



MARIESTAD

Patientsäkerhetsberättelse 2014

Socialnämnden

Mariestads kommun

Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Carina Gustavsson

Verksamhetschef
Lotta Hjöberg

Vård- och omsorgschef
Britt Johansson

Dnr: 2015/49
2015-03-01
Mariestad

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
1. Sammanfattning	4
2. Övergripande mål och strategier.....	5
3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete.....	5
3.1 Organisatoriskt ansvar inom kommunen.....	6
3.2 Socialnämndens ansvar	6
3.3 Verksamhetschefens ansvar.....	6
3.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	6
3.5 Avdelningschefer VoO och IFO	6
3.5 Enhetschefer ansvar.....	7
3.6 Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar	7
3.7 Stödfunktioner för det organisatoriskt ansvar	7
4. Struktur för uppföljning/utvärdering.....	8
4.1 Ledning för Hälso- och sjukvårdsfrågor.....	8
4.2 Vårdsamverkan Skaraborg	8
5. Uppföljning genom egenkontroll	8
6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	11
7. Samverkan för att förebygga vårdskador	13
7:1 Teamträffar	13
7:2 Närvården.....	13
7:3 Samordnad vårdplanering, Svpl.....	13
8. Riskanalys.....	13
9. Rapporteringsskyldighet	14
10. Klagomål och synpunkter	14
11. Sammanställning och analys	14
12. Samverkan med patienter och närstående	15
13. Resultat	15
13.1 Läkemedelshantering	15
13.3 Fallregistreringar.....	16
13.4 Avvikelserapporter Samordnad vårdplanering	17
13.5 Kvalitetsregister	17
13: 6 Klagomål och synpunkter.....	18
13: 7 IT- stöd patientjournal	19
14. Övergripande mål och strategier för 2015.....	20
14.1 Metod och arbetssätt - kvalitetsregistren.....	20
14.2 Dokumentation	20
14.3 Vårdhygien	20

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.



MARIESTAD

1. Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten under 2014 varit av god kvalitet i våra verksamheter. Ansvaret är fördelat mellan socialnämnd, verksamhetschef, avdelningschefer, MAS, enhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal.

Under året har vi aktivt arbetat för att öka kunskap och arbetssätt utifrån den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”. Vi har startat arbetsgrupper, utbildat och tagit fram handlingsplaner och rutiner. Innehåll i handlingsplaner är framtagna utifrån resultat som vi hämtat från de kvalitetsregister vi använde i våra verksamheter, registren är Senior alert, palliativa och BPSD.

Inom området läkemedelshantering finns det mer att göra för att ytterligare öka patientsäkerheten. Läkemedelsgenomgångar genomförs inte i den omfattning som beskrivs i handlingsplanen inom Västra Götaland med focus på äldre 2012-2014.

Avvikelse följs kontinuerligt upp och den dominerande avvikelsen är glömda doser av läkemedel. Under 2014 har en avvikelse lett till en Lex. Maria anmälan.

Verksamheterna är medvetna om vikten av god följsamhet till vårdhygien och klädregler, genomförd självskattning visar att följsamheten i stort är god.

Övergripande mål och strategier från 2014 är inte genomförda och utvärderade som planerat, samtliga områden är fortfarande aktuella och förbättringsarbeten pågår inom samtliga.

2. Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Kvalitén i verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, författningar samt riktlinjer och rutiner som är framtagna nationellt, regionalt och lokalt.

Under 2014 har verksamheten fortsatt att utveckla ledningssystem enligt: Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). En egenkontrollplan för medicinskt ansvarig sjuksköterska är framtagna och antagen.

Under 2015 behöver vi fortsätta att arbeta med arbetsprocesser, riktlinjer och rutiner för att på ett systematiskt sätt kunna planera, leda, fördela, utvärdera och kontinuerligt följa upp de krav som ställs på vår verksamhet.

Den nya Patientlagen (2014:821) har som syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vårt mål är att i samverkan med andra vårdgivare arbeta för att fler patienter får individuella planer framtagna. Medicinska vårdplaner, MVP har vi i samverkan med vårdcentralerna tagit upp som ett mål i handlingsplanen och Samordnad individuell plan, SIP har vi lyft upp som ett prioriterat område i trepartsgruppen psykiatri.

