



MARIESTAD

# Patientsäkerhetsberättelse 2016

**Socialnämnden**

Mariestad

**Antaget av  
Socialnämnden**  
Mariestad 2017-02-21  
Upprättad av:  
Carina Gustavsson,  
medicinskt ansvarig  
sjuksköterska  
Lotta Hjöberg,  
Socialchef

## Innehållsförteckning

Bakgrund.....	4
1. Sammanfattning.....	5
2. Övergripande mål och strategier.....	6
3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete.....	7
3.1 Organisatoriskt ansvar inom kommunen.....	7
3.2 Socialnämndens ansvar.....	7
3.3 Verksamhetschefens ansvar.....	7
3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas, mas ansvar.....	8
3.5 Avdelningschefers ansvar.....	8
3.6 Enhetschefers ansvar.....	8
3.7 Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar.....	8
3.8 Stödfunktioner för organisatoriskt ansvar.....	8
4. Struktur för uppföljning/utvärdering.....	10
4.1 Egenkontrollplan för medicinskt ansvarig sjuksköterska.....	10
4.2 Kvalitetsråd.....	10
4.3 Ledning för Hälso- och sjukvårdsfrågor.....	10
4.4 Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.....	11
4.5 Vårdsamverkan Skaraborg.....	11
4.6 Mobil närvård – Närvårdsområde Norra.....	11
5. Uppföljning genom egenkontroll.....	13
6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	15
7. Samverkan för att förebygga vårdskador.....	18
7:1 Teamarbete och Teamträffar.....	18
7:2 Närvården.....	18
7:3 Samordnad vårdplanering, Svpl.....	18
7:4 Individuella planer.....	19
8. Riskanalys.....	20
9. Rapporteringsskyldighet.....	20
10. Klagomål och synpunkter.....	21
11. Sammanställning och analys.....	21
12. Samverkan med patienter och närstående.....	21

13. Resultat .....	22
13.1 Läkarmedverkan .....	22
13.2 Läkemedelshantering .....	22
13:3 Dokumentation .....	23
13:4 Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP .....	23
13.5 Fallregistreringar .....	24
13.5 Avvikelse rapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering .....	24
13.6 Kvalitetsregister.....	25
13:7 Basala hygienrutiner .....	26
13:8 Klagomål och synpunkter .....	27
13:9 IT- stöd patientjournal.....	27
14. Övergripande mål och strategier för 2017.....	28



## Bakgrund

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen, PSL 2010:659, senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

**SOSFS 2011:9 7 kap. 3§ säger att:** Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

## 1. Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten i Mariestads kommun under 2016 varit av god kvalitet. Patientsäkerheten har ytterligare säkrats genom framtagande av nya riktlinjer för läkemedelshantering och dokumentation vilket är områden som särskilt regleras i patientsäkerhetsförordningen, PSF 7 kap. 3§ för kommunal hälso- och sjukvård. Arbetsgrupper i verksamheterna har därefter påbörjat arbeten med översyn och revidering av rutiner kopplade till riktlinjerna. Ett antal rutiner gällande vårdarbete har tagits bort för att istället hänvisa till vårdhandboken. Vårdhandboken underlättar det dagliga vårdarbetet och uppdateras ständigt, den är öppen för alla och det krävs ingen inloggning. Arbetet med översyn av rutiner planeras fortsätta under 2017.

Ett förebyggande arbetssätt med riskbedömningar bidrar till en ökad patientsäkerhet. Under 2016 har verksamheterna arbetat för att öka antalet utförda riskbedömningar särskilt inom hemvården. Målsättningen är att systematiskt inom samtliga verksamheter utveckla metoder och arbetssätt med riskbedömningar under 2017. Senior alert är ett kvalitetsregister som ger ett stöd i det förebyggande arbetssättet, där registreras riskbedömningar och de åtgärder som vidtas. Resultat kan sedan hämtas ur registret.

Under 2016 implementerades riktlinjen om riskanalyser och händelseanalyser något som bidragit till en förbättring av patientsäkerhetsarbetet genom att det numera görs fler analyser och åtgärdsplaner i samband med händelser. Under 2017 planeras en utveckling av arbetet med riskanalyser och händelseanalyser med målsättning att utveckla teamarbetet samt att göra patienter och närståendes än mer delaktiga vid händelser som orsakat eller skulle kunnat orsaka en vårdskada och därmed lett till en anmälan om avvikelse.

Avvikelse har registrerats inom områden där vårdskador främst förekommer och den vanligaste avvikelsen är som tidigare år, att man glömt ge ordinerat läkemedel vid rätt tidpunkt. Under 2016 har ingen avvikelse gällande läkemedelshantering lett till någon allvarlig vårdskada för patient. Ingen inträffad avvikelse inom hälso- och sjukvård i övrigt har under 2016 bedömts så allvarlig att det lett till en Lex Maria.

Övergripande mål och strategier från 2016 är inte genomförda och utvärderade som planerat, arbete och insatser är inledda och fortgår inom samtliga områden som fortfarande är aktuella.

## 2. Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med den hälso- och sjukvård som erbjuds inom stöd och omsorg i Mariestads kommun. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård kan ges. Med stöd av ledningssystemet ska kvalitetsarbetet ledas, planeras och följas upp. Resultaten ska sedan ligga till grund för att förbättra verksamheten.

Under 2016 har verksamheten fortsatt att utveckla ledningssystem. Kvalitetsrådet är en arbetsgrupp som ständigt arbetar med att utveckla, strukturera och följa upp riktlinjer och rutiner i verksamheterna.

