



MARIESTAD

Patientsäkerhetsberättelse 2015

Socialnämnden

Mariestad

**Antaget av
Socialnämnden**

Mariestad 2016-03-01

Upprättad av:

Carina Gustavsson,
medicinskt ansvarig

sjuksköterska

Lotta Hjöberg,

sektor chef

Britt Johansson,

vård och omsorgschef

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 Avdelningschefer VoO och IFO	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 Kvalitetsråd	10
4.2 Ledning för Hälso- och sjukvårdsfrågor	10
4.3 Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.....	10
4.4 Vårdsamverkan Skaraborg.....	11
4.5 Mobil närvård – Närvårdsområde Norra	11
5. Uppföljning genom egenkontroll	12
6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	14
7. Samverkan för att förebygga vårdskador	17
7:1 Teamträffar	17
7:2 Närvården	17
7:3 Samordnad vårdplanering, Svpl	17
8. Riskanalys	17
9. Rapporteringsskyldighet	18
10. Klagomål och synpunkter	18
11. Sammanställning och analys	19
12. Samverkan med patienter och närstående	19
13. Resultat	20
13.1 Läkemedelshantering	20

13:2 Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP	21
13.3 Fallregistreringar	21
13.4 Avvikelse rapporter Samordnad vård- och omsorgsplanering	22
13.5 Kvalitetsregister.....	22
13:6 Munhälsobedömningar.....	24
13:7 Klagomål och synpunkter	24
13:8 IT- stöd patientjournal.....	24
13:9 Basala hygienrutiner	25
14. Övergripande mål och strategier för 2016.....	26



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 stöd och omsorg har gjort ett gott arbete för att förbättra kvaliteten med patientsäkerheten i våra verksamheter under 2015. Ansvaret är fördelat mellan socialnämnd, verksamhetschef, avdelningschefer, mas, enhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal.

I samband med kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen visade det sig finnas förbättringsområden och som ett led i det har en arbetsgrupp fått till uppdrag att ta fram lokala rutiner för läkemedelshanteringen. I samverkan med vårdcentralerna bör även medicinska vårdplaner och läkemedelsgenomgångar för enskilda patienter genomföras i en större utsträckning, något som då säkerställer en god läkemedelsbehandling.

Den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse är att man glömt att ge ordinerat läkemedel. Det återkommer även regelbundet fel i dosetter, dubbla doser och förväxlingar av patienters egna läkemedel. Avvikelser registreras medan analyser och uppföljningar endast sker i mindre omfattning något som behöver ske mer regelbundet. Ingen av avvikelserna kring läkemedelshantering har lett till någon allvarlig skada för personen.

När det gäller vård i livet slut, visar resultat från det palliativet registrerat att förbättringar skett under 2015. Resultatet visar på förbättringsområden, det går även utläsa skillnader mellan områden och enheter inom verksamheten. En arbetsgrupp är utsedd för att ta fram förbättringsåtgärder och regelbundet redovisa resultat i verksamheterna.

Övergripande mål och strategier från 2015 är under arbete som kommer fortsätta under 2016.

Möjligheter till förbättringar finns inom områden för att förebygga fall, palliativ vård, arbeta mer med risk och händelseanalyser, vård för personer med demenssjukdom i ordinärt boende, utveckla arbetet med medicinska och individuella planer samt ta fram riktlinjer för dokumentation i syfte att kunna utvärdera dokumentationen.

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 2015 har verksamheten fortsatt att utveckla ledningssystem. Kvalitetsrådet är en ny arbetsgrupp som skapats i syfte att utveckla, strukturera och följa upp riktlinjer och rutiner i ledningssystemet.

Patientsäkerhetsarbetet under 2016 kommer att ha fokus på förebyggande insatser. Riskanalys är en beprövad metod för säkerhetsarbete i hälso- och sjukvården. Genom en kartläggning av hur olika delar i verksamheten fungerar i praktiken kan risker och brister identifieras och analyseras. Vidare kommer det systematiska kvalitetsarbetet i större utsträckning innefattas av händelseanalyser. Målet är att avvikelser, synpunkter och klagomål ska hanteras mer skyndsamt samt att lokal riktlinje för avvikelshantering uppdateras och på ett bättre sätt implementeras som en naturlig del av arbetet. Gemensamt analysarbete behövs för att formulera åtgärder, genomföra samt följa upp de effekter som åtgärderna ger.

