

DIARIENUMMER: SN 62/2021  
FASTSTÄLLD: 2021-05-04  
DOKUMENTANSVAR: Susanne Johnsen  
Verksamhetschef Vård och Omsorg  
Berith Källerklint  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

# Patientsäkerhetsberättelse 2020

*Socialförvaltningen Herrljunga kommun*



HERRLJUNGA KOMMUN

*Våga vilja växa!*

# Innehåll

|         |                                                             |    |
|---------|-------------------------------------------------------------|----|
| 1.      | <b>Sammanfattning</b>                                       | 3  |
| 1.1     | Medicinskt ansvarigs sammanfattning                         | 4  |
| 2.      | <b>Struktur</b>                                             | 5  |
| 2.1     | Övergripande mål och strategier                             | 5  |
| 2.1.1   | Organisation och ansvar                                     | 5  |
| 2.1.2   | Socialnämndens ansvar                                       | 6  |
| 2.1.3   | Förvaltningschefens ansvar                                  | 6  |
| 2.1.4   | Verksamhetschefens ansvar                                   | 6  |
| 2.1.5   | Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar             | 6  |
| 2.1.6   | Enhetschefens ansvar                                        | 6  |
| 2.1.7   | Medarbetarens ansvar                                        | 7  |
| 2.2     | Samverkan för att förebygga vårdskador                      | 7  |
| 2.2.1   | <i>Samverkan mellan kommuner, primärvård och slutenvård</i> | 8  |
| 2.2.2   | Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett               | 8  |
| 2.2.3   | Samverkan Närsjukvårdsteamerna Alingsås lasarett och SÄS    | 8  |
| 2.2.4   | Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare                          | 8  |
| 2.2.5   | Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell Plan (SIP)  | 9  |
| 2.2.6   | Samverkan Läkarmedverkan                                    | 9  |
| 2.2.7   | Intern och extern samverkan för en god och säker vård.      | 9  |
| 2.2.8   | MAS/MAR-nätverk                                             | 10 |
| 2.2.9   | MAR-nätverk                                                 | 10 |
| 2.3     | Patienters och närståendes delaktighet                      | 10 |
| 2.4     | Hälsö- och sjukvårdspersonals rapporterings-<br>skyldighet  | 10 |
| 2.4.1   | Systematiskt kvalitetsarbete                                | 11 |
| 2.5     | Klagomål och synpunkter                                     | 11 |
| 3       | <b>Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b>     | 11 |
| 3.1     | Riskanalys                                                  | 11 |
| 3.2     | Utredning av händelser – vårdskador                         | 12 |
| 3.      | Informationssäkerhet                                        | 13 |
| 3.1     | SITHS-kort inloggning/ID-kort                               | 13 |
| 4.      | <b>Resultat och analys</b>                                  | 13 |
| 4.1     | Nationell punktprevalensmätning basala hygienregler         | 13 |
| 4.1.1   | Senior alert                                                | 14 |
| 4.1.1.1 | Fallprevention                                              | 15 |
| 4.1.1.2 | Trycksår                                                    | 15 |
| 4.1.1.3 | Undernäring                                                 | 15 |
| 4.1.1.4 | Munhälsa                                                    | 15 |
| 4.1.1.5 | Blåsdysfunktion                                             | 15 |
| 4.1.2   | Svenska palliativ registret                                 | 16 |

|       |                                                                      |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1.3 | BPSD-registret                                                       | 17 |
| 4.1.4 | Delegering                                                           | 17 |
| 4.2   | Egenkontroll                                                         | 18 |
| 4.2.1 | Basala hygienrutiner                                                 | 18 |
| 4.2.2 | Skydds- och begränsningsåtgärder                                     | 19 |
| 4.2.3 | Medicintekniska produkter (MTP)                                      | 19 |
| 4.3   | Avvikelse                                                            | 19 |
| 4.3.1 | Avvikelse i Närvårdssamverkan                                        | 22 |
| 4.4   | Egenkontroll                                                         | 22 |
| 4.5   | Händelser och vårdskador                                             | 22 |
| 4.6   | Mål och strategier år 2020                                           | 22 |
| 4.7   | Riskanalys                                                           | 23 |
| 4.8   | Redovisning av arbetet med covid-19 för att förhindra smittspridning | 23 |
| 5     | <b>Mål och strategier för kommande år</b>                            | 24 |

# 1 Sammanfattning

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

Vårdgivaren har yttersta ansvaret för att det bedrivs en god och säker hälso- och sjukvård i kommunens verksamheter. Varje medarbetare skall ges möjlighet att utöva sitt arbete så att god och säker vård ges.