Patientsäkerhetsarbetet under 2017 kommer att ha fokus på teamarbete och förebyggande insatser. Vidare kommer det systematiska kvalitetsarbetet även 2017 innefattas av händelseanalyser. Målet är att avvikelser, synpunkter och klagomål ska hanteras mer skyndsamt som en naturlig del av arbetet. Gemensamt analysarbete behövs för att formulera åtgärder, genomföra och följa upp de effekter som åtgärderna ger.

Under 2017 kommer arbetet med att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet enligt Patientlagen, PL (2014:821) att fortsätta så som 2016. Målet är att säkerställa så att de patienter som har behov av vårdplaner har en aktuell, samt att samordnade individuell plan skapas när flera aktörer är delaktiga/ansvariga. Patienterna ska få en säker, trygg och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

## 3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och bygger till vissa delar på biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (2001:453).

Kommunerna i Västra Götaland har ett avtal som reglerar ansvar och samverkan mellan regionen och kommunerna. Syftet med avtalet är att reglera ansvaret så att samarbetet ska fungera väl, patienten ska alltid vara i centrum och garanteras trygghet och kontinuitet vid behov av vårdinsatser. Vardera parten har sitt ansvar gentemot de patientgrupper som berörs, respekt för varandras uppdrag i vården ska vara en självklarhet.

### 3.1 Organisatoriskt ansvar inom kommunen

Inom sektor stöd och omsorg har vi ett systematiskt arbetsätt för planerade möten inom verksamheten, systemet bygger på att information löpande ska ges från ledning ut till medarbetare i den följd som ansvar föreligger. Varje ansvarig chef har ansvar för att patientsäkerhetsarbetet utförs samt att återrapportering sker när det så behövs, detta leder till en ständig återkoppling och löpande utveckling av patientsäkerhetsarbetet. Socialnämnd informeras dels vid planerade tidpunkter under året men också däremellan då verksamhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer att det finns ett behov.

### 3.2 Socialnämndens ansvar

Socialnämnden är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900). Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att det integreras med system för budget- och verksamhetsplanering.

### 3.3 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet. Löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt samt att man har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter utifrån de krav som ställs för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

### 3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas, mas ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, mas har tillsammans med verksamhetschefen till ansvar att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ram för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Ansvara för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, säkra kraven på hög patientsäkerhet genom att framtaga beslut om riktlinjer och rutiner finns och följs upp så att lagar, författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterföljs.

Det finns en dokumenterad ansvarsfördelning utifrån författningsreglering mellan funktionerna verksamhetschef och mas. Ansvarsfördelningen ingår som en del i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

### 3.5 Avdelningschefers ansvar

Avdelningschefer är tre Vård och omsorg, VoO, Individ och familj, IFO och biståndsenhet de har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet i verksamheten för att verksamheten ska hålla en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt vara kostnadseffektiv. De ansvarar också för att enhetschefer har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter.

### 3.6 Enhetschefers ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer som socialnämnd, verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten. De ansvarar också för att rutiner finns eller skapas och används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### 3.7 Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet genomförs i enhetlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt följer verksamhetens ledningssystem och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

### 3.8 Stödfunktioner för organisatoriskt ansvar

*Vårdsamverkan Skaraborg:*

Regeringens nationella satsning på de mest sjuka har fortsatt och kommunen har arbetat utifrån den handlingsplan med ett övergripande mål som Västra Götalands



kommuner och region antagit. Handlingsplan är framtagen för att personer med bristande hälsa ska uppleva trygghet och säkerhet, kontinuitet och samordning, värdighet och välbefinnande oavsett var i vårdkedjan man befinner sig.

Vårdsamverkan Skaraborg har arbetsgrupper som tillsammans med utsedda koordinators följer upp framtagna mål och mått halvårsvis i syfte att vårdövergångar mellan slutenvård, primärvård och kommun ska fungera på bästa sätt för de mest sjuka.

#### *Vårdhygien och smittskydd:*

Vårdhygien Skaraborgs Sjukhus, SkaS Skövde har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till SkaS, primärvård och till den kommunala hälso- och sjukvården.

Vårdhygien kontaktas också när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att vi behöver extra stöd. När det handlar om smittskyddsåtgärder som åligger hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen vänder vi oss till Smittskyddsenheten som har det ansvarsområdet.

#### *Patientnämnden:*

Patientnämnderna har utifrån ett avtal ansvar för att stödja patienter som får hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen inom regionen eller av kommuner i Västra Götaland. Patientnämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter, bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

## 4. Struktur för uppföljning/utvärdering

Patientsäkerhetsarbetet analyseras, följs upp och utvärderas med underlag av framtagen egenkontrollplan för mas samt i kvalitetsråd, ledningsgrupp, samverkansgrupper eller nämnd som varit aktuell i frågan.

### 4.1 Egenkontrollplan för medicinskt ansvarig sjuksköterska

Utgår från områden enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL 24§ och Patientsäkerhetsförordning, PSF 7 kap. 3§. Så som det beskrivs i meddelandebladet Nr 5/2015.

### 4.2 Kvalitetsråd

Kvalitetsrådet består av samtliga avdelningschefer inom sektorn, medicinskt ansvarig sjuksköterska, mas och verksamhetsutvecklare. Gruppen träffas regelbundet under året. Kvalitetsrådets uppdrag är att utveckla, strukturera och följa upp kvalitetsledningssystemet, ansvara för att kvalitetsledningssystemet implementeras i verksamheterna, följa upp, analysera och utvärdera befintliga riktlinjer.

Det finns ett grunddokument antaget av socialnämnden som beskriver systematiskt kvalitetsarbete och som vägleder Kvalitetsrådet i arbetet.

### 4.3 Ledning för Hälso- och sjukvårdsfrågor

Ledningsgruppen följer kontinuerligt upp patientsäkerhetsfrågor på månadsmöten. Gruppen består av avdelningschef, två enhetschefer samt mas som alla har ett gemensamt övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor. Gruppen tar beslut, planerar och leder förbättringsarbeten utifrån framtagna riktlinjer och rutiner. Uppföljningar och utvärderingar följer framtagna planer samt genomförs då behov uppstår.

