



**MARIESTAD**

# **Patientsäkerhetsberättelse 2020**

**Socialnämnden**

Mariestad

**Antagen av  
Socialnämnden**  
Mariestad 2021-05-25

Upprättad av:  
Pia Stenlund  
Medicinskt ansvarig  
sjuksköterska

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	4
Övergripande mål och strategier.....	5
Samverkan för patientsäkerhet .....	5
Organisation och ansvar.....	6
Organisatoriskt ansvar inom kommunen .....	6
Ansvarsfördelningen inom sektor stöd och omsorg .....	7
Socialnämnden .....	7
Verksamhetschef .....	7
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.....	7
Avdelningschef.....	7
Enhetschef .....	8
Hälso- och sjukvårdspersonal .....	8
Stödfunktioner för organisatoriskt ansvar.....	8
Vårdsamverkan Skaraborg .....	8
Vårdhygien och Smittskydd.....	8
Patientnämnden.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
Teamarbete .....	9
Närvården .....	9
Samverkan vid in-och utskrivning från slutna hälso-och sjukvård.....	10
Patienter och närståendes delaktighet.....	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	10
Klagomål och synpunkter .....	11
Egenkontroll .....	11
Ledning för Hälso- och sjukvårdsfrågor.....	11
Uppföljning genom egenkontroll .....	12
Läkemedel .....	12
Dokumentation.....	12
Basala hygienrutiner och klädregler .....	12
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	13
Riskbedömningar .....	13
Trygg och säker hemgång .....	13
Dokumentation.....	14
Digital signering .....	14

Palliativ vård .....	14
Delegering av läkemedelshantering .....	14
Blåsdysfunktion.....	14
Munhälsa .....	15
Säsongsvaccinationer .....	15
Medicinsk vårdplan .....	15
Samordnad individuell plan, SIP .....	16
<b>Risکانالys .....</b>	<b>16</b>
<b>Utredning av händelser-vårdskador.....</b>	<b>16</b>
<b>Informationssäkerhet .....</b>	<b>17</b>
<b>Resultat och analys .....</b>	<b>18</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>18</b>
Medicinsk vårdplan .....	18
Läkemedelsavvikelser.....	19
Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP .....	20
Fallregistreringar .....	20
Avvikelse­rapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering .....	21
Kvalitetsregister .....	22
BPSD registret .....	22
Palliativa registret.....	22
Senior alert.....	23
Basala hygienrutiner .....	24
Intyg om nödvändig tandvård och munhälsobedömningar .....	24
<b>Övergripande mål och strategier för hälso- och sjukvårdsorganisationen 2021.....</b>	<b>25</b>

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. (SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §)



## Sammanfattning

Under 2020 så har patientsäkerhetsarbetet till stor del varit inriktat på att hantera den pågående pandemin. Målet har varit att bibehålla en hög patientsäkerhet i verksamheten samt försöka förhindra att patienter och vårdpersonal insjuknar i Covid-19.

I slutet av februari när vi förstod att vi närmade oss ett globalt virusutbrott så startade arbetet med att se över skyddsutrustning och desinfektionsmedel, stora volymer av detta köptes in och säkrades upp.

Extra utbildningsinsatser i basala hygienrutiner och klädregler startades. Rutiner från Vårdhygien och Smittskydd i Västra Götalandsregionen kom fortlöpande och reviderades många gånger under våren. Enhetscheferna i verksamheten arbetade intensivt med att försöka få vårdpersonalen att känna sig trygga i sitt dagliga arbete, i en situation som ingen var van vid.

Regelbundna samverkansmöten startades upp tillsammans med Vårdhygien och Smittskydd på Skaraborgs sjukhus och även med vårdcentralerna i Mariestad.

Den 11 mars 2020 deklarerade WHO att vi befann oss i en global pandemi orsakad av viruset SARS-CoV-2. Då hade även smittspridningen börjat ta fart i Sverige och i Västra Götaland.

Folkhälsomyndigheten satte fokus på att skydda de äldre i samhället och 1 april beslutade regeringen om besöksförbud på särskilda boenden.

I mitten av april startade vård och omsorg upp det så kallade Covid-teamet i hemvården. En mindre personalgrupp tillsattes för att enbart arbeta med misstänkta och bekräftade fall av Covid-19. Främst för att begränsa vårdkontaktarna, men också för att göra personalen tryggare i arbetssättet. En avdelning på Kolarebackens korttid förbereddes för att kunna fungera som Covid-avdelning om det skulle bli många patienter med Covid-19 som inte kunde vårdas i sitt ordinära boende.

I början av juni fick vård och omsorg sitt första patientfall med Covid-19 på ett särskilt boende. Tack vare god följsamhet i basala hygienrutiner och rätt användande av skyddsutrustning kunde man begränsa smittan så att ingen smittspridning skedde.

Under hösten och vintern förekom små utbrott av smitta på både särskilda boenden och inom hemvården. Med intensiv smittspårning, bra hygienrutiner och begränsning av antal personal runt den sjuke så kunde smittan avgränsas och det resulterade aldrig i någon stor smittspridning.

Framgångsfaktorerna ligger troligen i att Mariestads kommun till att börja med hade en låg samhällssmitta och en senare spridning i närområdet. Man hann förbereda sig både kunskapsmässigt och med rätt skyddsutrustning.