Under 2016 kommer arbetet med att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet enligt Patientlagen, PL (2014:821) att fortsätta. 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 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 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. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900). 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 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 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.

3.6 Enhetschefers ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som socialnämnd, verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

3.7 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 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 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 Smittskyddsmyndigheten 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 i kvalitetsrådet samt i den ledningsgrupp, samverkansgrupp eller nämnd som varit aktuell i frågan.

4.1 Kvalitetsråd

Kvalitetsrådet upprättades under 2015 och består av avdelningschefer (Bistånd, IFO, VoO), mas och verksamhetsutvecklare. Gruppen träffas regelbundet under året. Kvalitetsrådets uppdrag är att utifrån ett årshjul:

- Utveckla, strukturera och följa upp kvalitetsledningssystemet
- Ansvara för att kvalitetsledningssystemet implementeras i verksamheterna
- Följa upp, analysera och utvärdera befintliga riktlinjer
- Ansvara för att riktlinjer skapas där det saknas i kvalitetsledningssystemet

4.2 Ledning för Hälso- och sjukvårdsfrågor

Ledningsgruppen följer kontinuerligt upp patientsäkerhetsfrågor på månadsmöten. Gruppen består av Vård och omsorgschef, två enhetschefer samt mas vilka 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.

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

Hälso- och sjukvårdsavtalet (HoS) 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 omvärldsorienterar gemensamt utvecklingen både regionalt, nationellt och internationellt.

4.4 Vårdsamverkan Skaraborg

Gemensamt har regionen och kommunerna i Västra Götaland tagit fram en regional handlingsplan med olika aktiviteter för att stödja arbetet. En fastställd genomförandeplan 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.

4.5 Mobil närvård – Närvårdsområde Norra

I Skaraborg har ett långsiktigt samarbete mellan kommunerna resulterat i en ny vårdmodell och en ny ledningsstruktur. Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare. Vården ges i hemmet och utgår från patientens behov. Syftet är att skapa en ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser och att minska undvikbar slutenvård. Under 2015 har Mariestad tillsammans med övriga kommuner i närvårdsområde Norra förberett och påbörjat en uppstart av de mobila verksamheterna.

Vården grundar sig i personcentrerad vård vilket 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



5. Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontrollplan för mas i MTG, medicinskt ansvarig sjuksköterska i Mariestad, Töreboda och Gullspång, utifrån angivna områden i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL 24 § och 7 kap. 3 § Patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369) PSF samt handlingsplaner vårdssamverkan Skaraborg och närsjukvård Norra utgör strukturen för att systematiskt kontrollera kvalitén.

Läkarmedverkan

Handlingsplaner framtagna i vårdssamverkan finns och följs upp vid två tillfällen om året. Läkarmedverkansavtal enligt HoS- avtal upprättade för tiden 2014-2016 finns, dialog förs löpande mellan ansvariga chefer i kommun och på vårdcentraler för att följa avtal och patientsäkra vården.

Läkemedel

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen årligen enligt egenkontrollplan.

Enkätundersökning enligt egenkontrollplan och handlingsplan i närsjukvården för att mäta antalet genomförda läkemedelsgenomgångar, antal läkemedelsdoser och dosdelningssätt genomförs årligen.

Läkemedelskartläggning framtagna av Norra närvården genomförs årligen för att förbättra äldres 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 för att diskutera rutin för förskrivningsprocess, spårbarhet av hjälpmedel samt uppdatering av antalet förskrivare.

Läkemedelsnära produkter

Intern kompetenshöjande utbildning inom området inkontinens genomförs årligen för förskrivare och ombud. Utbildningen innehåller genomgång och diskussion av utredning, produkter och förskrivningsprocessen och följer egenkontrollplanen. Antalet förskrivare ses över och uppdateras årligen enligt egenkontrollplan.

Förskrivning av särskilda näringstillägg på särskilda boende följs årligen upp av mas.

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, i samband med detta sker också en kontroll av de delegeringar som endast sker efter samråd med Mas. Allt enligt egenkontrollplan.