Varje patient skall känna trygghet i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren skall underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med patienter och närstående sker vid inflyttning på särskilt boende eller vid inskrivning i hemsjukvård. Information ges hur synpunkter kan framföras.

Under år 2020 har i stort sett *allt* patientsäkerhetsarbetet varit riktat mot upprättande av nya rutiner med inriktning på basal hygien utifrån den rådande pandemin. 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.

Antalet avvikelser under året har ökat främst inom läkemedel och fall. Detta har varit ett aktivt arbete i ledningsgruppen inom vård- och omsorg för att påvisa vikten av att rapportera in avvikelser. Förvaltningen bör arbeta vidare och analysera inkomna avvikelser för att öka patientsäkerheten. Förvaltningen bör särskilt se om de kan urskilja organisatoriska åtgärder som kan minska antalet avvikelser för flera patienter.

För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister så som Senior alert, Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) och Svenska Palliativregistret.

Mätningar på följsamheten till rutinen kost och måltider har genomförts enligt egenkontrollplan under 2020. Mätningen visar ungefär samma resultat som 2019. Förvaltning rekommenderas att arbeta vidare med sina kostombud, ta fram måltidspärmar där det framgår vilka uppgifter ett kostombud har, vilka livsmedelskontroller som måste genomföras löpande och personalen behöver ha en ökad kunskap runt kost och måltid.

2020 var ett mycket speciellt år för socialförvaltningen, hela kommunen, Sverige och världen. Året har gett oss så många nya kunskaper om patientsäkerhet, hygien, skyddsutrustning, kommunikation med mera. Det finns fortsatt många olika frågeställningar som vi skall arbeta vidare med under 2021 utifrån pandemin.

Aktuella områden som hälso- och sjukvården inom Socialförvaltningen arbetat med under 2020 för att öka kvalitén och patientsäkerheten är bland annat:

- Anpassa arbete och rutiner utifrån pandemin. Riskanalys/riskbedömningar i hälso- och sjukvårdens arbete.
- Startat upp en kvalitetsgrupp inom HSL bestående av verksamhetschef, enhetschef samt MAS.
- Införandet av digitala signeringslistor förutspås säkerställa att delegerade arbetsuppgifter blir utförda och på rätt tid. Detta är ett led i att öka kvalitén i verksamheten.

Utöver ovanstående har mycket av det planerade kvalitetsarbetet fått stå tillbaka.

## **1.1 Medicinskt ansvarigs bedömning och kommentar**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar tillsammans med verksamhetschef enligt 11 kapitel 4 § i hälso- och sjukvårdslagen för att den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunen är patientsäker. MAS har dels genomfört granskningar utifrån enskilda händelser, dels utifrån uppgjord plan. Återföring av granskningarnas resultat har skett till berörda verksamheter som ansvarar för det fortsatta förbättringsarbetet. MAS bedömning är att förbättringsarbetet behöver prioriteras av hela förvaltningen framledes.

MAS anser att digital signering är en förutsättning för att få ökad följsamhet till ordinationer vilket bidrar till en patientsäker hälso- och sjukvård av god kvalitet. Digital signering möjliggör rätt insats i rätt tid av rätt person. Systemet är inhandlat och införandet av programmet bör prioriteras. MAS rekommenderar ytterligare åtgärder för att minska antalet läkemedelsavvikelser med säkra läkemedelsskåp utifrån åtkomst och spårbarhet.

MAS anser att man bör titta på nya möjligheter så som ett samlat avvikelshanteringssystem vilket kommunen idag saknar. Detta skulle kunna medföra att man arbetar mer aktivt med uppkomna avvikelser.

## **2 Struktur**

### **2.1 Övergripande mål och strategier**

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

Enligt 3 kap 1 § i patientsäkerhetslagen skall vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen i hälso- och sjukvårdslag (2017:30) upprätthålls.

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, riskanalyser, internkontroll. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna i handboken på kommunens intranät.

#### **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 under verksamheterna Äldreomsorg (ÄO), Hälso- och sjukvård (HS) samt Funktionshinder (FH). Verksamheterna har en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som även har medicinskt ansvar för rehabilitering (MAR) inom kommunen.