Vård och omsorg var också tidiga med att införa besöksförbud på särskilt boende. Följsamheten till basala hygienrutiner är god och det finns ett närvarande ledarskap.

Under pandemin så har det ordinarie kvalitetsledningsarbetet fortsatt som vanligt. Egenkontroller, kvalitetskontroller, riskbedömningar och avvikelsetredningar har genomförts enligt rutin. Samverkan med andra vårdgivare har varit mer intensivt än någonsin tidigare och det har förstärkt samarbetet avsevärt.

## Övergripande mål och strategier

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

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.

Gemensamt för samtliga verksamheter är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för detta kvalitetsledningssystem. Ett systematiskt teamarbete ska ligga till grund för att identifiera, riskhantera och åtgärda händelser som uppkommit. När medarbetare använder framtagna rutiner och när rutiner systematiskt ses över och revideras sker ett ständigt förbättringsarbete som leder till att både patienter, närstående och medarbetare känner sig trygga.

## Samverkan för patientsäkerhet

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är samverkan med andra vårdgivare. Samverkan regleras dels regionalt genom överenskomna samverkansdokument mellan Västkom och Västra Götalandsregionen och lokalt i Vårdsamverkan Skaraborg. Viktigt för patientsäkerhetsarbetet är att vårdkedjan för varje patient fungerar utan avbrott. Regionen och kommunerna i Västra Götaland har tagit fram regionala handlingsplaner med olika aktiviteter för att stödja arbetet. Det finns även lokalt fastställda handlingsplaner för arbetet i Skaraborg. All samverkan 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.

Hälso- och sjukvårdsavtalet 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. Avtalets syfte är att reglera ansvaret så att samarbetet ska fungera väl, patienten ska alltid ges självbestämmande och vara delaktig för att 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, parterna samverkar med bevakning av omvärldsorientering och arbetar gemensamt med utvecklingen från såväl regionalt som nationell nivå.

## Organisation och ansvar

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

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och bygger till vissa delar på biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (2001:453). Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar ansvar och samverkan avseende hälso- och sjukvård mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är ett huvudavtal. Därtill finns överenskommelser som enligt hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas mellan parterna vilka utgör underavtal. Underavtalens utformning, uppföljningar och giltighet är direkt kopplade till huvudavtalet. Underavtal finns för t.ex. områden som:

- Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Läkarmedverkan
- Rehabilitering och habilitering
- Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk
- Beslut om egenvård
- Läkemedel
- Medicintekniska produkter
- Läkemedelsnära produkter
- Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

## Organisatoriskt ansvar inom kommunen

Inom sektor stöd och omsorg finns ett systematiskt arbetssätt 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 följer framtagna riktlinje ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt att återrapportering sker enligt egenkontrollplan vilket 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.

## Ansvarsfördelningen inom sektor stöd och omsorg

### Socialnämnden

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 (2017:725). Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att det integreras med system för budget- och verksamhetsplanering.

### Verksamhetschef

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ansvara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt samt att medicinskt ansvarig sjuksköterska 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.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

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

MAS ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Att riktlinjer och rutiner finns och att lagar författningsbestämmelser och andra regler är kända.

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).

### Avdelningschef

Avdelningschefer för vård och omsorg, individ och familjeomsorg samt socialpsykiatri har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet så att verksamheten håller en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt är kostnadseffektiv. Avdelningschefer ansvarar också för att enhetschefer har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter.

## Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer antagna av socialnämnden och rutiner fastställda av verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska är väl kända och efterföljs ute i verksamheten. De ansvarar också för att rutiner används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enhetschefen har även ansvar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

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

## Stödfunktioner för organisatoriskt ansvar

### Vårdsamverkan Skaraborg

Syfte är att nå en effektiv vårdsamverkan i frågor som berör samtliga parter med målet att berörda patienter ska uppleva vård- och omsorg som en helhet utan gränser. Genom att bidra till en gränsövergripande verksamhets- och kunskapsutveckling med beaktande av gällande avtal och överenskommelser och koordinera närvårdens arbete på en gemensam Skaraborgsnivå. Vårdsamverkan Skaraborg har arbetsgrupper som tillsammans med utsedda koordinatörer följer upp framtagna mål och mått.

### Vårdhygien och Smittskydd

Vårdhygien Skaraborgs Sjukhus, har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till sjukhusvården, primärvård och till den kommunala hälso- och sjukvården. Vårdhygien kontaktas också när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att kommunen behöver extra stöd. Vid smittskyddsåtgärder som åligger hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen har Smittskyddsenheten det ansvarsområdet. Under 2020 så har sektor stöd och omsorg haft ett tätt samarbete med Vårdhygien och Smittskydd pga. pandemin och det har fungerat väldigt bra.

### 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.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p3*

### Teamarbete

Teamet har ansvar för att skapa en gemensam helhetsbild av den enskildes behov. Teamet kring patienten består av arbetsterapeut, biståndsbedömare, enhetschef, fysioterapeut, sjuksköterska, kontaktpersonal/omsorgspersonal och läkare, samt vid behov andra specialister inom regionens verksamheter. Det dagliga arbetet ska präglas av ett professionellt arbete som främjar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Teamet är en förutsättning för att på ett säkert sätt tillgodose det kravet.

