



Kumla kommun

2018-01-29

SN 2018/66

Dokumentansvarig
Linda Lindblom-Karlsson
Therese Börjesson
Medicinskt ansvariga

Patientsäkerhetsberättelse
Socialförvaltningen Kumla kommun 2017

Innehåll

1. Bakgrund	4
2. Ansvarsfördelning gällande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	4
2.1 Socialnämndens ansvar	4
2.2 Socialchefens ansvar	4
2.3 Medicinskt ansvarigas ansvar	4
2.4 Verksamhetschefens ansvar	5
2.5 Enhetschefens ansvar	5
2.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	5
3. Övergripande mål och strategier	5
3.1 Mål 2017	6
3.2 Uppföljning och utvärdering	6
4. Samverkan	6
4.1 Samverkan regionalt	6
4.2 Samverkan i södra länsdelen	7
4.3 Samverkan med närsjukvården i Kumla	8
4.4 Samverkan med patienter och närstående	8
4.5 Samverkan med medborgare i övrigt	9
4.6 Socialstyrelsens brukarundersökning	9
5. Nationella kvalitetsregister	9
5.1 Senior Alert	9
5.2 Svenska HALT	10
5.3 Svenska palliativregistret	11
5.4 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	11
6. Nationella punktprevalensmätningar	12
7. Uppföljningar av verksamheten	12
7.1 Egenkontroll	12
7.2 Avvikelser	13
7.2.1 Fall	14
7.2.3 Läkemedel	14
7.2.4 Tryckskada	15
7.2.5 Medicinteknik	15

7.2.6	Vårdkedjan	15
7.2.7	Omvårdnad/rehab HSL.....	15
7.2.8	Narkotikakontroller	16
8.	Övrigt förbättringsarbete.....	17
8.1	Läkemedelsgenomgångar	17
8.2	Nutrition	17
8.3	Dokumentation	17
8.4	Delegering	18
8.5	Vårdhygien	18
8.6	Skydds-och begränsningsåtgärder	18
8.7	Handrehabilitering	19
9.	Patientsäkerhetsmål 2018	19

1. Bakgrund

Syftet med Patientsäkerhetslagen (2010:659) är att minska vårdskador och därmed höja patientsäkerheten i vården. Vårdgivaren är skyldig att driva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och ge patienter och närstående möjlighet att delta. Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som uppnåtts.

2. Ansvarsfördelning gällande kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

2.1 Socialnämndens ansvar

Vårdgivaren tillika socialnämnd ska fastställa övergripande strategier och mål för det systematiska kvalitetsarbetet.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. (SFS 2010:659, 3 kap 1§)

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten för att med stöd av detta planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. (SOSFS 2011:9 3kap 1§) Denna föreskrift ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet enligt 3 kap. SFS 2010:659.

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. (SFS 2010:659 3 kap 9§)

Vårdgivaren ska dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse som ska vara klar 1 mars årligen. Vårdgivaren ska fortlöpande dokumentera arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9).

2.2 Socialchefens ansvar

Socialchef, tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården, skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det

systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

2.3 Medicinskt ansvarigas ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har tillsammans med socialchef ansvar att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. De medicinskt ansvariga utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I de medicinskt ansvarigas ansvar ingår bl.a. att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

2.4 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård och omsorg inom sitt verksamhetsområde. Respektive verksamhetschef ansvarar för styrning och ledning av hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet utvecklas, säkras och bedrivs samt vilka resultat som uppnåts. Verksamhetschefen ansvarar för att rapportera verksamhetens resultat och eventuella åtgärder till Medicinskt ansvariga.

Verksamhetschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställts är väl kända i verksamheten.

2.5 Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård och omsorg inom sin enhet. Respektive enhetschef ansvarar för att dokumentera hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet utvecklas, säkras och bedrivs, samt vilka resultat som uppnåts. Resultat och åtgärder ska rapporteras till verksamhetschef. Enhetschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställts är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

2.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

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

3. Övergripande mål och strategier

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1997:142) är:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Patienten 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.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Socialnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår.

