totalt:

2021 Verksamhet	Unika personer	Riskbedömda tryckskada	Riskbedömda fall	Riskbedömda malnutrition	Risk- bedömda munhälsa
Totalt*	29	6	1	7	12

*totalt av de som samtyckt till registrering

Under 2021 efter en avvikelse om eventuell undernäring ålades samtliga enheter på SÄBO att omgående genomföra riskbedömning på samtliga patienter.

Verksamheterna bör också lägga större vikt vid att genomföra teamträffar kontinuerligt, där samtliga professioner är representerade och man har en genomgång av samtliga parametrar inom Senior alert på varje patient (inom äldreomsorg och LSS). Verksamheterna bör också kontinuerligt utbilda/fortbilda personalen i att arbeta med Senior Alert för att stärka patientsäkerheten. Personalen bör också känna till sambanden mellan till exempel dålig munhälsa, som leder till undernäring, som leder till trycksår, fall och blåsdysfunktion. Utöver detta finns ett förbättringsområde att arbeta med delaktighet hos patienterna.

Samtliga fem nedanstående parametrar skall användas vid genomgång av varje patient för att snabbt upptäcka brister och svikt.

Arbete behöver genomföras för att förbättra det vårdpreventiva arbetet och fler mätningar/registreringar genomföras under 2022. Att använda bedömningsinstrumenten i Senior Alert som ett verktyg i patientsäkerhetsarbetet är ett ska-krav i Herrljunga kommun. Om verksamheten arbetar utifrån Senior Alert framträder de risker som kan finnas för patienten och förebyggande åtgärder kan vidtas snabbare. Vid utredning av ett Lex Maria-ärende under året uppdagas att skada/misstanke om skada kunde undvikits om man arbetat kontinuerligt med Senior alert.

Under 2022 är målet att fortsätta jobba med riskbedömningar för patienter inskrivna i hemsjukvård. Detta sker lämpligen med hjälp av Senior Alert. Under 2021 har registreringar i Senior Alert inte skett med kontinuitet. Under 2022 behövs ett arbete genomföras för att analysera varför inte fler bedömningar genomförs i Senior Alert.

4.3.1 Fallprevention

Fallprevention syftar till att upptäcka patienter som har fallrisk och att sätta in förebyggande åtgärder. Det syftar även till att patienterna skall bibehålla sina förmågor genom ett habiliterande och rehabiliterande förhållningssätt och en miljö där aktivitet främjas. En effektiv fallprevention innefattar analys av personens förutsättningar, omgivningens utformning och aktivitetens utförande. Därefter vidtas åtgärder i en individuell riskanalys med översyn av läkemedel, nutrition, träning/aktivitet, kognitiv träning/stimulans, åtgärder i boendemiljön och hjälpmedel. Genom att diskutera fall och fallprevention medvetandegör man risker och ökar kunskap och förståelse för hur risker kan förebyggas.

4.3.2 Trycksår

En tryckskada kan lätt utvecklas till ett trycksår. Tryckskadan uppstår vanligtvis bland annat när en person ligger eller sitter i samma ställning, eller vid tryck från kläder, veck på underlag. En tryckskada kan utvecklas snabbt, när och var som helst, i egna hemmet, under ambulanstransport, på akutmottagningen, på röntgen eller operationsavdelning etcetera. Många patienter utvecklar trycksår under en sjukhusvistelse.

Det är mycket viktigt att alla yrkeskategorier (oavsett var vården äger rum) har rutiner för att snabbt identifiera de personer som är i riskzonen för att utveckla trycksår. Det är dessutom viktigt att använda effektiva omvårdnadsåtgärder och att de förebyggande åtgärderna fortsätter i hela vårdkedjan så länge risken för trycksår finns kvar.