Ledningsgruppen ansvarar för att verksamheten är informerad om patientsäkerheten utifrån det organisatoriska ansvaret.

## 4.4 Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland

### Hälso- och sjukvårdsavtalet (HoS)

Är ett avtal som reglerar ansvar och samverkan avseende hälso- och sjukvård mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. De patienter som berörs av detta avtal erhåller hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen. Parterna bevakar och omvärlds orienterar gemensamt utvecklingen både regionalt, nationellt och internationellt.

### Överenskommelse om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

Regionen ska enligt HSL avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård. Västra Götaland har under 2016 uppdaterat ”Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland”. Ramavtalet är en grund för vårdcentraler som lokalt ansvarar för att sluta avtal med kommunen, i avtalet ska det framgå hur formerna och omfattningen av läkarmedverkan ska se ut.

## 4.5 Vårdsamverkan Skaraborg

Gemensamt har regionen och kommunerna i Västra Götaland tagit fram en regional handlingsplan med olika aktiviteter för att stödja arbetet. En fastställd handlingsplan för arbetet i Skaraborg finns framtagen. Arbetet i samverkansgruppen ska utgå från samsyn, samverkan och samarbete mellan huvudmännen och professioner samt att vård och omsorg ska ske på rätt nivå där den gör mest nytta för en god och säker vård och omsorg. Strategin är att stärka och systematiskt förbättra samverkan i vård och omsorg för äldre.

Skaraborg är indelat i tre närvårdsområden, Norra, Södra och Västra området. Närvårdens koordinatörer stödjer det lokala arbetet och de viktigaste åtgärderna finns i handlingsplaner där det framgår vem som är ansvarig för att åtgärder blir utförda och att uppföljning sker. Samverkansgruppen ska stimulera, bevaka och följa upp resultat på lokal- och på Skaraborgs nivå träffas fyra gånger om året.

## 4.6 Mobil närvård – Närvårdsområde Norra

Skaraborg har ett långsiktigt samarbete mellan kommunerna det finns en dokumenterad vårdmodell\* och ledningsstruktur.

Mobil närvård är en del som bygger på att kommunen ansvarar för basverksamheten dygnet runt, samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare. Vården ges i hemmet och utgår från patientens behov. Syftet

är att skapa en vård där patient och närstående känner säkerhet, trygghet och nöjdhet. Under 2016 har Mariestad tillsammans med Töreboda kommun i närvårdsområde Norra förberett och påbörjat en uppstart av de mobila verksamheterna. Målet är att vården ska vara personcentrerad.

Personcentrerad vård innebär:

- patienten som medaktör i vård och omsorg
- respekt för patientens individuella behov, preferenser och värderingar
- samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg
- helhetssyn på patienter som människor med både medicinska, sociala, emotionella och andliga behov
- involvering av familj och närstående i vården enligt patientens önskemål

**\*Vårdmodell**



## 5. Uppföljning genom egenkontroll

Strukturen för hur vi systematiskt kontrollera kvalitén av patientsäkerheten i våra verksamheter utgörs av.

- Egenkontrollplan framtagen av mas i Mariestad, Töreboda och Gullspång. Områden i planen utgår ifrån 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL 24 § och 7 kap. 3 § Patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369) PSF
- Handlingsplan vårdssamverkan Skaraborg
- Handlingsplaner närsjukvård Norra

### *Läkarmedverkan*

Lokala möten med vårdcentraler sker två gånger/år då träffas lednings- och verksamhetsansvariga. Målet är att avtal och handlingsplaner utvärderas, uppdateras vid behov och följs upp.

Avvikelse utreds löpande i samband med händelser.

### *Läkemedel*

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs årligen.

Enkätundersökningar används som underlag för att säkerställa att metoder och arbetssätt i samband med läkemedelshandling är säkra. Enkäter visar även antalet genomförda läkemedelsgenomgångar, antal läkemedelsdoser och dosdelningssätt i verksamheterna.

Läkemedelskartläggning framtagen av Norra närvarlden genomförs årligen för att förbättra patienters läkemedelsbehandling ytterligare. Syftet är att kartlägga och vid behov minska användning inom områdena olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos samt antiinflammatoriska läkemedel.

### *Medicintekniska produkter*

Enligt egenkontrollplan genomförs årligen ett verksamhetsbesök av mas för att följa upp om rutin för forskrivningsprocess är känd, om handbok vid forskrivning följs och hur spårbarhet av hjälpmedel fungerar. Uppdatering av antalet forskrivare görs löpande under året.

### *Delegering*

En grundläggande utbildning i ämnet delegering ges till samtliga nyanställda som kommer att motta delegering och utföra delegerade uppgifter.

Riktlinje och områdesindelning för delegering uppdaterats och görs årligen känd i verksamheterna. Mas kontrollerar antal delegeringar per område och legitimerad personal.

### *Dokumentation*

Dokumentationssystemet är Procapita och den legitimerade personalen dokumenterar enligt ICF, internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Målet är att årligen genomföra journalgranskning.

Inloggningar i externa och interna digitala system där personuppgifter förekommer, sker med SITHS-kort. SITHS-kortet är det verktyg som personer, anställda eller uppdragstagare, inom landsting, kommun och privata vårdgivare använder sig av för att uppfylla kraven på stark autentisering. Det innebär att en persons identitet kontrolleras med tvåfaktorsautentisering.