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 i vårdinsatserna. 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 system 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 ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska också beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9).

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 MAS 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 har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ram för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Ansvara för att medicinska omhändertagande tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet, god vård och att det finns framtagna beslut om riktlinjer och rutiner, följa upp att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterföljs.

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

3.5 Avdelningschefer VoO och IFO

Avdelningschefer 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.

3.5 Enhetschefers ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som verksamhetschefen och medicinskt ansvariga sjuksköterskan fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

3.6 Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamheten ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

3.7 Stödfunktioner för det organisatoriskt ansvar

Vårdsamverkan Skaraborg

Regeringens nationella satsning på mest sjuka äldre har fortsatt och kommunen har arbetat utifrån den handlingsplan med ett övergripande mål som Västra Götalands kommuner och region antagit. Handlingsplanen är framtagen för att äldre med bristande hälsa ska uppleva trygghet och säkerhet, kontinuitet och samordning, värdighet och välbefinnande oavsett var i vårdkedjan man befinner sig.

Vårdsamverkan Skaraborg har arbetsgruppen *Samverkan Geriatrik* som tillsammans med utsedda koordinatörer följt upp framtagna Mål och Mått halvårsvis i syfte att vårdövergångar mellan slutenvård, primärvård och kommun ska fungera på bästa sätt för de mest sjuka äldre.

Vårdhygien och smittskydd

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

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 Smittskydsenheten som har det ansvarsområdet.

Patientnämnden

Patientnämnderna har utifrån ett avtal ansvarar 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 i den ledningsgrupp, samverkansgrupp eller nämnd som varit aktuell i frågan.

4.1 Ledning för Hälso- och sjukvårdsfrågor

Ledningsgruppen följer kontinuerligt upp patientsäkerhetsfrågor på månadsmöten. Gruppen består av Vård och omsorgschef, två enhetschefer och MAS som har ett gemensamt övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor. Gruppen tar beslut, planerar och leder förbättringsarbeten, riktlinjer och rutiner upprättas och uppdateras för att sedan läggas till i ledningssystemet. Uppföljningar och utvärderingar följer framtagna planer samt genomförs då behov uppstår.

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

4.2 Vårdsamverkan Skaraborg

Genomförandeplan – ”Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland” 2014-2015 innehåller flera målområden med planerade aktiviteter som vår verksamhet arbetar med. Vi sammanställer och följer aktiviteter varje halvår med stöd från koordinatörer i Skaraborg.

Regionen har också gemensamt med kommunerna i Västra Götaland tagit fram en handlingsplan med tre målområden för samverkan mellan vårdcentral och kommun när det gäller läkarmedverkan.

- God sammanhållen vård och omsorg
- God läkemedelsbehandling
- God vård i livets slut

Närvården Skaraborg - Skaraborg har konkretiserat aktiviteter under varje målområde i syfte att stödja arbetet genom att beskriva de viktigaste åtgärderna i en handlingsplan där det framgår vem som är ansvarig för att åtgärder blir utförda och att uppföljning sker.

Upprättade handlingsplaner finns med båda vårdcentraler i Mariestad, uppföljning sker halvårsvis.

5. Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontrollplan för Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS utgör strukturen för att kontrollera kvalitén områdesvis utifrån (SOSFS 1997:10) på ett systematiskt sätt.

Läkarmedverkan

Handlingsplaner med båda vårdcentraler är nytt för 2014, det saknas därför jämförelser mot tidigare år. Handlingsplanerna har följt upp vid två tillfällen.

Läkemedel

Enkätundersökning visar att antalet genomförda läkemedelsgenomgångar inte genomförts i den omfattning som handlingsplaner med vårdcentraler säger.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomfördes som planerat under hösten 2014. Sedan kvalitetsgranskningen hösten 2013 har det skett förbättringar med följsamheten av riktlinjer som nu är mer kända. Ett kvarstående problem är att det på flera enheter fortfarande är små förvaringsutrymmen och ytor att vara på vid läkemedelshantering som ex. dosettindelning.