4.3.3 Undernäring

Ett gott nutritionsomhändertagande är en viktig säkerhetsfråga. En god och säker vård med god kvalitet ska baseras på bedömningar av risk för undernäring men även utredning av orsaker samt adekvat nutritionsbehandling och uppföljning. Denna vård är lika viktig som läkemedel eller annan medicinsk behandling.

4.3.4 Munhälsa

En god munhälsa är inte bara viktigt för att kunna tillgodogöra sig näringsriktig kost, den är också av stor betydelse för individens sociala liv och livskvalitet. När den enskilde inte klarar detta själv måste omsorgspersonal hjälpa till att förhindra infektioner och sår i munnen.

Genom att systematiskt riskbedöma munhålan kan problem upptäckas tidigt även om patienten inte har rätt till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. ROAG är vårdpersonalens instrument för att skapa systematik och uppföljning i arbetet med munhälsa. Den uppsökande verksamheten erbjuder en professionell bedömning av munhålan för att upptäcka tidiga tecken på munsjukdomar och tandvårdsbehov. Under 2021 har endast ett fåtal omvårdnadspersonalen genomgått uppföljningsutbildning i munvård på grund av pandemin.

4.3.5 Blåsdysfunktion

Begreppet blåsdysfunktion beskriver flera olika problem. Förutom urinläckage, och trängningar som närmast motsvarar begreppet urininkontinens, ingår också tömningsproblem och efterproblem i begreppet. Urinläckage och trängningar orsakar lagringsproblem. Tömningsproblem uppkommer när hinder finns för blåstömning och efterproblem är läckage som uppstår efter tömning av blåsan.

4.4 Svenska palliativregistret

Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. (Socialstyrelsens definition). Palliativ vård som utförs i Herrljunga kommun registreras i Svenska Palliativregistret.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov.

Verksamhet	Antal registreringar i palliativa registret	Munhälso-bedömning sista levnads-veckan (antal personer inom parentes)	Ordinerat ångestdämpande vid behov	Närvarande vid dödsögonblicket, i samma rum <i>Förväntat dödsfall Personal och närstående</i>
Herrljunga kommun 2021	24	50 % bedömd (12 st) 33,3 % ej bedömd (8 st) 16,7 % vet ej (4 st)	91,7 % ja (22 st) 8,3 % nej (2 st)	8,3 % ingen (2 st) 25 % personal (6 st) 25 % personal & närstående (6 st) 37,5 % närstående (9 st) 4,2 % vet ej (1 st)

Förvaltningen bör genomföra utbildning inom palliativ vård för samtlig personal både medarbetare och chefer. Det måste också skapas tid för dialog och genomgång av resultat i palliativa registret. Avsätta tid för att gemensamt, sjuksköterska och omvårdnadspersonal, fylla i palliativa registret.

Den palliativa vården omfattar alla personer, oavsett diagnos, som inte går att bota och som ger allt svårare symtom med dödligt förlopp inom en begränsad tid. Målet med palliativ vård är varken att förkorta eller förlänga livet utan att skapa goda förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet.

Palliativ vård syftar till en helhetsvård av hela människan och dennes anhöriga fram till döden. Personen ska få hjälp att leva ett så aktivt liv som möjligt under den sista tiden i livet. Situationen i livets slutskedekan se mycket olika ut. I vissa fall krävs kvalificerade palliativa insatser dygnet runt. I andra fall krävs inga specifika palliativa insatser.

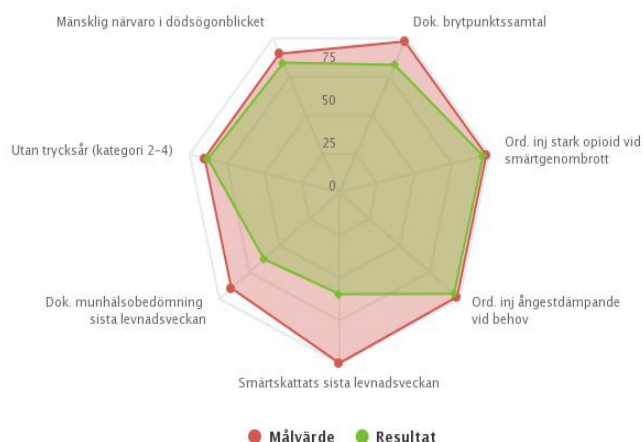
Palliativ vård är en naturlig fortsättning på den vård patienten fått i ett tidigare skede av vårdförloppet.