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren 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.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet skall dokumenteras.

### **2.1.2 Socialnämndens ansvar**

Socialnämnden i Herrljunga kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett 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.

### **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.

### **2.1.4 Verksamhetschefs ansvar**

Verksamhetschef ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Vidare ansvarar verksamhetschef för att fördela kvalitetsarbetet i enlighet med kommunens direktiv och gällande lagstiftning. Verksamhetschef rapporterar till socialnämnden.

### **2.1.5 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) skall det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en legitimerad sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS.

MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAS upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

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

MAS skall vidare följa upp avvikelser inom verksamheten samt redovisa avvikelserna för socialnämnden.

### **2.1.6 Enhetschefens ansvar**

Enhetschef ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att socialförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. 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 har att 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.

### **2.1.7 Medarbetarens ansvar**

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal skall bidra till en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet samt rapportera risker för vårdskada eller händelse som kunnat eller har medfört skada. De ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Alla medarbetare skall aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Personal som utför delegerade uppgifter efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls.

## **2.2 Samverkan för att förebygga vårdskada**

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

Vårdskada 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 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.

### **2.2.1 Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård**

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i samverkansdokument och överenskommelser.

Närvårdsamverkan (NVS) Södra Älvsborg omfattas av kommunal vård, omsorg, skola och socialtjänst i Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Ulricehamn och Vårgårda. Regionens närsjukvård är inom 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 Närsjukvårdsteamet Alingsås lasarett och 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 lasarettets upptagningsområde.

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

### **2.2.4 Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare**

Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om Mobil hemsjukvårdsläkare. Målgruppen för mobil hemsjukvårdsläkare är vuxna 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.

### **2.2.5 Utskrivningsplanering och Samordnad Individuell Plan (SIP)**

För inneliggande patienter görs en utskrivningsplanering alternativt en Samordnad Individuell Plan (SIP) tillsammans med berörda parter. SIP är ett verktyg med syfte att tillgodose den enskildes behov av delaktighet, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet inom vård och omsorg. 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 Närvårdsamverkan då rutinerna inte följs.

### **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 finns. Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun 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 2020 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet.

Samverkansmöte med Närhälsan har genomförts varje månad via möte i Teams. Deltagare vårdcentralchef, enhetschef 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.

### **2.2.7 Intern och extern 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, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktperson 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.

### **2.2.8 MAS/MAR-nätverk**

MAS och MAR från åtta kommuner i södra Älvsborg har träffats regelbundet för samverkan. Länsgemensamma rutiner och dokument framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet.

### **2.2.9 MAR-nätverk**

MAR från Västra Götaland träffs regelbundet för samverkan. Gemensamma rutiner och dokument arbetas fram för en patientsäker, jämlik vård och omsorg.

## **2.3 Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 sker samverkan mellan patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan/rehabplan och genomförandeplan så långt som möjligt. 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.

Verksamheten skall skapa 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.

## **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 för patientsäkerhetsarbetet och innebär att utveckla den kommunala vården och omsorgen, därför uppmuntras all personal att registrera avvikelser och händelser.

I arbetet med att öka antalet registrerade avvikelser gäller det att ta bort syndabockstänket. Det finns en stor respekt ute i verksamheterna att inte "ange" varandra. Här måste verksamheterna arbeta för en tankeförändring. Avvikelser skrivs inte på person utan på händelse och skall ge möjlighet till förändring och förbättring.

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.

### **2.4.1 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 hösten 2020 ökat sin kunskap och medvetenhet att arbeta systematiskt för att öka patientsäkerheten. Men fortfarande ses brister i analysarbetet av avvikelser ute på enheterna med personalgrupperna. 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*

Förvaltningen har en rutin för att hantera klagomål och synpunkter från personal, patienter och närstående. 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, 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 2020 har inkommit tre klagomål vilka två av dem borde skrivits som avvikelser. Innehållet i dessa klagomål kommer att återkopplas till berörda chefer på kvalitetsmöte under 2021.

Det är en följd av att det endast finns avvikelssystem kopplat mot patient, se 2.4.1 Systematiskt kvalitetsarbete, andra delen.

## **3 Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

### **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 uppgifter som framkommer genom omvärldsbevakning på uppgifter som kommer från Personal Ekonomi Genomgång (PEKG)
- 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 den 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.