Medicintekniska produkter

Förteckning över antalet förskrivare är uppdaterad. Förskrivningsprocess är känd och det finns framtagna rutiner för uppföljning när det gäller vissa produkter som verksamheten bedömt särskilt angelägna att vara tydliga med ex. lyftselar och rullstolar. Egenkontroll genomförd vid kvalitets möten våren 2014.

Läkemedelsnära produkter

Intern utbildning – Inkontinens är genomförd till förskrivare och ombud, förskrivningsprocess genomgången och förteckning uppdaterad.

Delegering

Under 2014 har en grundläggande utbildning i ämnet delegering tagits fram av en utsedd sjuksköterska som därefter genomför ett utbildningstillfälle till nyanställt omsorgspersonal några gånger varje månad.

Riktlinje och områdesindelning för delegering har uppdaterats och i samband med det har dokumentet gjorts känt.

Vissa delegeringar sker endast efter samråd med MAS antalet är i samma omfattning som tidigare år. Antalet delegeringar utfärdade av varje sjuksköterska håller den nivå vi accepterat sedan områdesindelning förändrades. Ett fåtal delegeringar har under året dragits in samtliga i samråd med MAS.

Dokumentation

Journalgranskningen som genomfördes 2013 visade att det var mycket beroende dokumentation från sjuksköterskor, vilket innebär att de dokumenterar utifrån givna ordinationer av andra då oftast läkare medan arbetsterapeuter och sjukgymnaster i princip dokumenterade utifrån ett oberoende som innebär att de själva ordinerat och dokumenterar utifrån sina beslut. Att dokumentera utifrån ett oberoende är något som sjuksköterskor också ska göra. Det var också svårt att följa vårdprocessen granskaren beskrev det som "journalbloggande" något som borde undvikas.

En ny journalstruktur med sökord utifrån ICF togs under fram under 2013-2014, ny journal började användas 140303. ICF är ett internationellt gemensamt språk för att beskriva funktionstillstånd, hinder och hälsa. Vid journalgranskning kort efter så finns det fortfarande ”journalbloggande” med det är mindre.

Journalgranskningar har utförts med Granskningsinstrumentet (Ehnfors & Smedby 1993)

Fall och fallolyckor

Är ett område där vi saknar en dokumenterad struktur för förebyggande insatser, uppföljning och utvärdering.

I kvalitetsregistret Senior alert ser vi att de flesta som bor på särskilt boende är riskbedömda och av registreringarna ser vi att samtliga med risk har planerade åtgärder och att uppföljning sker.

Munhälsa

Genom det projekt, ”Tandhygienist i kommun”, som Mariestads kommun genomför i samarbete med Folk tandvården och Hälso- och sjukvårdsutskott i Västra Götalandsregionen, VGR har vi nått ett mycket bra resultat 2014. Tandhygienisten har informerat om vikten och påverkan av en god munhälsa för livskvalitet och allmänhälsa på ledningsmöte och arbetsplatsträffar. Omsorgspersonal har utbildats i allmän munvård och munhälsa samt i riskbedömningsinstrumentet ROAG/Senior alert. Registreringar i kvalitetsregistret Senior Alert visar att 377 patienter fått en riskbedömning genomförd under 2014.

Personer som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg har rätt att få ett ”Intyg om nödvändig tandvård”. Vilket innebär att erbjudande ges om en årlig kostnadsfri munhälsobedömning utförd av en tandhygienist i bostaden, samt att tandvård utförs till hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Vid munhälsobedömningen ska alltid ansvarig vårdpersonalen finnas med, 551 personer som har fått ett intyg och av dessa har 379 tackat ja till en munhälsobedömning och 241 som fått den utförd 2014.

Influensa

Alla patienter med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser har informerats och erbjudits vaccination mot influensa då de flesta även tillhör riskgruppen.

Enligt rekommendationer från Smittskyddsinstitutet dokumenteras alla givna vaccinationer i ett nationellt journalsystem, Svevac. Under influensasäsongen 2014-2015 har 482 patienter vaccinerats mot influensan, utav dessa fick 22 patienter även vaccination mot pneumokocker. Antalet är som vaccinerar sig har varit stabilt de senaste 4 åren.