VILS teamet

Ett palliativt team som riktar sig till svårt sjuka patienter i livets slut startades upp under hösten 2021, så kallat VILS-team. Syftet att kunna erbjuda så få personal kring den sjuke. Målgruppen idag är de med få hemtjänstinsatser, endast trygghetslarm, mm. För övriga patienter med flera hemtjänstinsatser dagligen, görs förändring i den ordinarie personalgruppen. Enhetschef avdelar så få personal som möjligt. Personalen är redan välkända av patienten sedan innan.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 – 2021-12



Detta är en modifierad rapport.

Förtydligande spindeldiagram

	Resultat	Målvärde
Brytpunktssamtal	82,8 %	98 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	84,2 %	90%
Avsaknad av trycksår	87,9 %	90 %
Munhälsa, sista levnadsvecka	62,8 %	90 %
Smärtskattning, sista levnadsdygn	59,6 %	100 %
Erhållit ångestdämpande	95,3 %	98 %
Erhållit stark opioid vid smärtgenombrott	95,8 %	98 %

En frågeställning att arbeta med under kommande år är varför man vid två tillfällen har angett svaret till registret ”vet ej” vid närvaro i dödsögonblicket.

En förbättringspotential är munhälsobedömning under sista levnadsvecka där siffrorna bör höjas. Likaså smärtskattning sista levnadsvecka.

4.5 BPSD-registret

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom.

BPSD kan definieras som ”symtom i form av störd perception, stort tankeinnehåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom” Målet är att ständigt förbättra vård och omsorg för individer med demenssjukdom. Vidare syftar det till att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom.

Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. BPSD har de senaste åren minskat med hänvisning till att det vid personalomsättning ej utbildats ny. Detta ligger i planering när de covid-19-relaterade omständigheterna tillåter.

Socialstyrelsen förordar minst en BPSD – skattning per år och person samt vid behov.

För att öka kunskap och registreringar i BPSD krävs att fler personal utbildas i till administratörer i BPSD. Denna utbildning är obligatorisk för att få arbeta i programmet.

Utbildning för administratörer och certifierade utbildare planerades under 2021 för att komma igång och arbeta i BPSD. Planerade utbildningar ställdes in på grund av pandemin. BPSD-registret tillåter inte att utbildningarna genomförs digitalt, och ingen certifierad utbildare i omkringliggande kommuner hade möjlighet att kunna hålla säkra utbildningar på plats i Herrljunga. Verksamhetschef har varit i kontakt med BPSD registret för att påtala vikten av att de erbjuder fler utbildningstillfällen för att kommunen skall kunna utbilda sin personal.

Det finns enbart ett fåtal inom äldreomsorgen som har inloggning och behörighet att arbeta i programmet varför vi behöver fler som kan arbeta i programmet men även lära ut.

För att höja kompetensen och ha egna certifierade utbildare i förvaltningen bör man bevaka när utbildningar börjar att hållas och skyndsamt anmäla personal, för att kunna utbilda fler personal hemma och bli självförsörjande.

4.6 Delegering

SOSFS 1997:14.

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket till exempel innebär att man inte delegerar en arbetsuppgift man inte själv kan praktisera (utföra). Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram, viss hantering av hjälpmedel och TENS- behandling (transkutan elektrisk nervstimulering).

Legitimerad personal i Herrljunga kommun har under året kontinuerligt delegerat omvårdnadspersonal enligt ledningssystemets rutin för delegering. Tillfällen för teoretisk utbildning har funnits jämnt fördelat över året.