### Teamträff

Teamträffar genomförs regelbundet i samtliga verksamheter inom vård och omsorg, för att stärka och säkra teamarbetet. Enhetschef för varje enhet/område leder mötet som består av professionerna arbetsterapeut, biståndsbedömare, enhetschef, fysioterapeut, sjuksköterska och kontaktpersonal/omsorgspersonal. Varje profession dokumenterar och följer upp insatta åtgärder och hjälpmedel inom sitt ansvarsområde. På teamträffar analyseras genomförda riskbedömningar och händelser, åtgärdsplaner skapas och samordning av insatserna beslutas för att sedan följas upp och utvärderas. Teamträffar är ett arbetssätt som ökar patientsäkerheten.

### Närvården

Lokala avtal med vårdcentraler om 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 2 ggr/år och det finns rutiner för löpande kontakter när behov uppstår.

Nära vård Norra Skaraborg är ett projekt i samverkan mellan kommunerna Mariestad, Töreboda, Gullspång och Västra Götalandsregionen. Utvecklingen av Nära vård innebär att fler vårdgivare samverkar för att möta invånarnas behov i norra Skaraborg. Projektet Nära vård Norra Skaraborg initierades av Östra hälso- och sjukvårdsnämnden och har pågått sedan november 2016. Projektets målsättning var att ge en sammanhållen och tillgänglig nära vård- och omsorg som skapar trygghet och delaktighet för invånarna i Norra Skaraborg. Samverkan med ambulansverksamheten har varit en del i detta projekt och vård på rätt vårdnivå har varit i fokus. Samverkansmöten och samarbetet med ambulansverksamhetens

bedömningsbil har nu blivit ett etablerat arbetssätt. Under 2020 så har det påbörjats ett arbete med att införa digitala möten mellan kommunens sjuksköterskor, patienter med kommunal hälso-och sjukvård och hemsjukvårdsläkare på vårdcentralen.

## Samverkan vid in-och utskrivning från slutet hälso-och sjukvård

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från slutet hälso-och sjukvård, samt överföring av information i IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Rutinen ska vara känd och samverkan ska alltid utgå från personens behov av samordnade insatser. Den enskilde ska vara delaktig och självbestämmande i processen. Det är viktigt att direkt vid inskrivningen bedöma den enskildes behov och påbörja planering inför utskrivning. Om den enskildes behov förändras under vårdtiden förändras också planeringsprocessen. Inom Stöd och omsorg i Mariestads kommun finns ett utsett team som planerar och genomför samordnade individuella planer (SIP), tillsammans med fast vårdkontakt från den landstingsfinansierade öppenvården och den enskilde.

## Patienter och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienter och i förekommande fall närstående ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård samt ska den så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patient och/eller närstående ska alltid bli informerade 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 även som ett stöd.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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 händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras. En väl fungerande kommunikation där patient och/eller närstående ges möjlighet att vara delaktig är grundläggande. 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. Riktlinjen för risk- och händelseanalys gäller för hela Sektor stöd och omsorg och ingår som en del i ledningssystemet. 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. För Socialnämnden redovisas avvikelser varje år i samband med patientsäkerhetsberättelsen. Socialnämnden har delegerat till MAS att bedöma och göra anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till läkemedelsverket gällande händelser med medicintekniska produkter (MTP).

## Klagomål och synpunkter

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

Verksamhetsansvariga utreder inkomna klagomål och synpunkter, MAS utreder vidare då händelser eller risk med konsekvenser bedöms vara 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.

## Egenkontroll

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

Patientsäkerhetsarbetet analyseras, följs upp och utvärderas med underlag av en framtagen egenkontrollplan för MAS, samt i ledningsgrupper och i samverkansgrupper.

Egenkontrollplanen för MAS utgår från områden enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30, kap. 12) och hälso-och sjukvårdsförordningen (2017:80 6 §)

## Ledning för Hälso- och sjukvårdsfrågor

Ledningsgruppen följer kontinuerligt upp patientsäkerhetsfrågor. Gruppen består av verksamhetschef, avdelningschefer, enhetschefer och MAS som alla har ett gemensamt övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor. Man tar beslut,

planerar och leder förbättringsarbeten utifrån framtagna riktlinjer och rutiner. Uppföljningar och utvärderingar genomförs regelbundet.

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2§ p2*

### Läkemedel

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i kommunen genomförs årligen av Apoteket AB. Efter granskningen så erhåller verksamheten en rapport/åtgärdsplan som sedan följs upp av MAS.

Resultatet 2020 visar att ordinationshandlingar och signeringslistor följer gällande författningar och riktlinjer i stor omfattning men det fanns vissa brister som behövde åtgärdas. Uppföljningar av anmärkningar har skett i dialog mellan farmaceut, MAS, läkemedelsansvariga sjuksköterskor och enhetschefer för legitimerade sjuksköterskor.

### Dokumentation

I verksamhetssystemet Procapita dokumenterar den legitimerade personalen enligt ICF, internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Journalgranskning ska genomföras årligen utefter en framtagna granskningsmall som följer gällande lagstiftning för dokumentation i patientjournal.

Nationell Patientöversikt, NPÖ innebär att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan hämta 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 när den är dokumenterad. Genom NPÖ ges möjlighet till ett effektivare arbetssätt och en säkrare informationsöverföring.