Basala hygienrutiner

Självskattning av de basala hygienrutinerna genomfördes under hösten och visar på en god följsamhet till de basala hygienrutinerna. Brister vi ser är, att personal inte alltid använda kortärmad arbetsdräkt, bära ringar och ”glömmer” sprita händer direkt innan vårdtagarna arbete.

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

Egenkontrollplan för medicinskt ansvariga sjuksköterska är ett stöd för att följa kvalitetsarbetet.

Läkarmedverkan

Handlingsplaner har upprättats och under 2014 har vi vid två tillfällen träffat vardera Vårdcentral. Handlingsplanerna har diskuterats och åtgärder för att genomföra insatser har planerats innan påskrift från samtliga parter. Utvärdering och uppföljning hanteras på planerade möten två gånger/år, åtgärder för att genomföra insatser har planerats inför 2015.

Enhetschefer för sjuksköterskor i kommun och vårdcentralernas chefer kontaktar varandra när det finns behov och viljan att samverka är god från samtliga.

Läkemedel

Läkemedelshanteringsprocessen har följts upp genom kvalitetsgranskningsbesök på enheterna av MAS i MTG (Mariestad, Töreboda och Gullspång i samverkan), besöken analyseras och sammanställs i en kvalitetsrapport som redovisas till ledning. Kvalitetsrapporten innehåller en beskrivning av det som är bra, förbättringsområden samt förslag på åtgärder och utvecklingsmöjligheter. Ledningen tar sedan ställning till föreslagna insatser och åtgärder.

Sjuksköterskor har fått en halvdagsutbildning om äldre och läkemedel.

Delegering

Under 2014 har ett utbildningsprogram tagits fram och en sjuksköterska har utsetts till ansvarig för att utbilda all ny omsorgspersonal innan anställning, det gäller fast-, vikarie- och semesteranställning. Utbildningsmaterial och riktlinje är uppdaterad och samtidigt genomfördes en översyn av ansvarsområden i samband med delegerade.

Dokumentation

En utsedd arbetsgrupp träffas regelbundet i en större grupp samt i mindre grupper då Leg. personal bjuds in i syfte att sprida framtagen ICF struktur och säkra dokumentationen.

Hjälpmedel och rehabilitering

Under våren 2014 genomförde MAS MTG två kvalitets möten då samtliga sjukgymnaster och arbetsterapeuter bjöds in. Syfte var att diskutera deras olika ansvarsområden på en övergripande nivå, synpunkter och frågeställningar sammanställdes och lämnades till ansvariga enhetschefer. Bedömningen var samlat att arbetet de utför håller en god kvalitet och att det finns rutiner i tillräcklig omfattning.

Munhälsa

Mariestads kommun har projektanställt en tandhygienist i 3 år. Tandhygienisten är en resurs i munhälsofrågor för personer över 65 år samt berörd personal. Målgrupperna är dels friska, oberoende personer, sköra personer som börjar få svårigheter att klara sin vardag eller personer som är beroende av andra för att klara den dagliga tillvaron och ofta har kommunala insatser.

Informations och utbildningsinsatser sker inom områdena:

- uppsökande verksamhet erbjuds alla 80-åringar som inte har någon form av kommunal insats
- pensionärsorganisationer och gode män
- ordinarie personal inom stöd och omsorg
- nyanställd och vikarierande personal inom stöd och omsorg
- till gymnasie- och vuxenutbildning inom vård och omsorg

Kvalitetsregister

Arbetsgrupper har satts ihop för samtliga kvalitetsregister syftet är att öka patientsäkerheten och stärka det förebyggande arbetet, genom att ta fram en struktur för arbetet och skapa handlingsplaner och rutiner.