Första delen av delegationsutbildning består av en webbutbildning, vilken ska göras av varje ny personal innan delegering kan ges. Personal erhåller diplom som intyg på avslutad webbutbildning. Därefter kan steg II i delegationsutbildning gå, utbildningen ges av legitimerad sjuksköterska.

Revidering av delegerings/utbildningsmaterial för ny personal, vikarier och sommarvikarier har genomförts enligt mål för året. Webbutbildning läkemedel har lagts till som obligatoriskt moment inför delegering.

4.7 Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg kan man förebygga fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data och regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts. Självskattning på följsamhet av basala hygienrutiner har gjorts och dokumenterats. Resultatet visar god följsamhet i nära patientarbete av personalgrupperna.

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden.

4.7.1 Basala hygienrutiner

Basala hygienrutiner är en grundförutsättning för god vård och omsorg. Målsättningen är att de basala hygienrutinerna följs för att förhindra smittspridning mellan medarbetare och patienter med behov av vård och omsorg. Syftet har varit att beskriva vikten av basala hygienrutiner, öka kunskap och förståelse samt öka följsamheten till hygienrutiner.

Ett förslag till förbättring är att chefer behöver på ett systematiskt sätt arbeta med resultat från egenkontroller för att säkerställa att samtlig personal har kunskap om hygieniskt arbetssätt och alltid följer basala hygienrutiner. Enhetschefer har detta som en stående punkt på sina APT.

4.7.2 Skydds- och begränsningsåtgärder

Svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd. Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad enligt grundlag mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar. (2 kap. 6 och 8 §§ RF). Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva hans rörelsefrihet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall "vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten" samt "bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet".

HSL, SoL och LSS bygger på frivillighet och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten skall utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Beslut om skyddsåtgärd/frihetsinskränkande åtgärd skall dokumenteras i vård/rehabplan samt genomförandeplan så att all involverad personal får tillgång till informationen. Dessa planer skall detaljerat beskriva användning, hur oönskade konsekvenser av skyddsåtgärden skall minimeras och när uppföljning skall ske. I vårdplaner skall också tydligt framgå vilka åtgärder som är vidtagna och att samtycke har inhämtats. Det är av stor vikt att det

finns personal med rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att minimera användande av tvångsmedel.

Till skyddsåtgärder räknas till exempel bälten, grenselar, bodies, sänggrindar och rörelselarm.

Vid påbörjad journalgranskning framkommer att alla åtgärder inte dokumenteras korrekt i vårt verksamhetssystem. De skyddsåtgärder som dokumenterats har inte alltid ett uppföljningsdatum. Fortsatt granskning av journaler bör ske under 2022 av MAS/MAR. Ett åtgärdsförslag är att ha genomgång/uppföljning på teamträff av ordinerade skyddsåtgärder.

4.7.3 *Medicintekniska produkter (MTP)*

MTP skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Varje produkt är individuellt utprovad och förskrivs av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Förskrivningen journalförs och registreras. Det finns en tydlig rutin för ansvar, underhåll och kontroll av medicintekniska produkter.

Funktionskontroll av hjälpmedel skall göras före varje användning och utförs av omvårdnadspersonal som använder det. All personal har ett ansvar för att veta hur ett hjälpmedel fungerar och riskerna som finns kring användandet, innan man använder det. I ansvaret ingår också att rapportera till förskrivare om ett hjälpmedel inte fungerar optimalt, är trasigt eller slitet. När produkten lämnas ut skall en bruksanvisning följa hjälpmedlet. Ansvarig förskrivare instruerar och utbildar berörd patient och/eller personal hur hjälpmedlet skall användas.