### Basala hygienrutiner och klädregler

En egenkontrollsmall för basala hygienrutiner är framtagna som en del i kvalitetsgranskningen som enhetschefer ansvarar för. Mallen följer Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) och är ett verktyg för enhetschefer att använda i dialog med personal i respektive verksamhet. Verksamheterna dokumenterar hur basala hygienrutiner följs och vilka förbättringsområden som finns, en kopia sänds till MAS och avdelningschef. Enhetschefer analyserar innehållet och väger in svar på genomförd självskattning som skett under samma period. Resultatet används som underlag för fortsatta förbättringsarbeten. MAS och avdelningschef analyserar och sammanställer

samtliga inlämnade resultat, dessa resultat ligger till grund för vidare förbättringsarbeten.

I samband med utbrottet av Covid-19 så genomfördes extra utbildningsinsatser i basala hygienrutiner och klädregler samt hur skyddsutrustning ska användas på ett korrekt sätt. Detta har sedan fortsatt under hela 2020.

Under hösten 2020 har verksamheten deltagit i en punktprevalensmätning kring basala hygienrutiner och klädregler via SKR där 140 av landets 290 kommuner deltog. Andelen personal med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler är 67,9 % i Mariestad, jämfört med 64 % i hela riket. Medianvärdet ligger på 67,8 %

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 2§ 10 § p 2*

Under 2020 har övergripande mål och strategier fokuserat på att säkra processer vid samverkan, informationsöverföring, dokumentation samt att öka kvaliteten utifrån patientens perspektiv bland annat genom att säkerställa bedömningar av risker.

### Riskbedömningar

Strategin att genomföra, åtgärda, utvärdera och följa upp riskbedömningar i sådana processer som rekommenderas på nationell nivå, med stöd av kvalitetsregister, har fortsatt under 2020. Fokus har legat på teamarbete inom samtliga verksamheter, utredningar och uppföljningar av avvikelser kopplade till enskilda patienter. Riskbedömningar med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert har under 2020 legat på samma nivå som under 2019.

### Trygg och säker hemgång

Det finns en gemensam rutin för in- och utskrivning av patienter från slutna hälso- och sjukvård, samt överföring av information i IT-tjänsten SAMSA inom Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Inom sektor stöd och omsorg finns nu ett team som planerar och genomför samordnade individuella planer (SIP), tillsammans med fast vårdkontakt från den landstingsfinansierade öppenvården. Detta arbetssätt med regelbundna kontakter vårdgivarna emellan fungerar mycket bra.

## Dokumentation

En arbetsgrupp med MAS och legitimerad personal har arbetat med att kvalitetssäkra HSL-dokumentationen. Gruppen har färdigställt en rutin för hur dokumentation i patientjournal ska ske utifrån gällande regelverk samt tagit fram en journalgranskningsmall. Journalgranskning i grupp med alla legitimerade professioner planeras under hösten 2021, för att kvalitetsgranska dokumentationen men också som en del i ett lärande

## Digital signering

Under våren 2019 startades ett gemensamt projekt inom MTG ( Mariestad, Töreboda och Gullspångs kommuner) för att införa digital signering av delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter. Antalet läkemedelsavvikelser hade de senaste åren ökat och den vanligaste avvikelsen var avglömd läkemedelsdos. Den manuella hanteringen var en orsak till avvikelser samt en tidskrävande uppgift för legitimerad personal, då det ofta förekom ändringar. I flertalet studier hade man sett att digital signering minskade antal läkemedelsavvikelser och gav en högre patientsäkerhet. Arbetssättet skulle också ge tidsbesparingar för legitimerad personal. Digital signering med hjälp av systemet MCSS Appva infördes hösten 2020.

## Palliativ vård

Personal inom stöd och omsorg vårdar ofta personer i livets slutskede. En skriftlig rutin för palliativ vård i livets slutskede är framtagen och ska aktualiseras i alla verksamheter årligen.

## Delegering av läkemedelshantering

Varje person som planeras att få delegering för läkemedelshantering får genomgå en delegeringsutbildning med utbildningsansvarig sjuksköterska. Som avslut på denna utbildning genomför personen också ett kunskapstest. En delegering ska följas upp årligen och i samband med denna uppföljning genomförs den webbaserade delegeringsutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel”, innan förlängning av delegering kan bli aktuellt. På detta sätt har delegeringsprocessen kvalitetssäkrats. I samband med införandet av digital signering som också är kopplat till delegering så lades delegeringarna över i systemet MCSS Appva.

## Blåsdysfunktion

Alla som har en blåsdysfunktion ska få sina problem utredda och för den enskildes livskvalitet är det även viktigt att utreda besvärens karaktär. Kvalitetsregistret Senior alert har blåsdysfunktion som en process med delarna riskbedömning, orsaker, åtgärder och uppföljning, för att ge stöd i utredningen.

Förskrivarens ansvar är tydligt, som att identifiera behov, prova ut och anpassa produkt, göra patient delaktig i beslut samt följa upp. Hur det har genomförts ska sedan gå att följa i dokumentationen i patientjournal.

## Munhälsa

Tandvårdsenheten har en överenskommelse med Västra Götalands samtliga kommuner avseende samverkan för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Personer med ett bestående behov av omfattande vård och omsorg får ett ”Intyg om nödvändig tandvård”. Detta innebär även ett erbjudande om en årlig kostnadsfri munhälsobedömning utförd av en tandhygienist i bostaden.