3.1 Mål 2017

Kommunfullmäktiges mål är att Kumla kommun erbjuder god vård, omsorg och stöd samt arbetar förebyggande i all verksamhet.

Följande aktiviteter som berör hälso-och sjukvården, med koppling till detta mål, har genomförts.

- Beslutade aktiviteter enligt Sammanhållen vård-och omsorg om de mest sjuka äldre, handlingsplan för södra länsdelen t ex.
 - Beslutsstöd, kommunens sjuksköterskor använder strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patientens försämrats.
 - Fortsatt implementering sker och utbildning i ViSam modellens samtliga delar. Inom detta område skall vi också förbereda och säkra upp inför den nya Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612)
- Avvikelser – Utbildning och införande av arbetsätt där baspersonalen registrera avvikelser direkt i verksamhetssystemets digitala avvikelsem modul.
- Fortsatt arbete med hjälpmedelsmodul och Att Göra Lista i verksamhetssystemet
- Effektivisera och säkerställa delegeringsprocessen.

3.2 Uppföljning och utvärdering

Med syfte att följa upp målen har medicinskt ansvariga begärt in redovisning från verksamheterna med hjälp av "Egenkontroll årschecklista hälso- och sjukvård". När det framkommit brister ska enhetscheferna lyfta ut dessa och lägga in dem i en handlingsplan där åtgärder, tidsplan och ansvarig redovisas.

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

- Uppföljning av mål enligt ledningssystem
- Uppföljning enligt föreslagna förbättringar från föregående års Patientsäkerhetsberättelse
- Brukarundersökningar
- Nationella studier och kvalitetsregister
- Egenkontroller
- Tillsyn

4. Samverkan

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

4.1 Samverkan regionalt

Ansaret för vård och omsorg för de äldre delas mellan; kommunerna, närsjukvården och slutenvården.

Satsningen "Bättre liv för sjuka äldre", var ett regionalt samverkansprojekt som pågick 2010-2014 och resulterade i Visam-modellen. Modellen består av 3 delar:

- Beslutsstöd
- Säker utskrivning
- SIP Samordnad individuell plan

Det fortsatta utvecklingsarbetet har från 2015 integrerats som en del av Region Örebro läns och kommunernas ordinarie verksamhet.

Regionalt har "Handlingsplan sammanhållen vård och omsorg för äldre i Örebro län 2016-2018" tagits fram av representanter utsedda från länsdelsgrupperna och utvecklingsgrupp Äldre och somatik under ledning av utvecklingsledare från område Valfärd och folkhälsa.

Följande aktiviteter har utförts under året:

- Lifecare Samordnad planering har införts. Det innebar att de två IT-stöden Meddix samordnad plan inför utskrivning (SVP) och Meddix öppenvård (SIP) blev ett. Regionen samt länets kommuner har arbetat tillsammans för att utforma arbetssätt som skall säkerställa processen gällande Säker utskrivning kopplat till Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering i länets kommuner har under året haft nätverksträffar 6 gånger. Dessa forum har bl.a. till syfte att "Så långt som möjligt säkerställa patientsäkra processer och rutiner i länet."

4.2 Samverkan i södra länsdelen

I södra länsdelsgruppen ingår representanter inom vård och omsorg från USÖs områdesledning, Region Örebro Läns södra verksamheter och södra länsdelens kommuner Askersund, Hallsberg, Kumla och Lekeberg. Ansvar för vård och omsorg för de äldre delas mellan kommunerna och Region Örebro Län. Detta ställer stora krav på samarbete och god information och kommunikation så att inte den enskilde kommer i kläm mellan olika verksamheter och slussas runt mellan olika vårdinrättningar.