Kvalitetsregistren är:

- Senior alert
- Palliativa
- BPSD

Fördjupningsområden 2014:

- munhälsa där samtliga sjuksköterskor, enhetschefer och omsorgspersonal erbjudits en utbildning i ROAG
- utbildningsinsats till personal inom hemvård för att få igång arbetet med riskbedömningar och registreringar i Senior alert
- team-träffar på särskilt boende har kartlagts av styrgruppen senior alert
- nattfasta på särskilt boende är kartlagd under en vecka det finns förbättrings möjligheter, endast 12 % har en nattfasta som är 11 timmar eller mindre
- demenssjuksköterska utbildad till certifierad utbildare i BPSD, för att sedan utbilda administratörer inom våra verksamheter
- utbildade administratörerna, BPSD finns i yrkesgrupperna enhetschefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal täcker behovet på våra samtliga Särskilda boende, korttidsenheter, LSS och dagverksamhet

Basala hygienrutiner

Basala hygienrutinen har följts upp genom en självskattning, MAS initierar genom att lämna ut enkäten till enhetschefer som sedan under en bestämd vecka lämnar ut enkäten till 10 omsorgspersonal som arbetar vårdtagarna. Omsorgspersonalen får enkäten efter utfört morgonarbete och fyller i hur de agerat den aktuella morgonen.

MAS sammanställer resultat och redovisar i ledningsgrupp och till samtliga enhetschefer som i sin tur redovisar och tar fram ev. förbättringsåtgärder på varje enhet.

7. Samverkan för att förebygga vårdskador

7:1 Teamträffar

Genomförs regelbundet på varje enhet/område teamet består av arbetsterapeut, sjuksköterska, enhetschef, sjukgymnast och kontaktpersonal/omsorgspersonalen. Teamet går igenom genomförda riskbedömningar, tar fram åtgärdsplaner, samordna insatserna, följer upp och utvärderar.

7:2 Närvården

Handlingsplanernas målområden är ett led i att förebygga vårdskada, samtliga verksamheter ska känna till handlingsplanernas innehåll och prioritera på bästa sätt för att kunna följa dessa.

7:3 Samordnad vårdplanering, Svpl

Det finns gemensamma rutiner 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 den enskildes behov.

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

8. Riskanalys

Ett systematiskt förebyggande arbete syftar till att identifiera risker som kan medföra skador.

Vi genomför ständigt riskanalyser i våra verksamheter bl.a. genom att:

- utföra riskbedömningar för att förebygga fall, trycksår, nutrition och munhälsa
- använda bedömningsinstrument
- ta fram handlingsplaner och rutiner för olika arbetsområden
- analysera tillbud och avvikelser samt åtgärda brister så inte samma misstag upprepas
- i samband med större förändringar inom verksamheterna görs det konsekvensbeskrivningar där riskanalys och handlingsplan blir en följd

9. Rapporteringsskyldighet

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet en del i det 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.

Allvarigare händelser rapporteras skyndsamt till MAS, som utreder och Lex Maria anmäler då det är aktuellt. Socialnämnden informeras vid en Lex Maria anmälan

Avvikelse sammanställs av MAS halvårsvis och redovisas till ledning och verksamhet, socialnämnden redovisas 1g/år i samband med att Patientsäkerhetsberättelsen redovisas.

10. Klagomål och synpunkter

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS utreder, registrerar och sammanställer inkomna klagomål och synpunkter som handlar om ansvar eller insatser inom hälso- och sjukvård. Berörda verksamheter informeras om samtliga händelser i syfte att ta lärdom.

Inkomna klagomål och synpunkter kan komma från patient och/eller närstående direkt, patientnämnd eller personal inom verksamheterna.

11. Sammanställning och analys

MAS sammanställer avvikelserna 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 Inspektionen för vård och omsorg, IVO 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 och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. PSL (2010:659).

Patient och/eller närstående bli alltid 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 bli informerade 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 Läkemedelshantering

Patientansvariga sjuksköterskor har övertaget läkemedelsansvar för 721 patienter, antalet dosetter som delas varje vecka är 284 och antalet Apodoskunder är 438. Patienterna har tillsammans 1 521 dostillfällen på ett dygn, de flesta av dessa doser överlämnas av delegerad omsorgspersonal.

45 st. sjuksköterskor har fått en halvdags utbildning om äldre och läkemedel, med tonvikt på läkemedelsgenomgångar.

Läkemedelsavvikelser

Under 2014 registrerades 784 läkemedelsavvikelser ingen avvikelse har lett till någon allvarlig patientskada. En ökning har skett med drygt 100 från 2013, ökningen är fördelad inom flera områden det är endast social psykiatri som minskat antalet avvikelser.