Dokumentation

Hälso- och sjukvårdsverksamheten arbetar fortlöpande genom att en dokumentationsgrupp utvecklar dokumenteringen i syfte att förbättra och säkerställa. Dokumentationssystemet är Procapita och den legitimerade personalen dokumenterar enligt ICF, internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Målet är att enligt egenkontrollplanen genomföra journalgranskningar vartannat år.

I externa och interna system där känsliga personuppgifter förekommer, sker idag inloggning med SITHS-kort.

Systemansvarig sjuksköterska tar regelbundet ut loggningsuppgifter enligt framtagen rutin som sedan granskas av ansvariga enhetschefer.

Influensa

Patienter i verksamheterna som i de flesta fall tillhör riskgrupperna har informerats och erbjudits vaccination mot influensa för ett självkostnadspris. Enligt rekommendationer från Smittskyddsinstitutet dokumenteras alla givna vaccinationer i ett nationellt journalsystem, Svevac.

Basala hygienrutiner

Självskattning av de basala hygienrutinerna genomförs årligen, en hygienrund genomförs var tredje år på varje enhet och då diskuteras vårdhygieniska frågor med all berörd personal och protokoll förs. Enligt egenkontrollplan.

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.

Under året 2015 har det i perioder varit brist på läkare något som påverkar läkarmedverkan. Enhetschefer för sjuksköterskor i kommun och vårdcentralernas chefer har regelbunden kontaktar i syfte att patientsäkra.

Läkemedel

I de avtal som tecknats med vårdcentralen ska läkemedelsgenomgång genomföras minst en gång om året. Enkätundersökning visar att antalet läkemedelsgenomgångar inte genomförts i den omfattning som handlingsplaner med vårdcentraler säger.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen är genomförd med gruppsamtal och tillsyn på några utvalda enheter. Riktlinjen är numera känd och följsamheten är i stort bra. Rapporter är skrivna och överlämnade till aktuella enhetschefer på enheter där det finns brister, handlingsplaner har tagits fram och uppföljning är planerad.

Delegering

Antalet delegeringar har under 2015 ökat i antal, orsaken tros vara att det under 2015 har varit en stor omsättning av omsorgspersonal inom hemvård. För att öka kontinuitet och patientsäkra vården har en omorganisation genomförts. Dialog mellan vård- och omsorgschef och enhetschefer förs i syfte att framtagna rutin gällande delegerade uppgifter ska ges möjlighet att följas på samtliga enheter. Ett fåtal delegeringar har under året dragits in, de flesta i samråd med mas.

Dokumentation

Nationell Patientöversikt, NPÖ, är ett IT- stöd inom vården som gör att legitimerad personal snabbt får en översikt av patienters vård vid sjukhusvistelse och i framtiden även vid vårdcentralbesök. Framförallt som stöd i särskilt komplicerade patientärenden där den enskilde har kontakter med flera vårdgivare. Under 2015

har kommunen löst det tekniska samt upprättat riktlinje, informationsbroschyr och implementerat NPÖ i det dagliga arbetet hos legitimerad personal.

Munhälsa

Mariestads kommun genomför projektet ”Tandhygienist i kommun” i samarbete med Folktandvården och Hälso- och sjukvårdsutskottet i Västra Götalandsregionen. Munhälsoprojektet har även under 2015 nått ett mycket bra resultat.

Informations och utbildningsinsatser har genomförts inom områdena:

- 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 högkostnadsskydd och frikortutförs.. 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.

En kvalitetsgranskning av var munvårdskort förvaras och hur de används har genomförts på särskilda boende.

Kvalitetsregister

Arbetsgrupper finns för samtliga kvalitetsregister i syfte att öka patientsäkerheten och stärka det förebyggande arbetet. Under 2015 har handlingsplaner och rutiner uppdaterats.

Kvalitetsregistren är:

- Senior alert
- Svenska palliativ registret
- BPSD

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 symtomen 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 2015 har verksamheten arbetat med att ta fram riktlinjer och rutiner för hur verksamheterna ska arbeta i syfte att ge lika förutsättning för patienter med BPSD.