Nationell Patientöversikt, NPÖ innebär att Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hämtar aktuell information om en patient direkt från primärvården eller från sjukhusen. NPÖ ökar patientsäkerheten dels för att information inte behöver faxas mellan olika vårdgivare och dels då kommunerna får tillgång till aktuell information direkt den är dokumenterad. Genom NPÖ ges möjlighet till ett effektivare arbetssätt och en säkrare informationsöverföring

Systemansvarig sjuksköterska tar regelbundet ut loggningsuppgifter på de användare som har behörigheter till de aktuella digitala systemen. Vårdgivaren är skyldig att via loggning kontrollera att endast behöriga tar del av personuppgifter. Loggningsuppgifter tas ut enligt framtagna rutiner och granskas av ansvariga enhetschefer.

### *Basala hygienrutiner och vårdrelaterade infektioner*

Hygienrund och självskattning av de basala hygienrutinerna genomförs årligen på varje enhet samtidigt diskuteras vårdhygieniska frågor med all berörd personal och protokoll förs.

HALT genomförs på särskilda boende, det är en punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning i Sverige via Senior alert.

### *Influensa*

Patienter i verksamheterna som i de flesta fall tillhör riskgrupperna informeras och erbjuds vaccination mot influensa för ett självkostnadspris. Enligt rekommendationer från Smittskyddsinstitutet dokumenteras alla givna vaccinationer i ett nationellt journalsystem, Svevac. Att erbjuda vårdpersonal vaccination stärker också patientsäkerheten.

## 6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

### *Läkarmedverkan*

Regelbundna möten för informationsutbyte om verksamhetsförändringar, uppföljningar av överenskommelser och utvecklingsfrågor har skett med båda vårdcentralerna. Här deltar verksamhetschef för vårdcentraler, vård- och omsorgschef, enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten samt mas från kommunen. Lokala överenskommelser med kommunens vårdcentraler har under året förnyats så de gäller fram till 2018-12-31. Mall för handlingsplaner finns framtagna i vårdsamverkan Skaraborg och har uppdaterats för att följa gällande mål och mått 2016-2018. Mariestads kommun har inga undertecknade handlingsplaner för 2016, planering för framtagande och undertecknande av handlingsplaner 2017 finns.

Under 2016 har Närhälsans vårdcentraler i Mariestad och Töreboda startat ett samarbete med mobil hemsjukvårdsläkare för de patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård.

Arbetsätt med mobil hemsjukvårdsläkare ställer krav på flexibilitet, mobilitet och samverkan med kommunal hälso- och sjukvård samt andra enheter och är viktigt för personen som kan behöva vård på olika nivåer under vårdtiden. Teamet där mobil hemsjukvårdsläkare ingår ska samverka för att patienter ska få vård på den nivå de befinner sig och där vården bäst förmedlas. Tillsammans med patient och närstående utför mobil hemsjukvårdsläkare och patientansvarig sjuksköterska årskontroller, läkemedelsgenomgångar, skapar medicinska vårdplaner och genomför brytpunktssamtal med fokus på symtomlindring i en strävan att öka tryggheten för patienten och för personalen som vårdar individen i sitt hem.

För att implementera och utveckla arbetsätt har regelbundna möten varit nödvändiga och genomförts både lokalt i Mariestad och i samverkan med Töreboda och även Gullspång till viss del.

### *Läkemedel*

Riktlinje för läkemedelshantering har uppdaterats och antagits av socialnämnd. En utsedd arbetsgrupp har utifrån framtagna riktlinje tagit fram gemensamma rutiner för samtliga verksamheter och samlat i ett dokument. Lokala rutiner har tidigare skapats på varje enhet men blir nu gemensam i syfte ökar säkerheten.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering är genomförd med gruppsamtal och tillsyn på några utvalda enheter. Uppföljning hos enheter med brister är utförda och brister åtgärdade.

Enligt ramavtal ”Om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland” ska en fördjupad läkemedelsgenomgång snarast efter registrering i kommunal hälso- och sjukvård utföras och därefter minst en gång per år. Enkätundersökning genomförs årligen i januari och visar att antalet läkemedelsgenomgångar inte genomförts i den omfattningen.

I lokal handlingsplan mellan kommun och primärvård visar resultat att måltal för personer 75 år och äldre som fått en fördjupad läkemedelsgenomgång är uppfyllt.

### *Palliativ vård*

Samtlig personal inom stöd och omsorg som i sitt yrke möter personer i livets slutskede kommer under tiden 2016 - 2018 att genomföra en webbutbildning i allmän palliativ vård. Under 2016 har samtliga enheter och minst en tredjedel av personal påbörjat utbildningen.

### *Delegering*

Antalet delegeringar har under 2016 varit i samma omfattning som 2015 då vi såg en ökning som vi kopplade till en stor omsättning av omsorgspersonal inom hemvård. Vid kvalitetskontroll enligt egenkontrollplan 2016 framkom det brister, främst i samband med förnyelse av delegering. Enhetschefer uppmanades till åtgärder och förbättringsarbete inleddes under december 2016.

Fem personer har under 2016 fått delegeringar återkallade, på grund av brister som kunnat orsaka vårdskada.

### *Dokumentation*

Journalgranskning har genomförts i 10 % av de upprättade patientjournalerna, granskning utfördes av mas och distriktssköterska anställd som utvecklare.

Dokumentationsgrupp sammansatt av legitimerad personal, systemansvarig sjuksköterska och enhetschef träffas regelbundet för att utveckla och följa upp dokumentationen. Under 2016 påbörjades processen för framtagande av rutin för dokumentation.

### *Läkemedelsnära produkter – Inkontinens*

Urininkontinens är ett av våra största folkhälsoproblem. Urininkontinens utgör för många ett socialt handikapp vilket ger påverkan på det dagliga livet på grund av rädsla för att läcka urin. Patienter som har urininkontinens ska få sina problem utredda och därefter anpassade inkontinensskydd. Vid journalgranskningen 2016 framkommer det att patienter sällan får sina problem utredda och att produkter som förskrivs inte har planerats utifrån en individuell utprovning.