4.8 *Avvikelser*

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud som sker i verksamheten. Rapportering av avvikande händelser är en av grundpelarna i arbetet med att förbättra kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg. Avvikelserapportering bidrar till att undvika att negativa händelser upprepas samt att rutiner förbättras för att höja kvaliteten.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshanteringen. All personal inklusive studenter/elever har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet det vill säga genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering skall utföras beskrivs i rutin "Avvikelshantering", samt rapportera sådant som motverkar eller utgör hot mot att brukaren.

För att minimera avvikelser krävs att de uppmärksammas, att orsakerna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att, så långt det är möjligt, förebygga att liknande avvikelser sker igen. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshanteringen till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna vid förebyggande arbete.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna är fall och läkemedel.

Enhetschefer och MAS har under året genomfört träffar för att analysera runt avvikelser, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner.

En avvikelse är en händelse som inte stämmer med normal rutin eller förväntat förlopp och kan orsaka missförhållande eller vårdskada. Medarbetaren rapporterar avvikelser enligt rutin, till chef. Avvikelsen kan även ligga till grund för Lex Maria-anmälan till IVO.

Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada inom hälso- och sjukvården.

Då patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada utreder MAS händelsen. MAS tar efter utredning beslut om en Lex Maria-anmälan skall upprättas. Därefter anmäler MAS enligt Lex Maria till IVO.

Antal registrerade fallolyckor har under 2021 minskat med 120 incidenter jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis blåmärken, sårskada, svullnad, skrubbsår, mjukdelsskador och i sju (7) av fallen har det uppstått frakturer.

Under 2020 fanns det fortfarande många avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte hade signerats på signeringslistor hos patient. Det fanns en osäkerhet om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blev svårigheter att utvärdera träningsinsatsen samt stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient. Detta har minskat när digitala signeringslistor införs 2021. Nu ser förvaltningen avvikelserna och kan arbeta med dem. Här finns fortfarande ett utvecklingsområde som pågår med utbildning av systemet.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2021 minskat med 86 avvikelser jämfört med året innan. Vanligast förekommande orsak är avglömd ej given läkemedelsdos. Utfallet läkemedelsavvikelser

Verksamhet	Antal Avvikelser HSL	Antal avvikelser läkemedel	Antal fallolyckor
Hemsjukvård 2019	1590	458	1049
Hemsjukvård 2020	1610	668	912
Hemsjukvård 2021	952	582	792

Under våren infördes digitala signeringslistor. Via en applikation (app) i mobilen signeras åtgärden och appen signalerar om åtgärden ej utförts på angiven tidpunkt av den delegerade omvårdnadspersonalen. Avvikelse rapporter skapas digitalt och kan följas upp och analyseras av arbetsgruppen för ytterligare förbättringsåtgärder. Vid användandet av digitala signeringslistor har avvikelserna minskat men inte i det antalet som förväntades. Det kan bero på att tidsmarginalerna är för snävt satta innan det larmas ut att man inte givet läkemedlet. Under kommande år behöver dessa tider ses över samt göras en genomgång av avvikelserna så inget annat fel döljs bakom dessa siffror.

Kontrollräkning av narkotika skall ske varje månad för att upptäcka ett eventuellt svinn och öka spårbarheten. Följsamhet till rutin har diskuterats med ansvariga för att identifiera varför det i vissa fall finns långa ledtider i kontrollräkningen.

Under 2021 har det arbetats med säker läkemedelsförvaring ute på enheterna. Låsbara läkemedelsskåp finns men ej digitala med loggningsfunktion av personal som öppnar skåpet. Förvaltningen har köpt in 20 digitala läkemedelsskåp som implementeras i verksamheten under 2022. Utbyggnaden av detta fortlöper under 2022 - 2023 med målsättning att alla läkemedelsskåp skall vara digitala och ha en loggningsfunktion.

Under 2021 konstaterades flera läkemedelsstöld, vilka polisanmälades och utreddes. Läkemedelsstölderna har nu upphört.