Antalet registrerade läkemedelsavvikelser 2014

Område	2012	2013	2014
Särskilt boende	264	211	278
Kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende	199	236	333
LSS	86	72	128
Social psykiatri	59	132	45
Totalt	608	651	784

De flesta avvikelserna handlar om att delegerad personal missat/glömt att överlämna läkemedel i rätt tid. En vanlig orsak är att upprättade rutiner inte följts. Antalet förväxlingar mellan patienter som kan vara en mycket allvarlig händelse är i år något högre än tidigare dock har ingen händelse varit av så allvarlig att den förorsakat någon patientskada.

Händelser	2012	2013	2014
Glömda doser	483	547	600
Feldelad dosett	40	80	39
Förväxling av pat. Egen dos	27	33	38
Förväxling mellan patienter	10	4	15
Dubbel dos	13	19	18
ApoDos el. Apotek - brist		19	30
Brist i informationsöverföring			6
Övrigt	35	39	41

Lex Maria

En händelse är anmäld enligt Lex. Maria till IVO, händelsen fick till följd att inblandad omsorgspersonal fick delegeringsansvaret delvis indraget, samt att enhetschef stöttade så att omsorgspersonal kunde få bättre struktur i sitt arbete. Socialnämnd har informerats enligt rutin.

13:2 Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP

Under 2014 har två 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 ärendena är avslutade.

13.3 Fallregistreringar

Antalet registrerade fall 2014

Område	2011	2012	2013
Särskilt boende	811	929	692
Ordinärt boende	489	386	560
LSS	53	72	112
Social psykiatri	23	6	17
Totalt	1376	1393	1381

13.4 Avvikelse rapporter Samordnad vårdplanering

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, t.ex. i samband med utskrivning från sjukhus.

Vi anmäler årligen ett större antal avvikelser som sker i samband med att patienter skrivs ut från slutenvården. Under 2014 har det som tidigare år främst handlat om brister i samband med informations överföring och läkemedelsinformation vid hemgång.

Vi har mottagit 4 avvikelser från slutenvård och primärvård under 2014 samtliga är utredda, åtgärdade, återkopplade och avslutade. Information om händelserna har delgivits berörda verksamheter i syfte att ta lärdom.

Följande avvikelser har översänts från vår kommun till slutenvården.

Avvikelse till	2012	2013	2014
Skaraborgs Sjukhus Skövde, SkaS	120	114	120
Skaraborgs Sjukhus Mariestad, SkaS	11	21	17
Skaraborgs Sjukhus Falköping, SkaS	12	21	20
Skaraborgs Sjukhus Lidköping, SkaS		6	7
Närhälsans Vårdcentral, Mariestad	7	10	16
Kinnekuhls hälsans Vårdcentral, Mariestad	1	4	5
Sjukvårdsrådgivningen	4		
Akutmott/ambulans			3
Specialist mottagningar	6	5	4
Övriga ex. Sahlgrenska universitetssjukhuset SU	2		4
Totalt	153	181	196