Basala hygienrutiner

Basala hygienrutinen har följts upp genom en självskattning.

Hygienronder genomfördes hösten 2015, planeringen är att enhetscheferna kallar ihop till möte med berörd personal från enheten. Ett framtaget protokoll – MTG används som diskussionsunderlag och fylls i. Protokollet följer (SOSFS 2015:10) Basala 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 Teamträffar

Teamet består av arbetsterapeut, sjuksköterska, biståndsbedömare, enhetschef, sjukgymnast/fysioterapeut 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 samordnad vård- och omsorgsplaneringar på sjukhus, bedömningar och insatser blir därmed utförda av samma team som har en samsyn.

8. Riskanalys

Under 2015 har en riktlinje för riskanalys och händelseanalys tagits fram i syfte att beskriva 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

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, 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 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 ombuds 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 Läkemedelshantering

Patientansvariga sjuksköterskor som deltagit i enkäten har ett övertaget läkemedelsansvar för 715 patienter. Antal dosetter som delas av deltagande sjuksköterskor varje vecka är 247 och antalet Apodoskunder är 447.

Under rekommenderad tid för vaccination av säsongsinfluensa, (säsongen 2015-16) har 493 patienter valt att vaccinera sig, utav dessa valde också 14 patienter även att vaccinera sig mot pneumokocker. Antalet patienter som väljer att vaccineras sig har varit stabilt de senaste 5 åren.

Läkemedelsavvikelser

Under 2015 registrerades 913 läkemedelsavvikelser, ingen avvikelse har lett till någon allvarlig patientskada. En ökning har skett med drygt 100 från 2014.

Antalet registrerade läkemedelsavvikelser 2015

Område	2013	2014	2015
Särskilt boende	211	278	358
Kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende	236	333	377
LSS	72	128	101
Social psykiatri	132	45	77
Totalt	651	784	913

De flesta avvikelserna handlar om att delegerad personal glömt att överlämna läkemedel i rätt tid, en vanlig orsak är att upprättade rutiner inte följts. Förväxlingar mellan patienter är en mycket allvarlig händelse, **avvikelser i dosetter har ökat, förväxlingar av patienters egna läkemedel och dubbla doser är händelser som behöver analyseras för att finna åtgärder så att antalet minskar.** Ingen händelse har varit av så allvarligt slag att det varit risk för allvarlig patientskada, ingen händelse har heller förorsakat någon allvarlig patientskada som lett till en Lex Maria anmälan under 2015.

Händelser	2013	2014	2015
Glömda doser	547	600	644
Fel i dosett	80	39	72
Förväxling av pat. Egen dos	33	38	44
Förväxling mellan patienter	4	15	14
Dubbel dos	19	18	27
ApoDos el. Apotek - brist	19	30	9
Brist i informationsöverföring		6	3
Signering saknas eller är felaktig			71
Övrigt	39	41	29

13:2 Negativ händelse av Medicinteknisk produkt, MTP

Under 2015 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 ärende är avslutade.

13.3 Fallregistreringar

Antalet registrerade fall 2015

Område	2013	2014	2015
Särskilt boende	929	692	902
Ordinärt boende	386	560	563
LSS	72	112	104
Social psykiatri	6	17	9
Totalt	1 393	1 381	1 578

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

13.4 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.

Vi anmäler årligen ett större antal avvikelser som sker i samband med att patienter skrivs ut från slutenvården. Under 2015 har det som tidigare år främst handlat om brister i samband med informationsöverföring och läkemedelsinformation vid hemgång. Under 2015

Under 2015 har mottagit 8 avvikelser från slutenvård och primärvård samtliga är utredda, åtgärdade, återkopplade och avslutade. Information om händelserna har delgivits berörda verksamheter i syfte att ta lärdom.

Fördelning av avvikelser från vår kommun till övriga vårdgivare.