Merparten av medarbetarna bedöms kunna arbeta i avvikelshanteringssystemet, dock inte på ett optimalt och effektivt sätt. Det behövs avsättas tid och resurser för att fortsatt utbilda i hur, var och varför avvikelse skrivs.

Det sker missförstånd och förväxlingar bland personal i vad som är en avvikelse och hur den ska kategoriseras samt till vem den skall skickas. Det behöver finnas lättillgängliga lathundar för rapportör och utredare samt tydlig processkarta.

Händelserna utreds av ansvarig enhetschef tillsammans med de medutredare som behövs. Enhetschef ansvarar för vidare information till MAS.

4.9 Avvikelserapportering i Närvårdssamverkan

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad individuell plan (SIP) mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bland annat krav på information till berörda enheter i samband med in/ut skrivning slutenvård. Orsak till avvikelser i vårdsamverkan skulle kunna vara exempelvis brister i informationsöverföring SAMSA och aktuella läkemedel.

All personal ska rapportera händelser som kunnat leda till eller har lett till negativ händelse för brukaren, där leverantörer och andra huvudmän exempelvis statliga myndigheter, kommunal förvaltning, sjukhus, primärvård eller annan likartad organisation helt eller delvis har ansvaret för händelsen. Vård- och omsorgsförvaltningen har utrett händelser påtalade av ovanstående aktörer.

Under 2021 har det skrivits 24 avvikelser i samverkan till vårdgrannar. De mest förekommande händelserna är ej aktuella läkemedelslistor förändringar i läkemedelsordinationer inte har meddelats, felaktiga och uteblivna ordinationer samt ej tydlighet vid vårdplanering och SIP (Samordnad Individuell Plan). 10 avvikelse till Herrljunga kommun har mottagits gällande bland annat utebliven personal vid SIP, ej nåbara sjuksköterskor, dåligt ifylld vårdbegäran.

Då en närvårdsavvikelse inkommer, i avvikelseprogram MedControlPro, tas avvikelser emot av MAS. Den skickas därefter till berörd enhetschef, ibland kan flera vara berörda. Därefter skall utredning göras av enhetschef, utredning skickas till MAS. MAS fyller i svar i MedControlPro MCP och återsänder till den som skickat avvikelser.

Det finns ett utvecklingsarbete mellan MAS och enhetscheferna när det gäller hanteringen av närvårdsavvikelser. Här behövs hållas en dialog runt Närvårdsavvikelser i förvaltning, varför skall förvaltningen svara/skriva och hur de skall omhändertas. Det finns också utvecklingsområde i

den lokala närvårdssamverkan kring hur lång tid det dröjer när kommunen upprättat en avvikelse att få svar från respektive vårdgivare.

4.10 Händelser och vårdskador

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vårdskada inträffat eller om det förelegat risk för en vårdskada. MAS ansvarar för att göra en bedömning och utredning av händelsen och för att anmälan till (IVO) sker vid allvarlig vårdskada. Med allvarlig vårdskada menar lagstiftaren en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Dessa händelser skall anmälas till IVO.

Händelser där det förelegat risk för vårdskada eller vårdskada uppstått rapporteras inte per automatik (enligt rutin) till MAS. De vårdskador/risk för vårdskador som uppstått under året har uppmärksamats av MAS genom avvikelse från sjukhusen i Närvårdsavvikelser.

Två utredningar är gjorda under året. Utredningarna ledde inte fram till Lex Maria-anmälan. Däremot åtgärder på enheterna som de skall rätta till.

Vid utredning framkom och konstaterades en del brister i hantering som behöver åtgärdas, som:

- Följsamhet rutiner
- Dokumentation
- Kommunikation, mellan professioner
- Rapportering av avvikelser
- Kunskap om demenssjukdom
- Delaktighet för närstående

Förvaltningen har ännu inte hunnit påbörja förbättringsarbetet.