Under Corona pandemin har det fortlöpande gjorts riskanalyser med syfte att förebygga risker och identifiera behov av åtgärder och därefter följa upp gjorda analyser.

En riskanalys har utförts under 2020 är ”stängning av demensdagvården”. De åtgärder som belystes för brukares trygghet är utökad hemtjänst, möjlighet till växelvård vid behov, information till patient och anhöriga om möjlighet till ansökan till SÄBO, information till personalgrupp om eventuella försämringar i patients demenssjukdom samt information till anhöriga om vilka möjligheter som finns till utökad hjälp och stöd.

Uppföljning på riskanalysens åtgärder är ej genomförd.

Om riskanalyser utförts på enheterna finns de inte inlagda i mapp för genomförda riskanalyser och därmed inte sökbara.

Förbättringsförslag är att samtliga riskanalyser läggs in på avsedd plats efter godkännande.

## 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 ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten/anhöriga om 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.

Det finns kritiska punkter som återkommer generellt oavsett inom vilket område händelsen skett. De kritiska punkterna för vårt förbättringsarbete som vi behöver jobba vidare med och säkerställa är brister i information, kommunikation och dokumentation.

En avvikelse har under 2020 varit föremål för utredning som kunde lett till vårdskada. Denna avvikelse ledde till anmälan till IVO enligt Lex Maria. IVO var nöjd med de åtgärder som kommunen vidtagit och hade inget att tillägga.

En anmälan till Patientnämnd och IVO har gjorts av vårdtagare under 2020. Utredning gjord efter fråga från IVO, inskickad till IVO. Svar inväntas fortfarande.

En synpunkt har under 2020 varit föremål för utredning om fel begåtts som lett till vårdskada/död hos brukare. Utredningen ledde inte till Lex Maria-anmälan.

### **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 sex (6) gånger per år av systemförvaltare och enhetschef i dokumentationsprogrammet VIVA för hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal enligt rutin. Under 2020 inrapporterades inga incidenter. Förvaltningen bör öka frekvensen i sina loggranskningar för att säkerställa informationssäkerheten. Detta bör ske en gång per månad. Förvaltningen bör också granska samtlig personal som har tillgång till kommunens journalsystem.

Inga riskanalyser är framtagna för loggransknings tidsintervall eller vilka som innefattas av en granskning.

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, utförande av tandvårdskort samt kvalitetsregister. SIHTS-kort har använts i verksamheten under flera års tid. SIHTS-kort används som ett led i att öka informationssäkerheten.

## **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 uppföljning och utvärdering av avvikelser på arbetsplatsträff, samt framtagande av handlingsplan i ett förbättringsarbete.

En halvårsrapport gällande avvikelser sammanställdes av MAS och SAS och rapporterades till nämnden under hösten 2020.

#### **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 hösten 2020 med mycket 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.

#### 4.1.1 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och 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. 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 kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

| 2020<br>Verksamhet     | Antal<br>patienter | Riskbedömda<br>tryckskada | Riskbedömda<br>fall | Riskbedömda<br>malnutrition | Risk-<br>bedömda<br>munhälsa |
|------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Särskilt<br>boende/LSS | 6 (39)             | 4 (12)                    | 0 (21)              | 3 (19)                      | 3 (16)                       |
| Demens                 | 22 (9)             | 2 (3)                     | 2 (0)               | 11 (4)                      | 10 (7)                       |
| Korttidsenhet          | 0 (8)              | 0 (1)                     | 0 (0)               | 0 (5)                       | 0 (1)                        |
| Hemvård                | 2 (29)             | 1 (9)                     | 5 (5)               | 1 (8)                       | 0 (15)                       |
| Totalt                 | 30 (85)            | 7 (25)                    | 7 (26)              | 14 (36)                     | 13 (39)                      |

*2019 års siffror inom parentes*

I jämförelse mellan år 2019 och 2020 ser man en försämring av ett redan mycket lågt deltagande och resultat kring att arbeta med Senior alert. Förslag till förbättring inför 2021 är att analys genomförs på framtagna siffror för respektive enhet. Detta för att analysera varför antalet riskbedömningar sjunker.

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.

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

#### **4.1.1.1 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.

#### **4.1.1.2 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 uppkomma 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.