### *Munhälsa*

Mariestads kommun genomför projektet ”Tandhygienist i kommun” i samarbete med Folktandvården och Hälso- och sjukvårdsutskottet i Västra Götalandsregionen. Munhälsoprojektet avslutades i september 2016.

Tandhygienist har i projektet informerat och utbildat:

- Ordinarie personal inom stöd och omsorg
- Pensionärsorganisationer och gode män
- Nyanställd och vikarierande personal inom stöd och omsorg
- Gymnasie- och vuxenutbildning inom vård och omsorg

Personer med ett bestående behov av omfattande vård och omsorg får ett ”Intyg om nödvändig tandvård”. Detta innebär ett erbjudande om en årlig kostnadsfri munhälsobedömning utförd av en tandhygienist i bostaden, samt att tandvård betalas med samma patientavgifter som i hälso- och sjukvården där patienterna får samma högstkostnadsskydd och frikort utförs. Vid munhälsobedömningen ska alltid ansvarig omsorgspersonal/vårdare finnas med, ett munvårdskort lämnas sedan för att åtgärder ska utföras på rätt sätt utifrån den enskildes behov.

### *Kvalitetsregister*

Arbetsgrupper finns för samtliga kvalitetsregister i syfte att öka patientsäkerheten och stärka det förebyggande arbetet. Under 2016 har arbete med rutiner fortsatt.

Kvalitetsregistren är:

- Senior alert
- Svenska palliativ registret
- BPSD

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar symtom som kan orsaka ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och personal. Kvalitetsregister BPSD gör att varje enhet kan följa sin verksamhet, leda till ett lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod utan varje symtom måste identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel.

Under 2016 har riktlinjer och rutiner för hur verksamheterna ska arbeta i syfte att ge lika förutsättning för patienter med BPSD implementerats.

### *Basala hygienrutiner*

Basala hygienrutinen har följts upp genom en självskattning.

Hygienronder genomfördes hösten 2016, planeringen är att enhetscheferna kallar ihop till möte med berörd personal från enheten. Ett framtaget protokoll från vårdhygien används som diskussionsunderlag och fylls i. Protokollet följer (SOSFS 2015:10) Basal hygien i vård och omsorg. Protokollet ska sedan ligga till grund för att förbättra i verksamheten utifrån framkomna brister. Enhetschef behåller protokoll som underlag för uppföljning samt sänder en kopia till mas som tillsammans med VoO- chef gör en sammanställning och analys av det samlade läget i verksamheterna.

## **7. Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **7:1 Teamarbete och Teamträffar**

Teamet består av arbetsterapeut, biståndsbedömare, enhetschef, fysioterapeut, sjuksköterska och kontaktpersonal/omsorgspersonalen.

Det dagliga arbetet ska präglas av ett professionellt arbete som främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Teamet är en förutsättning för att på ett säkert sätt tillgodose det kravet. Teamträffar genomförs regelbundet i samtliga verksamheter för att stärka och säkra teamarbetet.

På tematräffar analyseras genomförda riskbedömningar och händelser som till exempel fall, åtgärdsplaner skapas och samordning av insatserna beslutas för att sedan följas upp och utvärderas.

### **7:2 Närvården**

Lokala avtal med vårdcentraler, mobil hemsjukvårdsläkare och handlingsplaner med målområden gemensamma lokalt och i Skaraborg stärker samverkan i den nära vården. Samtliga dokument och arbetssätt utvärderas vid gemensamma möten och det finns rutiner för löpande kontakter när behov uppstår.

### **7:3 Samordnad vårdplanering, Svpl**

Det finns gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter samt överföring av information inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Rutinen ska vara känd och samverkan ska alltid utgå från personens behov.

Inom vård och omsorg finns ett utsett team som planerar och genomför samordnad vård- och omsorgsplaneringar på sjukhus, bedömningar och insatser blir därmed utförda av samma team som har en samsyn.

## 7:4 Individuella planer

### **Medicinsk vårdplan, MVP**

MVP är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan med syfte att ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Vårdplanen ska vara ett stöd för omvårdpersonal och sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården.

### **Samordnad individuell plan, SIP**

SIP är ett samverkansverktyg för att säkerställa att den enskilde patienten får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. Sedan 1 januari 2010 finns i lagstiftningen, socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), bestämmelser om att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns en länsgemensam riktlinje för SIP med tillhörande mall för SIP.

## 8. Riskanalys

Under 2016 har arbetet med att implementera riktlinje för riskanalys och händelseanalys riktlinjen beskriver metod för riskanalys och händelseanalys samt tillhandahålla ett verktyg i det praktiska arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten. Målet är att genom systematiskt analysarbete åstadkomma en lärande organisation, verksamhet av god kvalitet, en god och säker vård.

Verksamheterna genomför ständigt riskanalyser i patientarbetet genom att:

- utföra riskbedömningar för att förebygga fall, trycksår, undernäring och munhälsa
- använda bedömningsinstrument
- ta fram handlingsplaner och rutiner för olika arbetsområden
- vid större förändringar inom verksamheterna görs det konsekvensbeskrivningar där riskanalys och handlingsplan blir en följd

Verksamheterna genomför också händelseanalyser genom att:

- analysera tillbud och avvikelser samt åtgärda brister så inte samma misstag upprepas

## 9. Rapporteringsskyldighet

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet, en del i detta är att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. En rutin finns för att arbeta systematiskt med rapporteringen av avvikelser.