4.11 Riskanalys

Att inte kontinuerligt följa upp inkomna avvikelser leder oftast till att samma typ av incident upprepas, år från år. Det medför en stor risk för samtliga patienter genom att händelser inte uppmärksammas. I flera avvikelser ser man åtgärd "diskutera med personalgrupp" samt "utbildning" men ytterligare planerade åtgärder eller utförda åtgärder saknas då avvikelsen saknas. Inte heller redovisas vad diskussion med personalgrupp leder fram till eller vilka åtgärder som gjorts.

Fortfarande är det för långa intervaller mellan enhetschef arbetar med sina avvikelser. Om Enhetscheferna inte tittar systematiskt är risken att mycket är glömt när ett analysarbete startar. En händelseanalys bör alltid utföras då något inträffat som kan leda till att vårdskada kan/har uppkommit. I analysen ser man varför och hur en händelse skett. Man tar även fram vilka åtgärder som bör göras och därmed förhindra återupprepning. Det är även ett lärande med att arbeta med avvikelseanalys, inte bara för den egna verksamheten utanför hela förvaltningen.

För patienten kan en till synes lätt avvikelse leda till allvarlig skada. Att till exempel inte få ordinerade läkemedel eller få ordinerad träning utförd är kännbar för patienten och kan leda till bestående skada och därmed öka vårdtyngden.

Förbättringsförslag inför kommande kalenderår är att arbeta med avvikelseanalys på arbetsplatsträffar leder till att inkomna avvikelser synliggörs och medarbetarna blir delaktiga i förbättringsarbetet runt avvikelshanteringen.

4.12 Redovisning av arbetet med Covid-19 för att hindra smittspridning

Patientsäkerhetsarbetet har varit inriktat på pandemin. Mycket av arbetet ute på enheterna har varit fokuserat på att minska smittspridningen.

Samtliga medarbetare har utbildats kontinuerligt i basala hygienrutiner och användande av personlig skyddsutrustning.

Revidering sker kontinuerligt av rekommendationer från Smittskyddsenheten och Folkhälsomyndigheten.

Inom förvaltningen har det varit flera sjuka medarbetare samtidigt, vilket har bidragit till en tidvis mycket ansträngd personalsituation.

Tyvärr kom smittan in på våra äldreboenden när besöksförbudet hävdades samt en generellt ökad smittspridning i samhället. Flertalet var asymtomatiska vilket innebär att man har avsaknad av symtom. Smittan kom in i våra boenden trots basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. De boendena var fullvaccinerade, med tre doser, vilket resulterade i en mildare variant av sjukdomen. All personal har screenats inför arbetspassen eller varit hemma vid symtom enligt Smittskyddslagen. Smittspårning har varit en stor el för enhetscheferna att hålla i och ha kontroll på.

Särskilda insatser för att säkra kvaliteten i samband med Covid-19 har gjorts i verksamheten under 2021 inom vård och omsorg:

- Regelbundna avstämningsmöten med ledningsgruppen
- Covid-19 har varit en ständig punkt på ledningsgruppers regelbundna möten
- MAS har haft digitalt ”öppet hus” för samtlig personal under våren. Stort deltagarantal i början men avtog.
- MAS har varit inbjuden till APT-möten för information och dialog om olika dilemman
- All personal har erbjudits egentest vid förkylningssymtom
- Rutiner har uppdaterats kring basala hygienrutiner och smittspårning

Patientsäkerhetsarbetet har till stor del fått baseras på de rekommendationer som kommit från Smittskyddsenheten och Vårdhygien. Uppföljning har löpande skett ute i verksamheterna på följsamheten på gällande rutinerna. Detta har skett via olika mätningar och genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser.

5 Mål och strategier för kommande år

Av de framtagna mål som rekommenderats att påbörjas/fullfölja under 2021 har främst arbete inriktats på ökad följsamhet till basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning med anledning av pandemin.

Inför patientsäkerhetsarbetet 2022 kommer stor del av målen från 2021 att ligga kvar för fortsatt arbete.