#### **4.1.1.3 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.

#### **4.1.1.4 Munhälsa**

En god munhälsa är inte bara viktigt för att kunna tillgodogöra sig näringsrik 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 2020 har omvårdnadspersonalen inte haft möjlighet till uppföljningsutbildning i munvård på grund av pandemin.

#### **4.1.1.5 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.

#### 4.1.2 Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte 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. Patienten, de närstående och vårdpersonal kan gemensamt, utifrån patientens önskemål, komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. Ett gemensamt mål sätts upp. Oavsett sjukdom så är det kvalitetsregistrets mål att alla som dör en av sjukvården väntad död skall känna en trygghet inom följande punkter

Jag:

- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd

| <b>Verksamhet</b>      | <b>Antal registreringar i palliativa registret</b> | <b>Munhälso-bedömning sista levnadsveckan</b> | <b>Ordinerat ångestdämpande vid behov</b> | <b>Närvarande vid dödsögonblicket<br/><i>Förväntat dödsfall</i></b> |
|------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Herrljunga kommun 2019 | 26                                                 | 49,5 %                                        | 100 %                                     | 91,5 %                                                              |
| Herrljunga kommun 2020 | 28                                                 | 53,6 %                                        | 82,1 %                                    | 85,7 %                                                              |
| Målvärde               | -                                                  | 90 %                                          | 98 %                                      | 90 %                                                                |

Vid jämförelse mellan år 2019 och 2020 syns en tydlig nedgång framför allt på mänsklig närvaro hos patienten vid dödsögonblicket, vid förväntad död. Verksamheten har att analysera vad som lett fram till de beslut som tagits då procentsatsen för att patient är ensam i dödsögonblicket har mer än halverats på ett år, vilket är mycket allvarligt. Enhetscheferna för respektive enhet SÄBO bör utifrån det kraftigt försämrade resultatet omgående genomföra en analys med medarbetare och sjuksköterskor. Förvaltningen bör dessutom 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 förutsättningarna 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 slutskedekänns 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.

#### **4.1.3 BPSD-registret**

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. BPSD drabbar någon gång c:a 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Symptom på BPSD 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.

För verksamheter med inriktning för personer med demenssjukdom ska det beskrivas hur verksamheten arbetar med registrering i BPSD-registret, för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

En ökning av registrerade ärenden har skett under året, från föregående års 27 registreringar till 56 registreringar år 2020. Eftersom få är utbildade i arbetssätt med BPSD kommer inte arbetet och registreringar igång som en naturlig del i verksamheten.

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.

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.

#### **4.1.4 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.

## 4.2 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.

Loggningskontroll sker regelbundet och systematiskt i syfte att förebygga, konstatera och beivra ootillåten eller obefogad åtkomst till uppgifter ur det administrativa verksamhetssystemet VIVA. Inga avvikelser/överträdelser i genomförda loggningar har förekommit under året i verksamhetssystemet VIVA.

Senior alert är ett kvalitetsregister där varje person registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Användning av Senior alerts register innebär våldsprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan. Under 2020 har kontinuerliga mätningar genomförts på enheterna på hygien. 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.

Under 2020 genomfördes internkontroll inom skydds- och begränsningsåtgärder genom journalgranskning, se skydds och begränsningsåtgärder 4.2.2

### 4.2.1 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. Under 2020 har medarbetare inom Socialförvaltningen genomgått utbildning i basala hygienrutiner och hantering av personlig skyddsutrustning. Syftet har varit att beskriva vikten av basala hygienrutiner, öka kunskap och förståelse samt öka följsamheten till hygienrutiner.

Utbildningsinsatsen har kontinuerligt följts upp i avstämningar inom varje arbetsområde. Förvaltningsledningen har under 2020 systematiskt arbetat med Coronapandemin med utgångspunkt i riskanalyser för brukare/patienter och riskbedömningar. 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 bör också ha detta som en stående punkt på sina APT.

#### **4.2.2 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 hens 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, grensalar, bodies, sänggrindar och rörelselarm.

Vid påbörjad journalgranskning framkommer att alla åtgärder inte dokumenteras i VIVA. De som dokumenterats har inte alltid ett uppföljningsdatum. Fortsatt granskning av journaler av MAS kommer att ske under 2021. Ett åtgärdsförslag är att ha genomgång/uppföljning på teamträff av ordinerade skyddsåtgärder.