Länsdelsgruppens uppgift är att styra, leda och följa upp det operativa arbetet i södra länsdelen där det finns behov av samverkan mellan de olika parterna.

Till stöd för varje länsdelsgrupps samverkansarbete finns en samverkansledare som samfinansieras av Region Örebro Län och kommunerna.

Med utgångspunkt från den regionala handlingsplanen har "Handlingsplan sammanhållen vård och omsorg – södra länsdelen 2016-2018" tagits fram.

Målet med arbetet utifrån den lokala handlingsplanen är ett bättre liv för de mest sjuka äldre i södra länsdelen. Som äldre och sjuk i Örebro län ska man :

- kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg
- få den vård man behöver, när man behöver den, på det sätt man önskar få den
- inte märka våra organisatoriska gränser
- möta kompetens, säkerhet, hög kvalitet och gott bemötande
- uppleva en värdig sista tid i livet

Syftet med handlingsplanen är att utveckla möjligheter till samarbeten mellan Region Örebro Län och kommuner för att förbättra en sammanhållen vård- och omsorg. Utveckling av ett strukturerat förebyggande arbetssätt med den enskildes behov i fokus och en prioritering av rätt insatser för att uppnå jämlik och effektiv vård.

Handlingsplanen berör aktiviteter inom följande områden:

- Främja hälsa och förebygga ohälsa
- Förebyggande arbetssätt och rehabilitering
- God psykisk hälsa
- God vård vid demenssjukdom
- God läkemedelsbehandling
- God vård vid livets slut
- Sammanhållen vård och omsorg

4.3 Samverkan med närsvården i Kumla

Närsvården i Kumla har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Sjukvårdsinsatser i särskilda boendeformer (SÄBO och bostad med särskild service), dagverksamheter samt i ordinärt boende är ett gemensamt ansvar för kommunerna och Region Örebro Län. Läkare- och sjukgymnastresurser tillhandahålls av närsvården och sjuksköterske- och arbetsterapeutresurser av kommunerna. Kommunerna har ansvar för sjuksköterskeinsatserna från den dagen behovet uppstår, om patienten inte kan ta sig till vårdcentralen eller till närsvårdens jourmottagning. Kommunernas och Region Örebro Läns ansvar är reglerat i "Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län".

Närsvårdens läkare har inplanerade konsultationstider för kommunens sjuksköterskor. Möjligheter till akuta konsultationer finns mellan dessa tillfällen. På kvällar, helger och nätter konsulteras läkare via närsvårdens jourmottagning. När jourmottagningen är stängd finns en bakjour att kontakta.

En styrgrupp bestående av socialchef, verksamhetschefer för vård och omsorg, enhetschef för kommunens hälso- och sjukvårdsenhet, MAS, MAR, verksamhetschef och biträdande verksamhetschef från närsvården samt representant från närsvårdens rehab enhet, träffas regelbundet för att diskutera samarbetet och genomföra förbättringar.

4.4 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- medverka vid planering av sina egna insatser
- bli informerade om när nationella studier genomförs
- bli informerade vid händelser som lett till vårdskada
- bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

4.5 Samverkan med medborgare i övrigt

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att

- ha en lättillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer via talesombudsträffar och sociala rådet samt pensionärsföreningar vid efterfrågan

4.6 Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen har gjort en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende. Bl.a. ställdes frågan

”Hur lätt eller hur svårt är det att få träffa en sjuksköterska vid behov?”

Hur lätt eller svårt är det att nå en sjuksköterska?	Mycket/ganska lätt (% i genomsnitt)		
	Riket	Region Örebro	Kumla
Hemtjänsten			
2013	69	67	60
2014	69	70	64
2015	67	66	62
2016	Mätning ej gjord		
Särskilt boende			
2013	78	78	70
2014	78	80	76
2015	77	75	73
2016	77	76	69
2017	77	73	67

5. Nationella kvalitetsregister

För att på ett strukturerat sätt kunna utveckla och analysera våra insatser arbetar vi med nationella kvalitetsregister.