## Säsongsvaccinationer

Under rekommenderad tid för vaccination av säsongsinfluensa, hösten 2020 har 523 patienter valt att vaccinera sig.

Smittskydd anser att personal som arbetar vårdtagarnära bör erbjudas vaccination mot säsongsinfluensa. Sektor stöd och omsorg har erbjudit kostnadsfritt influensavaccin till sin personal via sin vårdcentral.

## Medicinsk vårdplan

Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringen initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal planeras vårdens inriktning. Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen.

Medicinsk vårdplan 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 omsorgspersonal, sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården. Medicinska vårdplaner ökar patientsäkerheten vid vårdövergångar och bidrar därmed till att undvika slutenvård.

Vårdplanen är framtagen i samverkan och arbetssättet finns beskrivet på vårdsamverkan Skaraborgs hemsida.

Antalet medicinska vårdplaner har under 2020 ökat både på Säbo och inom hemvården i jämförelse med tidigare år.

## 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 kommunen och regionen 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.

## Risikanalys

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

Framtagen riktlinje för risk- och händelseanalys beskriver metod för analysarbete och riskbedömningar. Riktlinjen beskriver även omfattningen av utredningar vid händelser beroende på dess omfattning och det ansvar och roll som varje medarbetare har vid analys och åtgärdsarbetet. Målet är att tillhandahålla ett verktyg i det praktiska arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten och att genom systematiskt analysarbete åstadkomma en lärande organisation, verksamhet av god kvalitet, en god och säker vård. Verksamheterna genomför ständigt risk- och händelseanalyser genom att:

- I förebyggande syfte utföra riskbedömningar
- Använda bedömningsinstrument
- Skapa handlingsplaner och rutiner
- Analysera tillbud och avvikelser samt åtgärda brister
- Konsekvensbeskriva vid större förändringar inom verksamheterna

## Utredning av händelser-vårdskador

*HSLF-FS 2016:40, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

En anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska göras vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. MAS bedömer om det inträffade är en allvarlig vårdskada eller en risk för allvarlig vårdskada och ska anmälas till IVO enligt lex Maria.

Under 2020 har två lex Maria anmälningar inrapporterats till IVO från vård och omsorgsavdelningen.



## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Inom sektor stöd och omsorg finns det en riktlinje för övergripande informationssäkerhet. Riktlinjens innehåll beskriver rutiner och kontroller för informationssäkerheten inom områden som dokumentation, behörigheter och åtkomst.

I riktlinjen för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården i Mariestads kommun beskrivs hantering av patientuppgifter. Stickprovskontroller av loggar i patientjournaler som genomförts har varit utan anmärkningar vilket tyder på en god inre sekretess. Loggning i SAMSA och NPÖ utföres 1ggr/månaden enligt framtagna rutiner. Granskning av dokumentation sker årligen enligt en mall.

## Resultat och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

MAS sammanställer avvikelser och klagomål halvårsvis, redovisar därefter till verksamhetschef, avdelningschefer, enhetschefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, den årliga sammanställningen redovisas även till socialnämnd.

Händelser och synpunkter som anmäls eller rapporteras till verksamheterna som avvikelser eller klagomål utreds och analyseras enligt framtagna riktlinje för risk- och händelseanalys. Riktlinjens syfte är att säkerställa så händelser bedöms på likartat sätt.

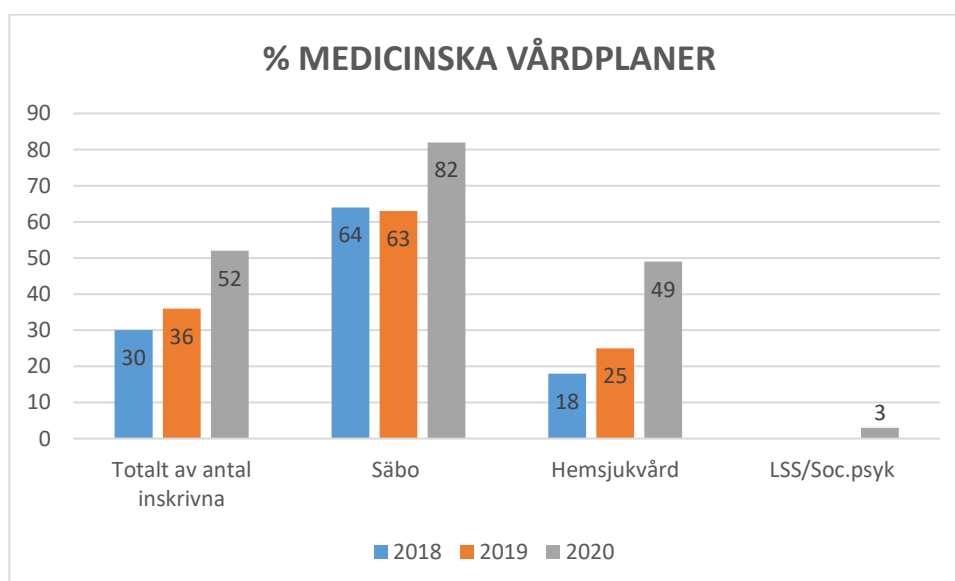
## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### Medicinsk vårdplan