#### **4.2.3 Medicintekniska produkter (MPT)**

MPT används inom socialförvaltningens verksamheter. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna är individuellt utprovade och förskrivs av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Förskrivningen journalförs och registreras. Det finns en tydlig rutin för ansvar, underhåll och kontroll av medicintekniska produkter. Arbetsterapeut och/eller fysioterapeut ansvarar för årlig genomgång av de vanligaste förekommande tekniska hjälpmedel för baspersonal, där de även ger information om rutin kring de hjälpmedel som varit i kontakt med smitta. Dessa genomgångar fick ställas in efter covid-19-utbrott då det inte längre var genomförbart att besöka personalgrupper.

Funktionskontroll av hjälpmedel skall göras före varje användning och utförs av baspersonal som använder det. All baspersonal 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 utbildar och instruerar berörd patient och/eller personal hur hjälpmedlet skall användas.

### **4.3 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. Avvikelse rapportering bidrar till att undvika att negativa händelser upprepas samt att rutiner förbättras för att höja kvaliteten.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All personal inklusive studenter/elever och volontärer har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitét 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 avvikelshantering 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, SAS och MAS har under året genomfört kvalitetsmöte för att analysera bland annat 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. Avvikelsen kan även ligga till grund för Lex Sara eller 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.

Inkomna avvikelser utreds och sammanställs. Under året har diskussion kontinuerligt förts med enhetschefer vid gemensamma sittningar tillsammans med SAS och MAS för att öka kunskap och förståelse för vikten av att analysera inkomna avvikelser.

Antal registrerade fallolyckor/fallavvikelser har under 2020 minskat med 137 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 har det skett en ökning av avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare år. År 2019 valde rehab att inte skriva avvikelser på händelser med utebliven träning trots påtryckning om krav att skriva avvikelser. Så jämförelsen mellan åren kan vara svår att utvärdera om ökning av händelser skett eller om endast antalet skrivna avvikelser ökat.

Under 2020 är det fortfarande avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare år. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera träningsinsatsen samt stor risk för

försämrad/utebliven funktion för patient. Detta bör minska när digitala signeringslistor införs 2021.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2020 ökat med 210 avvikelser jämfört med året innan. Vanligast förekommande orsak är avglömd ej given läkemedelsdos.

| <b>Verksamhet</b> | <b>Antal<br/>Avvikelser<br/>HSL</b> | <b>Antal avvikelser<br/>läkemedel</b> | <b>Antal avvikelser<br/>övrigt HSL</b> | <b>Antal avvikelser<br/>fallolyckor</b> |
|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Hemsjukvård 2019  | 1590                                | 458                                   | 83                                     | 1049                                    |
| Hemsjukvård 2020  | 1610                                | 668                                   | 30                                     | 912                                     |

Försök har gjorts under 2020 att införa digitala signeringslistor. Införandet fick avbrytas på grund av tekniska förutsättningar men också beroende på bristande samplanering med IT-enheten.

Under 2021 fortsätter arbetet med att införa digitala signeringslistor för samtliga HSL-insatser som delegeras till baspersonal vilket kommer att öka patientsäkerheten. Via en app i mobilen signeras åtgärden och appen signalerar om åtgärden ej utförts på angiven tidpunkt av den legitimerade personalen. I appen kan även kommunikation ske avseende behov av påfyllnad av läkemedel osv. Avvikelse rapporter skapas digitalt och kan följas upp och analyseras av arbetsgruppen för ytterligare förbättringsåtgärder. Vid användandet av digitala signeringslistor antas läkemedelsavvikelse att minska.

Förvaring av läkemedel är bristfällig ute på enheterna då det i boendes rum är samma nyckel till samtliga läkemedelsskåp. Där ser man även att spårbarheten vid läkemedelssvinn är omöjlig.

Ett utvecklingsområde kan vara införande av digitala läkemedelsskåp hos boende och brukare.

Även förvaring av läkemedel i hemvårdslokalerna är bristfällig då sjuksköterska lämnar läkemedelsrullar till omvårdnadspersonal för vidare transport ut till brukare. Läkemedel ligger lätt åtkomliga i hemvårdslokal. Även här bör ett digitalt läkemedelsskåp installeras.

En annan mycket allvarlig serie av händelser som skett under årets samtliga månader, förutom augusti och september, är svinn av narkotiska läkemedel. Det finns inga avvikelser skrivna på händelserna då de flesta stölder skett i KAF-förråd (kommunalt akut förråd) och PALL-box (palliativa läkemedelsbox som sköts av Palliativa enheten Alingsås). Detta på grund av att verksamheten saknar ett avvikelssystem där det går att registrera avvikelser på en organisatorisk nivå. Idag går det endast att registrera en avvikelse på en patient.