Förvaltningen har under året arbetat med riskanalyser i Senior Alert. I det Palliativa registret registreras en enkät där vården av patienters sista veckor i livet utvärderas. Flera verksamheter registrerar i Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. Några enheter har under detta år deltagit i Svenska HALT.

5.1 Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förbyggande vård och omsorg. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av undernäring, trycksår, ohälsa i munnen och fallolyckor.

Riskbedömningar	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017
Totalt	397	172	331
Risk för fall	309	134	231
Risk för trycksår	101	56	80
Risk för undernäring	244	116	187
Risk för ohälsa i munnen	159	72	96

Källa: Senior Alert 2017

Under året har antalet riskbedömningar samt åtgärdsplaner ökat betydligt på våra vårdboenden samt inom LSS verksamheten. Däremot ser vi att arbetet inte uppnått det resultat vi önskat inom hemtjänst.

5.2 Svenska HALT

Baseras på mätning från Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) som omvandlats till en Svenskt HALT. Det är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer, antibiotikaförbrukning och vårdtyngd inom särskilt boende. Syftet är att stödja arbetet med att förebygga infektioner förvärvade på särskilt boende samt optimera antibiotikaanvändningen. Det riktar sig mot alla kommuner och alla särskilda boende i Sverige.

Definition av vårdrelaterade infektioner VRI är "Infektion som uppkommer hos person under slutet vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning." Källa: Socialstyrelsens termbank.

Generella riskfaktorer för att drabbats är bl.a Åldern, Lång vårdtid, Nedsatt immunförsvar, malnutrition, allvarlig grundsjukdom, trauma samt även urinkateterbärare.

Detta genomfördes under 2017 under specifikt satta veckor som gällde för hela Sverige. I Kumla Kommun deltog Kungsgården med alla respektive avdelningar. I Kumla Kommun blev andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO 3% medans i Sverige vad det 1%.

5.3 Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Kumla %	Kumla %	Kumla %	Kumla %	Kumla %	Kumla %
Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall	74,52	70,73	70,83	66,82	60,64	71%
- inrapporterade av kommunens verksamheter	35,09	38,98	36,3	30,91	29,83	37,37%
Brytpunktssamtal till patient	45,6	51,9	64,6	75,8	69,1	74,6
Brytpunktssamtal till närstående	45,6	50,0	72,9	66,1	80,0	77,5
Utförd smärtskattning	7,4	36,5	37,5	50,0	65,5	59,2
Lindrad mot smärta	67,6	76,9	66,7	90,3	74,5	73,2
Lindrad mot illamående	79,4	82,7	93,8	93,5	94,5	95,8
Lindrad mot ångest	52,9	71,2	72,9	90,3	83,6	77,5
Lindrad från rosslig andning	69,1	65,4	68,8	79,0	80,0	73,2
Avliden utan trycksår	83,8	88,5	100	82,3	81,8	85,9
				Mål 90%		
Munhälsa bedömd						74,6
Någon närvarande i samband med dödsfallet	88,2	94,2	95,8	91,9	98,2	94,4
				Mål 90%		
Erbjudande av eftersamtal till närstående	52,9	67,3	58,3	74,2	89,1	81,7

Källa: Palliativa registret

Samtliga kommunens verksamheter i vård och omsorg och LSS-verksamheten registrerar i palliativa registret. I år jämfört med förra är fler dödsfall registrerade. Flera indikatorer visar tyvärr på en negativ utveckling. Detta kan bero på olika aspekter, använder man systemet fel eller är det så att man behöver mer kunskap/utveckling inom den palliativa vården? Vi vet också att fler patienter med avancerad behov av sjukvård finns inom kommunal verksamhet.

Detta är ett område med behov av utvecklingsarbete och som vi under kommande år ska arbeta vidare med säkerställa kvalitén i den palliativa vården.