Avvikelse till	2013	2014	2015
Skaraborgs Sjukhus Skövde, SkaS	114	120	134
Skaraborgs Sjukhus Mariestad, SkaS	21	17	13
Skaraborgs Sjukhus Falköping, SkaS	21	20	15
Skaraborgs Sjukhus Lidköping, SkaS	6	7	7
Närhälsans Vårdcentral, Mariestad	10	16	13
Kinnekuhlehälsans Vårdcentral, Mariestad	4	5	21
Sjukvårdsrådgivningen			
Akutmott/ambulans		3	2
Specialist mottagningar	5	4	7
Övriga ex. Sahlgrenska universitetssjukhuset SU		4	5
Totalt	181	196	217

13.5 Kvalitetsregister

BPSD

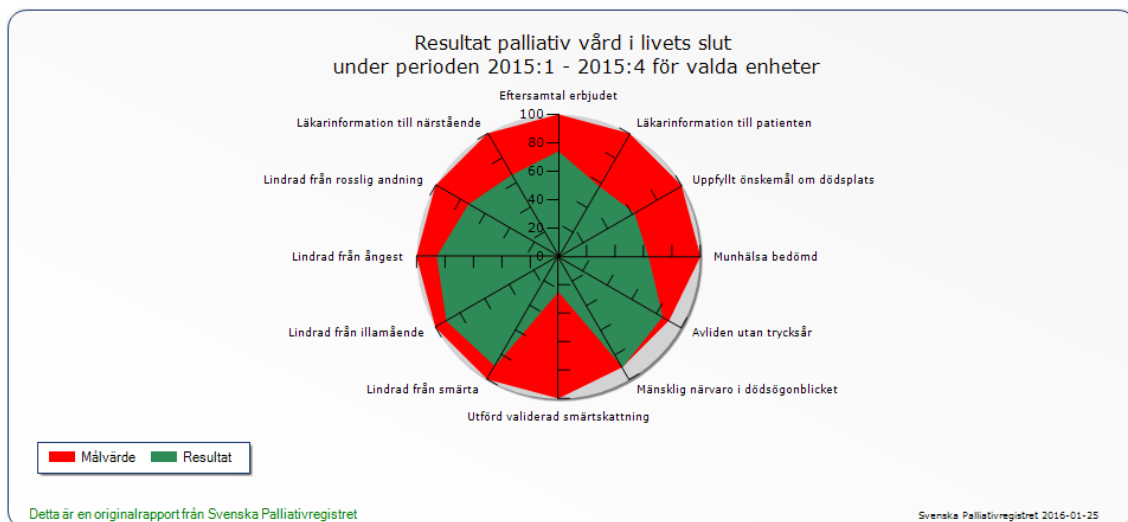
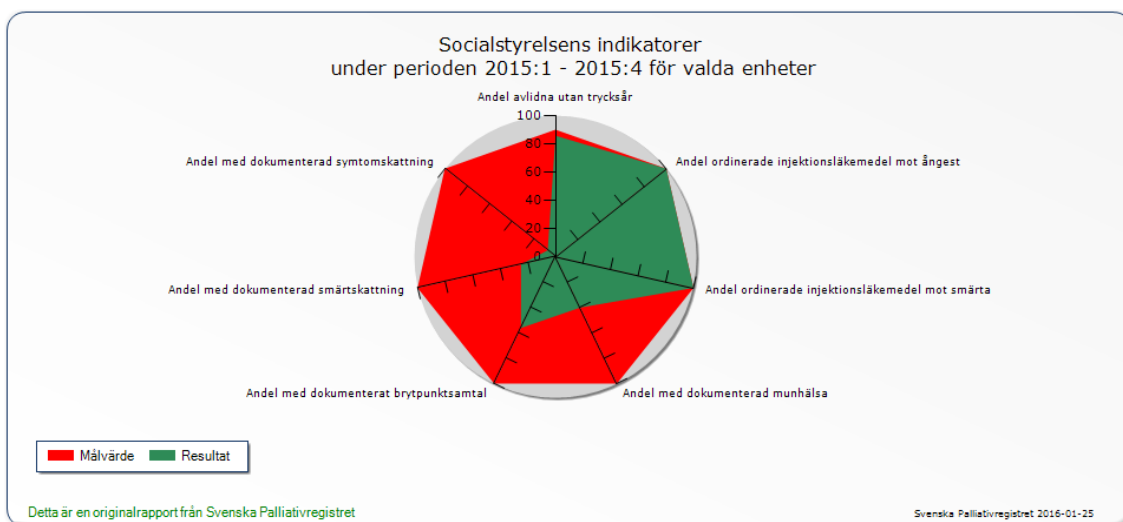
Kommunen har en certifierad utbildare som genomgick utbildningen 2014, och det finns 67 utbildade administratörer varav 22 av dessa fått sin utbildning under 2015.