Utökad räkning av läkemedel har gjorts under perioder men har reducerats då arbetssituationen runt sjuksköterskorna varit pressad.

Stölderna som skett i läkemedelsförråd är polisanmälda. I de fall som stöld skett hos privatperson finns inga avvikelser skrivna eller några upprättade polisanmälningar.

De utredningar som gjorts har inte kunnat ringa in någon misstänkt. Även tiden för svinn har varit svår att fastställa då räkning inte skett i den utsträckning som behövts på grund av personalbrist bland annat. Tagglås har monterats på dörrar till läkemedelsrum men inte varit tillräckligt då flera personer vistats i läkemedelsrum samtidigt på endast en inloggning, vilket gjort att man inte kunnat avläsa vilka som varit inne i rummet.

#### **4.3.1      Avvikelserapportering i Närvårdssamverkan**

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering (SVPL) samt rutin 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 vårdssamverkan 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 2020 har det skrivits 26 avvikelser i samverkan till vårdgrannar. De flesta avvikelser gäller ej aktuella läkemedelslistor samt ej tydlighet vid vårdplanering och SIP (Samordnad Individuell Plan). 10 avvikelse till Herrljunga kommun har mottagits gällande utebliven personal vid SIP, ej nåbara sjuksköterskor, dåligt ifylld vårdbegäran.

#### **4.4            Egenkontroll**

SAS/MAS har ett ansvar att analysera uppgifter från olika register. Utifrån resultat läggs inriktning på kommande års förbättringsarbete och systematiska kvalitetsarbetet.

Se 4.2

#### **4.5            Händelser och vårdskador**

Vid utredning av vårdskada ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten/anhörig om att utredning görs på händelse. Diskussion i personalgrupp sker efter utredning för ett lärande i organisationen.

En utredning har lett till Lex Maria-anmälan till IVO under 2020. Anmälan avslutades av IVO utan åtgärd.

#### **4.6            Mål och strategier år 2020**

Av de framtagna mål som rekommenderats att påbörjas/fullfölja under 2020 har enbart arbete gjorts runt basala hygienrutiner. Detta härleds till pandemin, då allt arbete inriktades mot basala hygienrutiner och användande av skyddsutrustning.

Att stor del av 2020 års mål inte har arbetats med kan även tillskrivas stor personalbrist på alla nivåer. Enhetschefer har riktat in sig på att hålla verksamheten igång främst på grund av hög sjukfrånvaro. Även avsaknad av verksamhetschef ÄO under första halvåret spelar in då t.f verksamhetschef haft mycket stort ansvarsområde och inte kunnat driva förbättrings- och utvecklingsarbete i större skala tillsammans med enhetschefer.

Här ser man risk med att utöka arbetsområde på verksamhetschef då utvecklande arbete runt patientsäkerhetsfrågor inte kan bedrivas fortskridande. Det får konsekvenser under lång tid framåt.

Så inför patientsäkerhetsarbetet 2021 kommer stor del av målen från 2020 att ligga kvar för fortsatt arbete.

## **4.7 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 utbildningar som gjorts.

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.

Allvarlighetsgraden för patienten är mycket stor. För patienten kan det 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 avvikelsehanteringen.

Under 2021 är arbete med systematiska kvalitetsarbetet planerad och det stigande antal avvikelser inom framför allt läkemedel kommer att vara främst på agendan.

Legitimerad personal har observerat risker som man signalerat/skrivit avvikelser till enhetschef och MAS där arbete nu pågår i olika samverkansgrupper till exempel med regionen. Exempelvis

- SIP behöver göras på fler patienter innan ankomst till korttidsenhet
- brister i informationsöverföring/rapport vid utskrivning
- brister i ordinationer, utsättning, maxdoser
- avsaknad av/felaktiga läkemedelslistor

Även bland dessa avvikelser ser man samma typ av händelse varje år.

Ett utvecklingsområde som skulle gynna arbetet med avvikelsehantering är samverkan i grupp mellan berörda parter.

## **4.8 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. En del av patientsäkerhetsarbetet har blivit eftersatt. Det finns ett behov att följa upp konsekvenserna av pandemin under år 2021.