Den övergripande palliativa gruppen som består av två sjuksköterskor 1 arbetsterapeut och 1 läkare träffas några gånger/år för att se hur den palliativa vården ska utvecklas. Det finns också palliativa ombud i alla arbetsgrupper som träffar den övergripande palliativa gruppen regelbundet.

5.4 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat. Detta gör att varje enhet kan följa sin verksamhet. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt

sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Verksamheterna har med hjälp av BPSD-registret gjort 105 bedömningar/registreringar under 2017 (januari- december).

Under året har i Kumla kommun 1 undersköterska/utvecklingsledare, 2 sjuksköterskor och 1 arbetsterapeut utbildats till administratörer i BPSD.

Ett nytt vård och omsorgsboende för personer med demenssjukdom har öppnat under hösten, i samband med det har all omvårdnadspersonal – ca 63 undersköterskor- fått utbildning i demens som bygger på de nationella demensriktlinjerna. Denna utbildning har även getts åt nyanställda inom HSL samt biståndshandläggare.

Enheternas arbete med BPSD-registret följs upp av sjuksköterska och arbetsterapeut med specialistkompetens inom demens. De kan även vid behov vara med på omvårdnadsträffar (OVT) för handledning i bemötandefrågor. Ca 1 gång per termin kallas BPSD-administratörerna till en gemensam träff, för möjlighet till diskussion och avstämning gällande arbetet med BPSD-registret.

Demensutbildningarna och arbetet med BPSD-registret har bidragit till ökad kännedom om de nationella demensriktlinjerna. I hemtjänsten och på korttidsboende finns demensombud. Ca 1 gång/månad träffas de tillsammans demensspecialisterna. Detta är tillfällen för diskussion och vidare utbildning i de nationella demensriktlinjerna samt Demens ABC och Demens ABC+ samt Nollvision och Musik i vården. Under 2018 kommer fortsatt arbete ske med hur BPSD-registret kan vara ett stöd inom hemtjänsten.

6. Nationella punktprevalensmätningar

Under året har inga punktprevalensmätningar gällande fall och trycksår genomförts då man lagt fokus på att hantera den stora flytten till det nya boendet Akvarellen. Punktprevalensmätningarna bygger på riskbedömningarna i Senior alert och då det fanns ett utbildningsbehov gällande Senior alert togs beslut att avstå mätningen.

7. Uppföljningar av verksamheten

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Syftet är en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

7.1 Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontrollen i Kumla kommun sker efter den av MAS och MAR upprättade årschecklistan. Det är respektive enhetschefers ansvar att kontrollera att de av MAS och MAR upprättade rutinerna inom

hälso- och sjukvården efterlevs. Rapportering av egenkontrollen ska ske av enhetschef till MAS/MAR enligt årschecklistan. Rapporter har regelbundet inkommit från ett område. Från de övriga områdena har det brustit och anledningen till detta kan vara flera chefsbyten samt bristande introduktionsrutiner. Årschecklistan har setts över och ett nytt system för inrapportering har införts under år 2017.

7.2 Avvikelser

Det finns riktlinje/rutin för avvikelsehantering i Kumla kommun som innebär att personal som arbetar inom socialförvaltningen är skyldiga att, inom ramen för sitt yrkesansvar, anmäla avvikelser inom hälso- och sjukvården samt misstänkta eller kända missförhållanden i vården. Alla ska verka för en lärande organisation där erfarenheter tas tillvara och återförs till verksamheten. Syftet med rapporteringen av samtliga avvikelser är framför allt att alla brukare ska få en god och säker omvårdnad och få leva under trygga förhållanden och förebygga vårdskador genom att uppmärksamma risker, skapa säkra rutiner och förebygga upprepning. I rutinen finns en tydlig ansvarsfördelning mellan inblandade aktörer.

Det finns också rutiner för analys och återföring av avvikelser till verksamheten.