All hälso- och sjukvårdspersonal känner till och ska rapportera avvikelser enligt rutin. Enhetschefer har till ansvar att löpande utreda och åtgärda avvikelser på sin enhet.

Allvarligare händelser rapporteras skyndsamt till mas, som utreder och gör en Lex Maria anmälan då det är aktuellt. Socialnämnden informeras vid en Lex Maria anmälan

Avvikelser sammanställs av mas halvårsvis och redovisas till ledning och verksamhet. Socialnämnden redovisas 1g/år i samband med att Patientsäkerhetsberättelsen redovisas.

## 10. Klagomål och synpunkter

Verksamhetsansvariga utreder inkomna klagomål och synpunkter, mas utreder vidare då händelser eller risk med konsekvenser bedöms varar betydande eller katastrofala. Inkomna klagomål och synpunkter sammanställs och redovisas årligen. Berörda verksamheter informeras om samtliga händelser i syfte att ta lärdom. Inkomna klagomål och synpunkter kan komma från patient och/eller närstående, patientnämnd eller personal inom verksamheterna.

## 11. Sammanställning och analys

Mas sammanställer avvikelser halvårsvis och redovisar till verksamhetschef, avdelningschefer, enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, den årliga sammanställningen redovisas även till Socialnämnd.

Enhetschefer ansvarar löpande för att analysera, åtgärda, utvärdera, följa upp avvikelseanmälningar på sina enheter/områden samt återföra till verksamheten i syfte att undvika upprepning. Erfarenheter ska alltid återföras för att minska antalet avvikelser och utveckla verksamheterna.

Klagomål och synpunkter från enskilda genom patientnämnd eller IVO, Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs, analyseras och återkopplas av mas.

Resultat från kvalitetsregistren sammanställs och analyseras regelbundet.

## 12. Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård samt så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. PSL (2010:659).

Patient och/eller närstående ska alltid bli informerad vid utredning av vårdskada och ombeds också att lämna en egen redogörelse muntligt eller skriftligt om händelsen när det finns skäl för det.

Patient och/eller närstående som vänder sig till någon i kommunen ska bli informerad om vart man vänder sig för att framföra klagomål och synpunkter, i första hand till närmaste chef. Patientnämnden finns också som ett stöd.

## 13. Resultat

### 13.1 Läkarmedverkan

Enligt ramavtal om läkarinsatser inom kommunens hälso- och sjukvård i Västra Götaland, lokalt avtal och framtagna handlingsplan ska det finnas tillräckligt med tid för kontakt med läkare för patienter, närstående och ansvariga sjuksköterskor i kommunen. Sedan starten av mobil hemsjukvårdsläkare, Närhälsans vårdcentral har det varit frustration och klagomål om arbetssituationer och tidsbrist i samband med planerade tider.

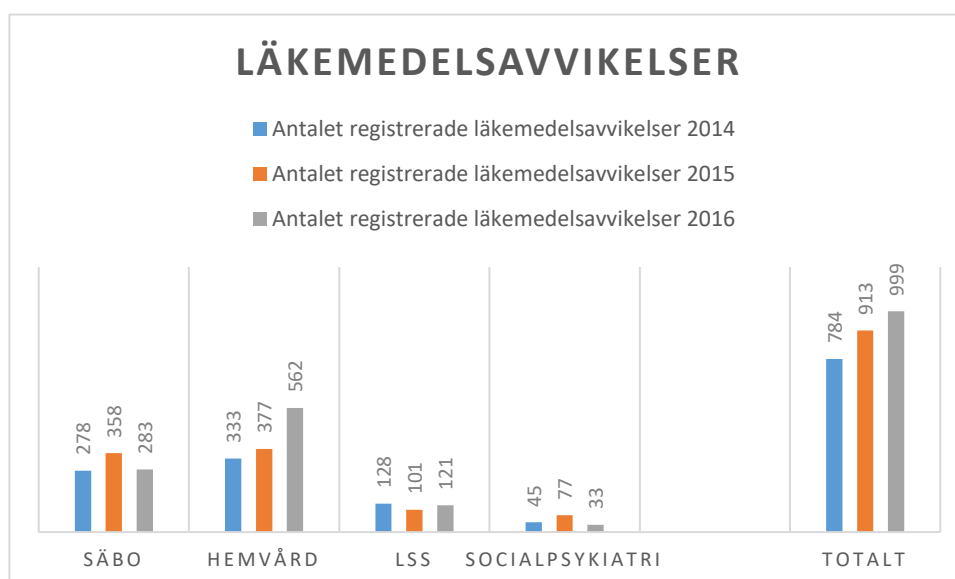
Under hösten 2016 har kommunens hälso- och sjukvårdsledning kallat till möte med berörda chefer och läkare från Närhälsans Vårdcentral. Möten har också skett i samarbete med representanter från Töreboda kommun som också om än i något mindre omfattning påtalat tidsbrister. Upplevelsen är att ledningen för Närhälsan inte fullt ut förstår de problem som kommunerna framför.

Samtal kommer att föras vidare under 2017 då även med stöd från vårdsamverkan för att finna lösningar.

### 13.2 Läkemedelshantering

#### *Läkemedelsavvikelser*

Under 2016 registrerades 999 läkemedelsavvikelser, ingen avvikelse har lett till någon allvarlig patientskada. Antalet avvikelser inom särskilt boende har minskat med 21 % medans det i hemvården ökat med 33 %.



### **Kvalitetskontroll av läkemedelshantering på dagverksamheter**

Vid tillsynsbesök uppmärksammas det att delegerad personal som överlämnar läkemedel till gäster på dagverksamheterna i de flesta fall saknar en ordinationshandling att utgå ifrån. Vid nytt tillsynsbesök två månader senare har det skett en tydlig förbättring, samtliga har då ordinationshandlingar.