13.5 Kvalitetsregister

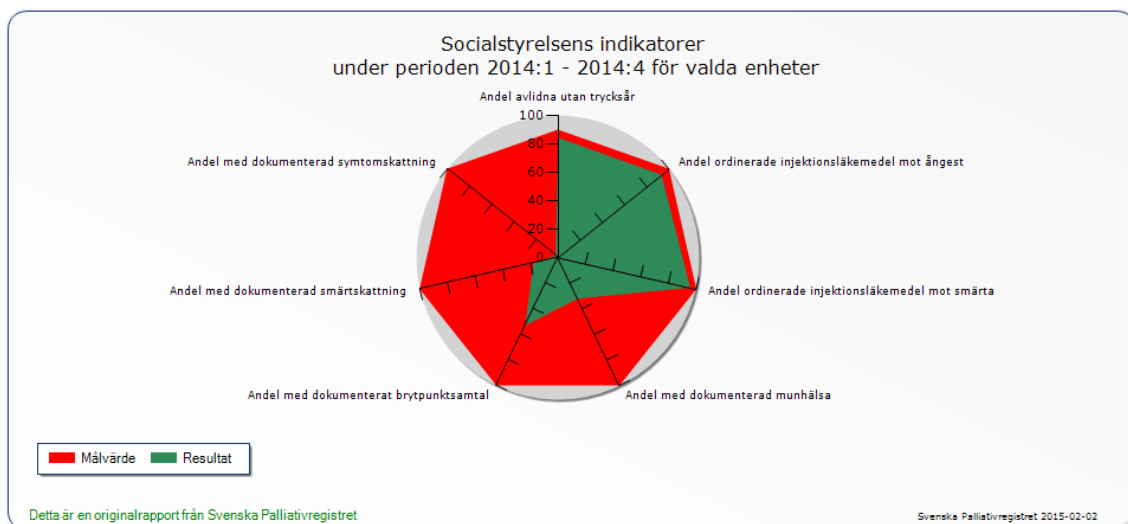
Senior alert

Antalet registreringar i Senior alert 2014 visar att det totalt genomförts **444** riskbedömningarna för fall, trycksår och undernäring och **377** riskbedömningar för munhälsa och endast 3 % av patienterna är helt utan risk.

Riskbedömningar	Med Risk	Med planerad åtgärd	Uppföljda
Fall	384	249	313
Trycksår	224	155	168
Undernäring	321	217	323
ROAG - Munhälsa	238	132	172

Palliativa

Rapporterna i det palliativa registret visar på skillnader inom våra verksamheter något som vi genom en arbetsgrupp planerar att förbättra 2015, förbättringsområden är att dokumenterad brytpunktssamtal, smärtskattning och symtomskattning.



BPSD

2014 har 74 personer med demenssjukdom eller demensliknande symtom registrerats i Mariestads kommun. Totalt har 102 skattningar genomförts under 2014 (En del personer har skattats vid flera tillfällen).

Kommunen har en certifierad utbildare som genomgick utbildningen 2014, och det finns 45 st. utbildade administratörer varav 10 st. fått sin utbildning under 2014. Bland administratörerna finns enhetschefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal. De täcker samtliga Särskilda boende, korttidsenheter, LSS och dagverksamhet.

13: 6 Klagomål och synpunkter

Under 2014 har 5 st. händelser registrerats och utretts av MAS. Samtliga händelser har tagits upp i verksamheten för att samtliga ska ta lärdom och att samma typ av händelse inte ska upprepas.

Patientnämnden har under 2014 haft 3 inkomna synpunkter som gäller Mariestads kommun, inget ärende har kommunicerats med kommunen eftersom samtycke inte lämnats för kontakt med vårdgivaren.

13: 7 IT- stöd patientjournal

Inledningsvis 2014 hade vi problem med långa svarstiden i journalsystemet Procapita – Tieto. Efter flera möten med Tieto, IT-enheten och systemansvariga, samt att flera mindre åtgärder genomförts med varierande resultat så avslutades samverkansmötena under våren -14 men IT- enheten fortsätter att utreda och åtgärda olika brister i samverkan med berörda. Vid årets slut kvarstår delar av problemen, IT-enheten fortsätter att arbeta med frågan. Verksamheten arbetar samtidigt med att se över maskinparken som visade sig vara gammal i flera fall och kanske är en orsak till delar av problemen. Under senare delen av 2014 har det inte framkommit några större klagomål.

Vi har 21 st. registrerade avvikelser varav ett längre som varade 2 ½ dygn, under den tiden pågick det arbete för att få igång systemet och verksamheterna fick löpande information. Stoppet gav sjuksköterskor extra arbete i efterhand men orsakade inga patientrisker. Övriga kortare stopp har inte orsakat någon patientrisk utan främst skapat irritation.

14. Övergripande mål och strategier för 2015

14.1 Metod och arbetssätt - kvalitetsregistren

- Färdigställa arbetsrutin för BPSD
- Utbilda administratörer BPSD i hemvården
- Åtgärdsplan för att minska antalet personer med för lång nattfasta
- Öka antalet genomförda riskbedömningar inom hemvården
- Synliggöra att vården är jämlik i rapporter från palliativa registret

14.2 Dokumentation

- Tydliggöra uppdraget för arbetsgrupp – ta fram en handlingsplan
- Ta fram ett dokument med riktlinjer – MAS

14.3 Vårdhygien

- Utbilda omsorgspersonal till hygienombud