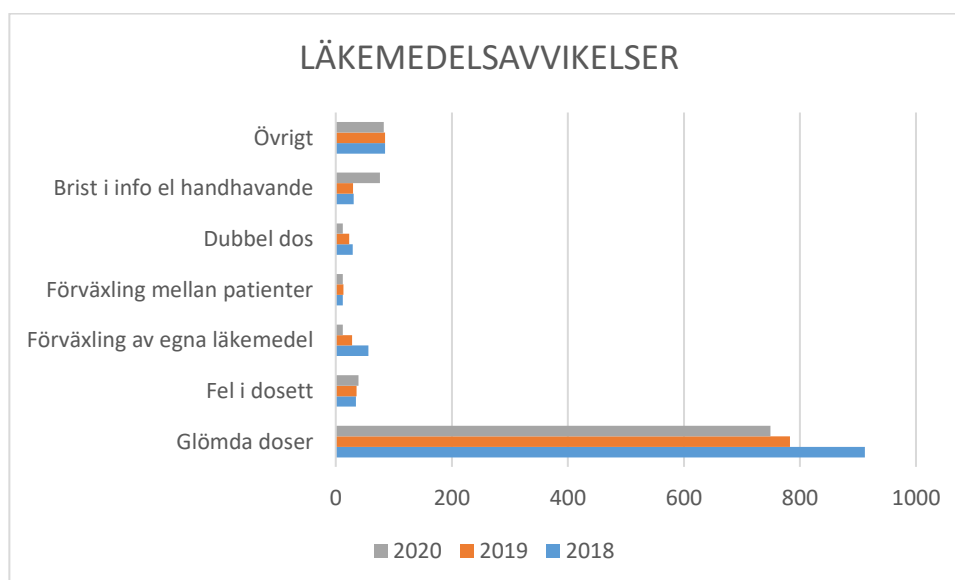
Av de 786 personer som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård så har 52 % medicinska vårdplaner. 82 % av de som bor på särskilt boende, 49 % av de som bor i ordinärt boende med hemsjukvård och 3 % inom LSS-verksamheten har en medicinsk vårdplan.

Resultatet i procent %.



## Läkemedelsavvikelser

Under 2020 registrerades det totalt 990 läkemedelsavvikelser, vilket är en minskning med 3 % mot 2019. Antalet avvikelser inom särskilt boende har minskat med 5 % och i hemvården har det minskat med 10 %. Inom LSS har det ökat med 46 % och inom Socialpsykiatri ligger man på samma nivå som 2019. Den vanligaste läkemedelsavvikelsen är glömda doser.

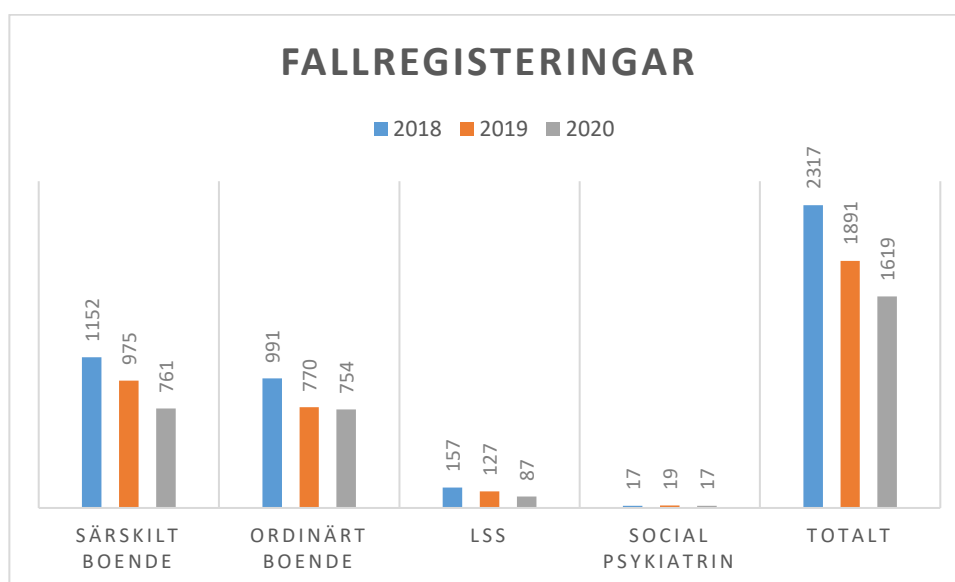


## Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP

Under 2020 så har två händelser med MTP anmälts till IVO, Läkemedelsverket och tillverkare pga. av materiella och tekniska brister i samband med användandet. Ett stag på underredet av en specialanpassad rullstol gick av och armstödet på ett gåbord lossade. Dessa händelser orsakade inte några personskador och ärendena är avslutade.

## Fallregistreringar

Antalet registrerade fall har under 2020 minskat mot föregående år. Att riskbedöma och sätta in åtgärder när det visar på risk för fall är ett område som prioriteras inom Vård och omsorg.