### **Dostilldelningssätt**

Patientansvariga sjuksköterskor som deltagit i enkäten har ett övertaget läkemedelsansvar för 654 patienter. Antal dosetter som delas av svarande sjuksköterskor varje vecka är 204 och antalet Apodoskunder är 428. Närhälsans vårdcentral har sedan 2015 ökat antalet Apodos och båda vårdcentralerna har minskat antalet dosetter. Vilket bidrar till ökad patientsäkerhet.

### ***Säsongsvaccinationer***

Under rekommenderad tid för vaccination av säsongsinfluensa, (säsongen 2016-17) har 513 patienter valt att vaccinera sig det är något fler än tidigare säsonger.

Vårdpersonal som arbetar nära känsliga personer bör enligt smittskyddet erbjudas vaccination mot influensa. Stöd och omsorg erbjud 2016 erbjud berörda i verksamheterna vaccinationen kostnads fritt och 81 personal har vaccinerats efter det erbjudandet.

## **13:3 Dokumentation**

Resultat vid journalgranskningen:

- Samtliga patientjournaler hade ett språk som var tydligt utformat och skrivna på ett sätt så att patientens integritet respekterades.
- Ansvar och hantering av läkemedel var bra beskrivet

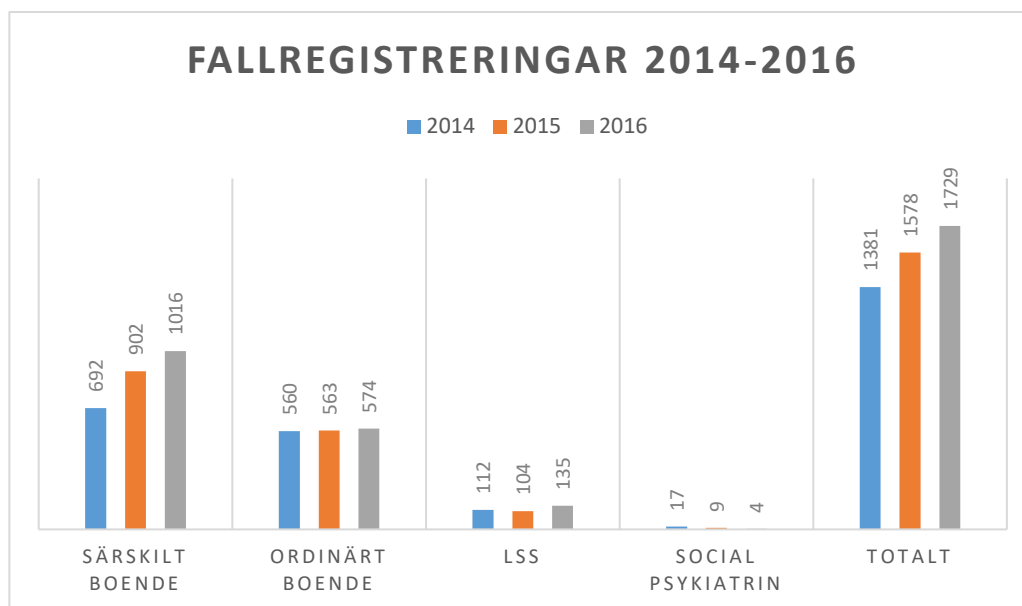
Det fanns ett par förbättringsområden som enhetschefer tillsammans med dokumentationsgruppen analyserar och åtgärdar under 2017.

## **13:4 Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP**

Under 2013 har tre händelser anmälts till IVO, läkemedelsverket och tillverkare pga. av materiella och tekniska brister i samband med användande. Ingen händelse har orsakat någon personskada. Bristerna är åtgärdade och ärende är avslutade.

## 13.5 Fallregistreringar

Antalet registrerade fall har stadigt ökat de senaste åren. Att riskbedöma och sätta in åtgärder när det visar på risk för fall är ett område där det fortfarande finns stort utvecklingsbehov.



Av det totala antalet registrerade fall har det registrerats att 13 personer ådragit sig en höftfraktur, 20 personer någon annan fraktur, 15 skallskador, ca. 300 har fått en mjukdelsskada, ca. 50 är inte bedömda och övriga har inte fått någon känd skada till följd av fallet.

## 13.5 Avvikelse rapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering

I samband med samordnad vård och omsorgsplanering, (svpl) överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan t.ex. i samband med utskrivning från sjukhus.

Under 2016 har antalet avvikelser från vår kommun till regionens verksamheter minskat med **45%** i jämförelse med tidigare år. Avvikelse handlar som tidigare främst om brister i följsamhet av rutiner i samband med informationsöverföring och läkemedelsinsatser. Under 2016 har 13 st. avvikelser anmälts till Närhälsans vårdcentral på grund av brister i läkarmedverkan.

- Kommun har under 2016 mottagit 9 avvikelser från slutenvård och primärvård samtliga är utredda, åtgärdade, återkopplade och avslutade.