Mål: Förbättrad kunskap kring avvikelshantering (upptäcka, upprätta, utreda, åtgärda, analysera och följa upp) och därmed ökad patientsäkerhet.

Strategi:

- att ytterligare minska antalet läkemedelsavvikelser under 2022 (däremot inte rapportering om allvarliga läkemedelshändelser som inträffat) genom analys av inkomna avvikelser.
- att minska antal fallincidenter. Alla brukare ska ha en dokumenterad riskbedömning samt ordentlig vårdplan med åtgärder som skall vara väl kända och jobbas efter av omvårdnadspersonal. Fallincidenter skall utredas enligt ledningssystem för kvalitet
- att öka kunskapen om avvikelshantering, både att skriva och att analysera
- att ha genomgång med systemansvariga i avvikelsemodulen för att förenkla skrivandet av avvikelser men även förenkla analysarbetet
- att utbilda chefer i arbetet runt avvikelser
- bygga vidare på arbetet tillsammans med enhetschefer och omvårdnadspersonal analysera brister i verksamheten för att förebygga vårdskador.

Mål: Förbättra kvaliteten vid vård i livets slut

Strategi:

- att utveckla användandet i palliativa registret
- förbättra resultat munhälsa
- förbättra resultat smärtskattning
- alltid veta om någon avlidit ensam
- utveckla det palliativt team – Vård i livets slut (VILS) team
- utbilda all personal i palliativ vård

Mål: Uppnå en god patientsäkerhet

Strategi:

- genom att öka kunskapen i Senior Alert och låta det arbetet genomsyra alla verksamheter. Arbeta strukturerat och förebyggande med risker gällande trycksår, nutrition, fall och ohälsa i munnen.
- öka antalet registreringar i Senior alert
- genom fortsatt utveckling av patientsäkerhet genom införandet av digitala signeringslistor för alla läkemedel samt ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser
- arbeta strategiskt tillsammans med MAR för att rehabinsatserna blir utförda enligt ordination
- tillse att rehabenheten får rätt information så att rätt hjälpmedel kan förskrivas
- ökat deltagande av MAS/MAR på APT hälso- och sjukvård/rehab

Mål: Att arbeta med samtliga kvalitetsregister vi är kopplade till enligt förvaltningens

målindikatorer

Strategi:

- att öka antal bedömningar och registreringar i kvalitetsregistren
- öka förståelsen för varför vi arbetar efter kvalitetsregister
- att öka antal bedömningar och registreringar i kvalitetsregistren BPSD
- att öka antalet utbildade personal i BPSD

Mål: Att öka antal SIP:ar och kvalitén samt uppföljningen av dessa

Strategi:

- ökad samverkan med regionen i form av att målsättningen att öka andelen patienter som har en SIP som kommit till genom Samsa.
- följa upp genomförda SIP:ar

Mål: Att arbeta på samtliga enheter med teamträff för att öka patientsäkerheten

Strategi:

- för att patienten ska erhålla god och säker vård krävs att berörda professioner samverkar. Detta sker bäst genom möten där patienten diskuteras utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv.
- rutin runt teammöten behöver ses över och kompletteras till en generell för samtliga enheter.

Mål: Öka antalet registreringar i Senior Alert.

Strategi:

- under 2022 är målet att det preventiva arbetet med patientsäkerhet ska förbättras genom att arbeta med riskanalyser på ett strukturerat sätt. Detta planeras att ske med stöd från det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Mål: Patientsäker dokumentation.

Strategi:

- utbildning i journalföring.
- öka kunskap om journalens viktighet
- Journalgranskningar av MAS och därefter ett gemensamt lärande
- MAS delaktig på APT för hälso- och sjukvård/rehab

Mål: Öka, stärka och utveckla extern samverkan

Strategi:

- återuppta samverkan med Apoteket som pausades under hösten 2021
- utökad externa samverkan kring det fortsatta arbetet med Nära Vård