Under påskhelgen i april 2020 drabbades ett hemtjänstområde av stort utbrott av covid-19 på brukare. Det blev startskottet för ett årslångt arbete runt pandemin. Utbrottet i hemtjänstgrupp stoppades upp av engagerad och lyhörd personal, samt ett snabbt insättande av att använda skyddsutrustning främst då visir under hela arbetspassen inom hemtjänst och hemsjukvård. Det

var något som satte Herrljunga på kartan. Det fick stort genomslag i media och flera andra kommuner, Sverige över, hörde av sig och var positiva till att vi startade med visir.

Dagarna innan utbrottet hade förvaltningen påbörjat ett arbete tillsammans med enhetschefer, en krigsövning ”Vad gör vi om vi får ett Covid-utbrott”. Detta för att ha en handlingsberedskap bland enhetschefer om det inträffade ett utbrott.

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

Stort arbete har lagts på att bygga upp en buffert av skyddsutrustning. Dels saknades mycket i kommunen då man inte haft det basala i förråden. Många av skyddsprodukterna var mycket svåra att köpa in då det uppstod brist i hela landet.

AME har tagit ett stort ansvar i arbetet runt skyddsprodukter, inköp, leverans till enheterna, kort sagt alla förekommande arbetsuppgifter runt hantering av skyddsprodukter.

AME har även tagit ansvar för de egentester som kommunen erbjuder samtlig personal för att personal ska kunna få svar på om de har covid-19. Egentesterna har levererats hem till personal med symptom och efter provtagning körts till Närhälsans lab-bil.

Under våren 2020 infördes ett nationellt besöksförbud på samtliga äldreboende i hopp att minimera smitta bland våra äldre och sköra. Det gav god effekt med minskad smittspridning samtidigt som det ställde stora krav på omvårdnadspersonalen att aktivera de boende.

Arbetet med att minska smittspridning pågår fortlöpande genom nya strategier och åtgärder. Revidering sker kontinuerligt av rekommendationer från Smittskyddsenheten och Folkhälsomyndigheten.

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

Identifierade risker för smittspridning har varit bristande följsamhet till aktuella covid-19 rutiner, basala hygienrutiner och handhavandet av skyddsutrustning. Patientsäkerhetsarbetet har därav inriktats på att utbilda medarbetare i Covid-19, basala hygienrutiner, rutiner från smittskydd och praktisk träning i hur man på ett säkert sätt tar på och av sig personlig skyddsutrustning.

Samtliga enheter och förvaltningar har under pandemin haft ett mycket gott samarbete. Utan detta samarbete hade vi haft betydligt svårare att kunna hålla ner smittan, ge stöd till patienter och anhöriga, ge stöd till kollegor.

## **5 Mål och strategier för kommande år**

**Mål:** förbättrad kunskap runt analysarbetet med avvikelser och därmed ökad patientsäkerhet.

**Strategi:**

- att minska antalet läkemedelsavvikelser under 2021 (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 ska vara väl kända och jobbas efter av omvårdnadspersonal. Fallavvikelser ska 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

- införa digitala signeringslistor med högsta prioritet. Program finns inköpt i verksamheten.
- 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
- att öka arbetet med resultat från palliativa registret och därigenom arbeta med förbättringar utifrån resultat.
- att ingen av de som har en förväntad död skall behöva dö ensam. Vid dödsögonblicket skall det alltid finnas mänsklig närvaro (anhörig eller personal).

**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.
- genom fortsatt utveckling av patientsäkerhet genom införandet av APPVA, digitaliserad signeringslista för alla läkemedel samt ordinerade rehab-insatser för att minska antalet avvikelser och uppnå en god och säker vård.

**Mål:** god och säker hygien

**Strategi**

- genom kontinuerlig utbildning inom basala hygienrutiner uppnå 100 % följsamhet.
- ytterligare öka kunskap och förståelse av vikten av att arbeta efter basala hygienrutiner.

**Mål:** att arbeta med samtliga kvalitetsregister vi är kopplade till enligt förvaltningens målbildindikatorer

**Strategi**

- att öka antal bedömningar och registreringar i Senior alert, vilket bland annat antas leda till färre fallolyckor genom utbildning
- att öka antal bedömningar och registreringar i kvalitetsregistren BPSD
- att öka antalet utbildade personal i BPSD