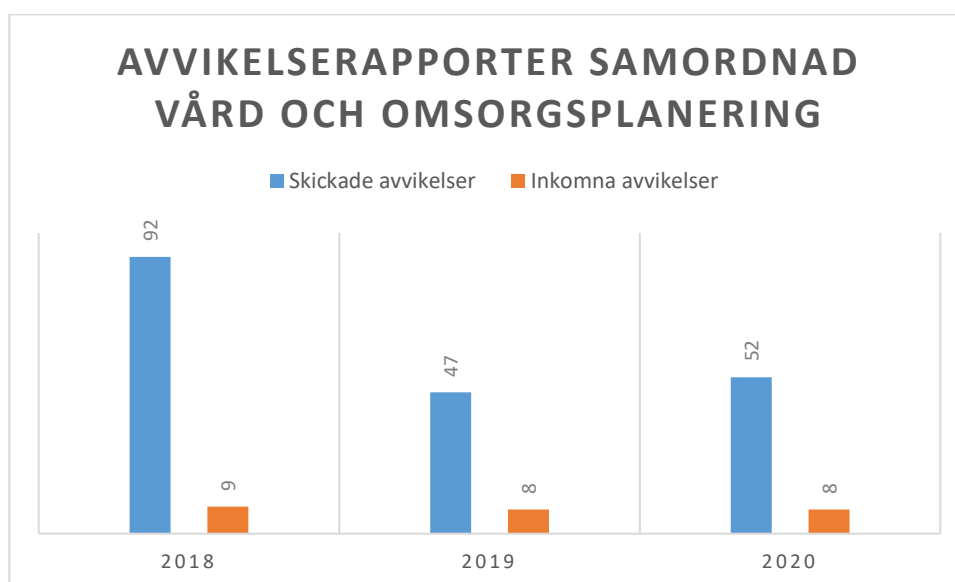
Av det totala antalet registrerade fall har det registrerats att 9 (13) personer ådragit sig en höftfraktur, 14 (17) personer någon annan fraktur, 13 (13) personer har ådragit sig huvudskador, 152 (158) personer har fått en mjukdelsskada och 156 personer en sårskada. Övriga har inte fått någon känd skada till följd av fallet.

2019 års siffror är inom parentes.

## Avvikelsesrapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering

52 avvikelsesrapporter har skickats till Västra Götalandsregionen under 2020. Dessa handlar främst om brister vid utskrivning från slutenvården, att man inte har följt rutinen för utskrivning och använt sig av IT-verktyget SAMSA på rätt sätt. Ofullständiga läkemedelsordinationer och bristande information vid utskrivning är också vanligt förekommande.

- Kommunen har under 2020 mottagit 8 avvikelser från Västra Götalandsregionen samtliga är utredda, åtgärdade, återkopplade och avslutade.
- 



## Kvalitetsregister

### BPSD registret

BPSD registret är ett nationellt kvalitetsregister och syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom, utifrån de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens. Det systematiska arbetet bidrar till att uppnå en god och säker vård och därmed en ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom, genom att förebygga och minska de beteendemässiga och psykiska symtom som uppkommer. En tydlig struktur i omvårdnaden bygger på observation av BPSD, analys, åtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder. Arbetet med BPSD förutsätter ett tvärprofessionellt teamarbete. Registreringarna för med sig resultat och statistik som kan användas vid förbättringsarbete på respektive enhet.

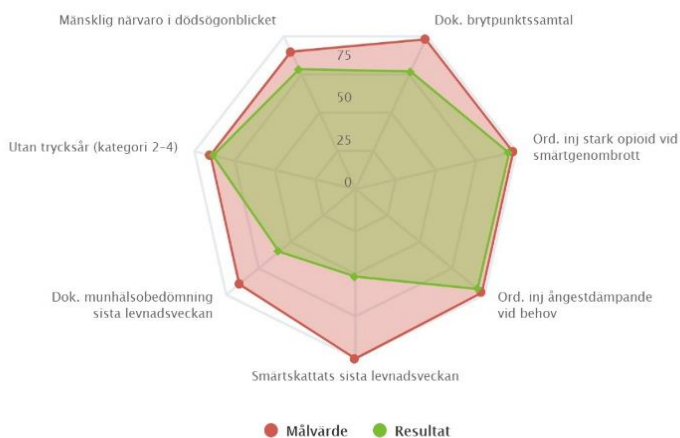
Under 2020 har det genomförts 162 registreringar/skattningar i BPSD-registret i Mariestads kommun. Under 2019 gjordes 185 registreringar i registret, vilket alltså innebär en minskning.

### Palliativa registret

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. Rapporten för Mariestads kommun 2020 i det palliativa registret visar att andel avlidna med trycksår är få. Att ordinationer på injektioner som är smärtstillande och ångestdämpande finns tillgängliga. Förbättringsbehov kvarstår dock när det gäller dokumentation av brytpunktsamtal, smärtskattning och dokumentation av munhalsbedömning sista levnadsveckan. Ju mer grönt desto bättre.