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 kan man säkerställa att alla får samma möjligheter i livets slut. Rapporterna i det palliativa registret visar fortfarande på skillnader inom våra verksamheter.

För kommunen som helhet har samtliga resultaten av socialstyrelsens indikationer förbättrats. Förbättringsbehov finns när det gäller dokumentation av brytpunktsamtal, smärt- och symtomskattning samt munhälsa.

För kommunen som helhet har även samtliga resultat av kommunens indikationer förbättrats. Röd markering visar nationellt målvärde och grön markering visar hur långt Mariestad nått. Ju mer grönt desto bättre.



Senior alert

Antalet registreringar i Senior alert 2015 visar att det totalt genomförts 696 riskbedömningarna för fall, trycksår och undernäring. 636 riskbedömningar för munhälsa och 8 % av patienterna är helt utan risk.

Antalet genomförda riskbedömningar har ökat sedan 2014 främst för munhälsa och fall. Däremot har antalet uppföljningar av åtgärder minskat i förhållande till genomförda riskbedömningar.

Riskbedömningar	Med Risk	Med planerad åtgärd	Uppföljda åtgärder
Fall	564	327	335
Trycksår	260	181	217
Undernäring	449	269	290
ROAG - Munhälsa	558	173	158

13:6 Munhälsobedömningar

Det är 607 personer som har fått ett intyg om nödvändig tandvård och av dessa har 422 tackat ja till en munhälsobedömning och 330 har fått den utförd under 2015. Resultatet är en ökning med runt 50 personer i jämförelse med 2014.

Kvalitetsgranskning av var munvårdkort på särskilda boende visar att de finns placerade på olika ställen och personal har varierande kunskap om hur de ska användas för att ge den enskilde rätt insats.

13:7 Klagomål och synpunkter

Under 2015 har 7 händelser registrerats och utretts av mas. Samtliga händelser har tagits upp i verksamheten för lärdom så att samma typ av händelse inte ska upprepas.

13:8 IT- stöd patientjournal

Under 2015 har 6 avvikelser registrerats (21 avvikelser under 2014), varav ett var längre och varade i 6 dygn. Under det lägre avbrottet pågick det arbete för att få igång systemet och verksamheterna fick löpande information. Stoppet gav sjuksköterskor extra arbete i efterhand men orsakade inga patientrisk. Övriga kortare stopp har inte orsakat någon patientrisk.

13:9 Basala hygienrutiner

Under 2015 har verksamheterna utbildat 50 omsorgspersonal till hygienombud.

Hygienronder är genomförda på samtliga särskilda boende, av samtliga enhetschefer inom LSS och av två enhetschefer 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, att underarmar ska hållas fria från armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor eller motsvarande samt att naglarna ska vara korta och fria från konstgjorda material.

14. Övergripande mål och strategier för 2016

Metod och arbetssätt – kvalitetsregistren

- Utbilda BPSD administratörer i hemvården
- Färdigställa åtgärdsplan för att minska antalet personer med för lång nattfasta
- Utveckla den palliativa vården, visa på en jämlik vård i rapporter från palliativa registret

Dokumentation

- Starta och implementera modulerna ”HSL-uppdraget” och ”Att göra listan” i Procapita
- Ta fram en riktlinje för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål samt utveckla arbetet med händelseanalyser så de hanteras mer skyndsamt och som en naturlig del av arbetet
- Ta fram en rutin för att säkra informationsöverföring mellan Leg. personal och omsorgspersonal
- Ta fram ett dokument med riktlinjer för dokumentation – mas
- Mall för journalgranskning - mas

Mobil Närvård

- Starta upp och skapa samverkansrutin för arbetet med mobil hemsjukvårdsläkare
- Utveckla arbetet med Medicinska vårdplaner

Kompetens

- Erbjuder all legitimerad person utbildning i Hjärt- och lungräddning, HLR