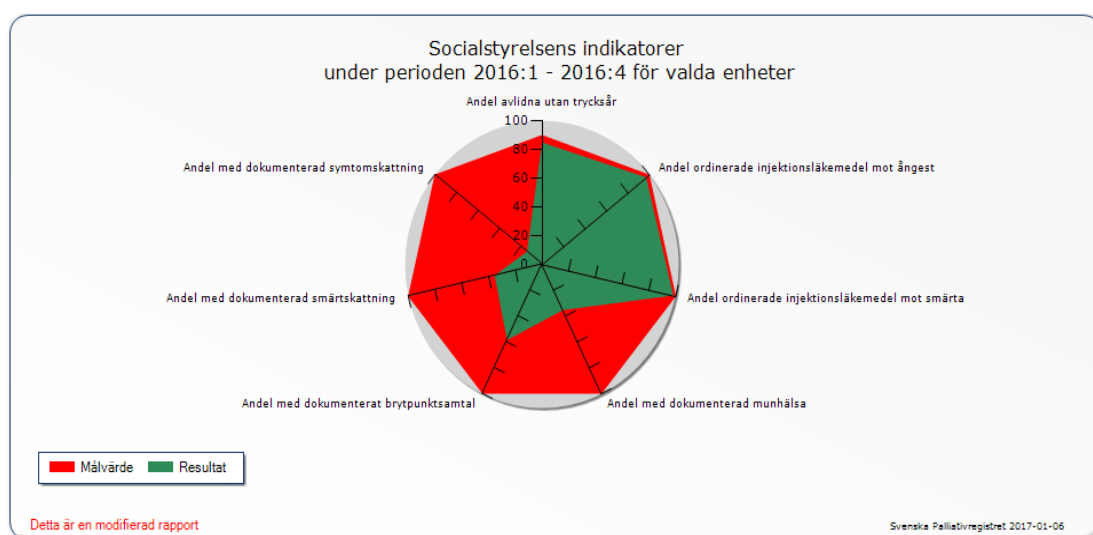
## 13.6 Kvalitetsregister

### *BPSD*

Under 2016 har 100 registreringar gjort i vår kommun

### *Palliativa*

Svenska palliativregistret är ett verktyg för att förbättra vården i livets slutskede. Utifrån olika parametrar registreras vad som skett under sista tiden i patientens liv. På så sätt kan man följa upp och förbättra vården. Samtidigt säkerställs att alla får samma möjligheter i livets slut. Rapporterna i det palliativa registret visar att resultatet 2016 inte skiljer sig i någon större omfattning sedan 2015 men den förändring som skett ger ett något större grönt fält som är positivt. Verksamheterna har i något högre omfattning utfört smärt- och symtomskattning under 2016 i jämförelse med 2015.



Förbättringsbehov kvarstår när det gäller dokumentation av brytpunktsamtal, smärt- och symtomskattning samt munhälsa. Ju mer grönt desto bättre.

### *Senior alert*

Antalet registreringar i Senior alert 2016 visar att det totalt genomförts 612 riskbedömningarna för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Det är något färre än antalet 2015.

Av de patienter som registrerade riskbedömningar i Senior Alert syns antalet med risker och planerade åtgärder nedan.

<b>Riskbedömningar</b>	<b>Med Risk</b>	<b>Med planerad åtgärd</b>
<b>Fall</b>	509	317
<b>Trycksår</b>	215	147
<b>Undernäring</b>	385	227
<b>ROAG - Munhälsa</b>	277	138

### *Munhälsobedömningar*

Det är 631 personer som har intyg om nödvändig tandvård och av dessa har 437 tackat ja till en munhälsobedömning och 326 har fått den utförd under 2016. Resultatet är en liten ökning i jämförelse med 2015.

Kvalitetsgranskning av var munvårdkort på särskilda boende och i ordinärt boende har genomförts av tandhygienist. På särskilt boende var det en uppföljning som visade att det skett en ökad kunskap och användande av informationen på kortet.

### *Nattfasta på särskilt boende*

Resultatet vid mätning av nattfastan på särskilda boende visar en 50% ökning av antalet personer som har en nattfasta på mindre än 11 timmar och att antalet som hade en nattfasta på mer än 15 timmar minskat med 25% i jämförelse med 2015.

### *HALT*

Resultatet vid Mariestads särskilda boende följde rikets värde på antalet personer med risk för infektion och antal infektioner vid mättillfället. Andelen personer med antibiotikabehandling var något lägre än riket.

## **13:7 Basala hygienrutiner**

Under 2016 har verksamheterna genomfört hygienronder på samtliga särskilda boende, av fyra enhetschefer inom LSS och av tre enhetschefer och nattpatrull med

hemvårdsområden. Resultatet visar på att det är en större följsamhet av medarbetare på boenden än inom vård och omsorg som bedrivs i ordinärt boende.

Brister i följsamhet förekommer främst när det handlar om arbetskläder.

### **13:8 Klagomål och synpunkter**

Under 2016 har 5 händelser registrerats och utretts av ansvariga för berörda verksamheter..

### **13:9 IT- stöd patientjournal**

Under 2016 har endast 2 avvikelser registrerats (6 avvikelser 2015 och 21 st. 2014). Patientsäkerheten har på så sätt ökat i samtliga verksamheter.

## 14. Övergripande mål och strategier för 2017

### Mål

Stärka en personcentrerad vård där samverkan med patient, närstående och berörda vårdgivare kännetecknas av individens behov, inflytande och självbestämmande.

### Strategier

- Utveckla metoder och arbetssätt för att på ett ändamålsenligt sätt samordna och dokumentera olika insatser i planer. Planer ska spegla självbestämmande och delaktighet.

### Mål

Öka kvalitén genom att utifrån individens perspektiv ge effektiv och säker vård.

### Strategier

- Systematiskt utveckla metoder och arbetssätt med riskbedömningar som ingår i de nationella kvalitetsregister som används i verksamheterna.
- Utvärdera vidtagna åtgärder för att minska antalet fall
- Säkerställa med dokumentation att patienter med urininkontinens erbjuds en basal utredning och att patientansvarig sjuksköterska förskriver ett inkontinensskydd anpassat till blästömningsmönster.

### Mål

Skapa ökad patientsäkerhet och trygghet för personal genom säker dokumentation och informationsöverföring. En väl förda patientjournal ger trygghet för personal och har stor betydelse för patientsäkerheten.

### Strategier

- Starta och implementera "Att göra listan" för samtliga
- Färdigställa rutin för dokumentation i patientjournal
- Journalgranska 5-10% av pågående patientjournaler