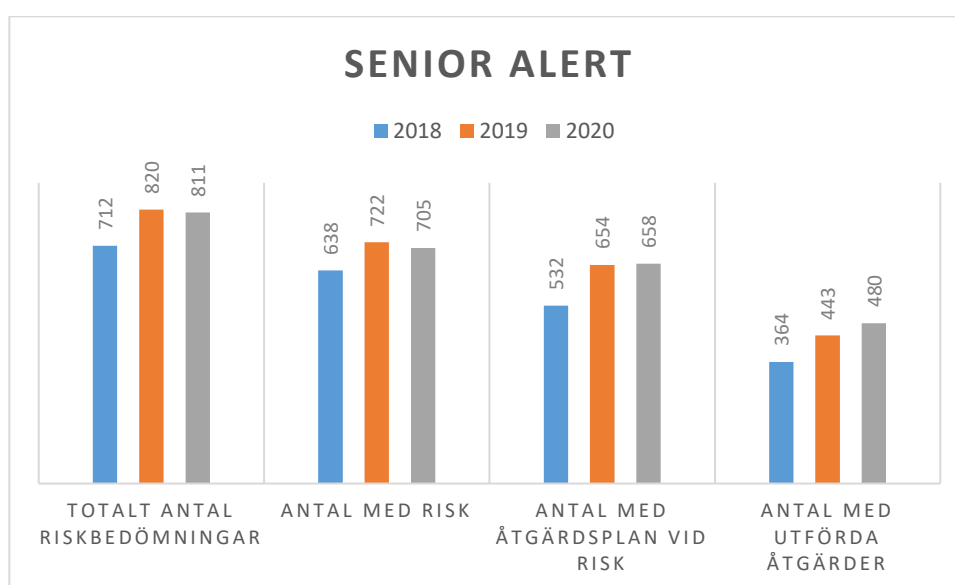
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 – 2020-12



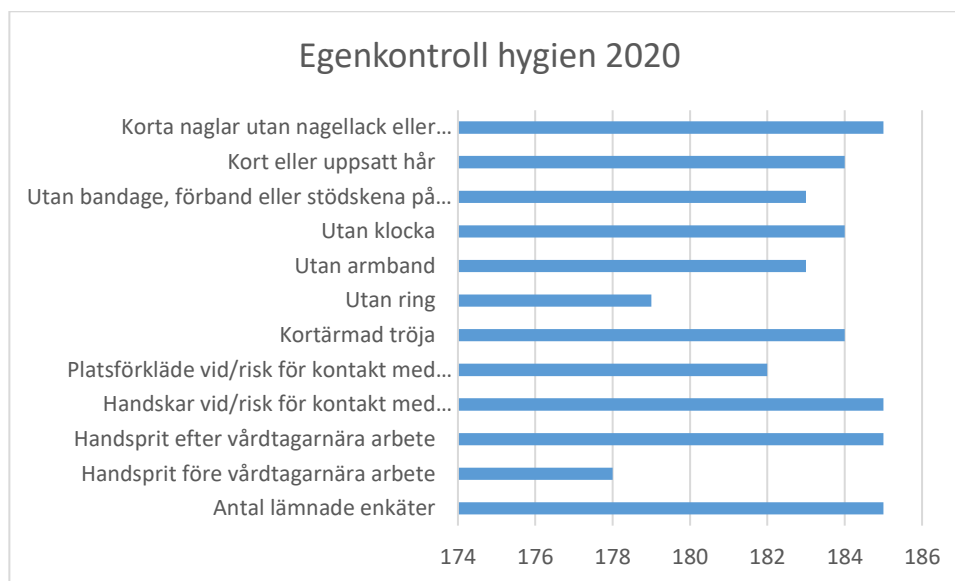
## Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister som används och ger stöd för att strukturerat arbeta förebyggande med riskbedömningar. Berörda yrkeskategorier gör riskbedömningar tillsammans med patienten och planerar insatser som utgår från varje enskild individ med risker. På särskilt boende har detta varit ett etablerat arbetssätt i flera år och nu har även hemvården börjat tillämpa rutinen på ett bättre sätt. Antalet registreringar i Senior alert 2020 visar att det totalt har genomförts 811 riskbedömningarna för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Det är något mindre än 2019.



## Basala hygienrutiner

Egenkontroller 2020 visar att verksamheterna har god kännedom om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) och att följsamheten till största delen är god. Följsamheten när det gäller att använda handsprit före vårdtagarnära arbete, att inte bära ringar och att använda plastförkläde har dock en förbättringspotential.



## Intyg om nödvändig tandvård och munhälsobedömningar

Det är 556 (578) personer inom Stöd och omsorg som har intyg om nödvändig tandvård och av dessa har 379 (395) personer tackat ja till en munhälsobedömning. Dock har den uppsökande verksamheten med munhälsobedömning varit begränsad under 2020 pga. pandemin. 2019 års siffror är inom parentes.



## Övergripande mål och strategier för hälso- och sjukvårdsorganisationen 2021

### Mål

Öka kvalitén på vården genom att utifrån individens perspektiv ge effektiv och säker vård. Att rätt vård ges på rätt vårdnivå genom strukturerade bedömningar och säker informationsföring.

### Strategier

- Införa SBAR för leg. personal och omsorgspersonal/stödassistenter/personliga assistenter. SBAR är en struktur för hur kommunikation och informationsöverföring ska genomföras på ett patientsäkert sätt.
- Att använda BViS som är ett beslutsstöd för sjuksköterskor att använda vid bedömning av försämrat hälsotillstånd på patienter i den kommunala hälso-och sjukvården
- Att leg. personal och omsorgspersonal/stödassistenter/personliga assistenter använder lämpliga bedömningsinstrument vid smärta.

### Mål

Skapa ökad patientsäkerhet och trygghet för legitimerad personal genom säker dokumentation.

### Strategier

- Utifrån framtagna journalgranskningsmall genomföra journalgranskning av HSL-journaler regelbundet, på gruppnivå.