De verksamhetsansvariga är skyldiga att analysera rapporterade avvikelser för att kunna lära av misstagen, bedriva förbättringsarbete och ge ökad säkerhet för brukaren. Analysen ska innehålla ställningstaganden kring eventuella slutsatser och samband både i enskilda fall och på enhetsnivå. Även här finns en ansvarsfördelning för alla inblandade yrkeskategorier.

I januari började baspersonal registrera avvikelser i verksamhetssystemets avvikelsemodul.

Under 2017 har 2475 st avvikelser inrapporterats varav 315 st. går in under avvikelseyp Omvårdnad SoL/LSS och inte kommer att analyseras i Patientsäkerhetsberättelsen. 56 avvikelser har lämnats som synpunkter från brukare eller anhöriga. De synpunkter som inkommer utreds alltid och besvaras muntligt eller skriftligt.

I december inträffade en händelse som kommer leda till en Lex Maria. Detta gäller en utebliven bedömning som lett till förlängd tid tills patienten kom under sjukhus vård.

Avvikelser har rapporterats in under året enligt följande:

Fördelning per typ av avvikelse	2015	2016	2017
Fall	1196	1103	1275
Läkemedel	322	441	620
Tryckskada	1	4	20
Medicinteknik	24	13	29
Vårdkedjan	13	13	35
Omvårdnad/rehab HSL	41	92	54
Omvårdnad SoL/LSS	211	196	315
Värdighetsgaranti	1	0	0
Narkotikakontroll	-	166	127
Totalt antal:	1809	2011	2475

7.2.1 Fall

Fall är farligare än vad man i allmänhet tror. Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. I åldersgruppen 80 år eller äldre, orsakas nio av tio skador av ett fall. Den vanligaste fallolyckan i de äldre åldersgrupperna är att man snubblar, drabbas av yrsel, trampar fel eller tappar balansen. Antalet dödliga fallolyckor förväntas öka dramatiskt de närmaste decennierna när antalet äldre ökar. Samhällets kostnader för fallolyckor uppgick år 2013 till 24 miljarder kronor.

Under 2017 har 1275(1103) avvikelser gällande fall inkommit.

Sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal är alla involverade i det förebyggande arbetet med stöd av arbetsstättet i Senior Alert.

Skador	Antal avvikelser 2015	Antal avvikelser 2016	Antal avvikelser 2017
Inga skador	901	709	828
Sårskador	131	96	91
Hematom/blödning	66	75	95
Frakturer	17	14	11
Stukning	5	2	2
Ej specificerat	76	207	248

Under året har 13 stycken fall resulterat i sjukhusvård i direkt anslutning till händelsen.

7.2.3 Läkemedel

Under 2017 har 620(441) läkemedelsavvikelser inkommit vilket är en ökning med 179 från år 2016. Orsakerna som anges är brister i tillämpning av rutiner, glömska, bristande uppmärksamhet, bristande dokumentation, bristande rapport, bristande rutiner materialfel och stress. Det är oftast vid överlämnandet av läkemedel som fel uppstår. De flesta felen inträffar på förmiddagen och kvällen då också de flesta läkemedlen överlämnas.

Vad hände?	Antal avvikelser 2015	Antal avvikelser 2016	Antal avvikelser 2017
Ej fått ordinerad dos	204	289	441
Förväxling av läkemedel/ brukare	3	1	5
Fel tidpunkt	23	18	44
Felaktig dos	13	22	15
Feldelad dosett/APO-dos	17	11	13
Fått läkemedel utan ordination	3	2	3
Annat- inte angivet vad som hänt.	59	98	99

Den största ökningen (152) av avvikelser består i att patienterna inte fått ordinerad dos.

7.2.4 Tryckskada

Under året har 20(4) avvikelser angående tryckskada inkommit. Senior alert är ett verktyg för att arbeta mer strukturerat med att förebygga tryckskada.

Kategori	Antal
Kategori 1	5
Kategori 2	12
Kategori 3	2
Kategori 4	1

Antal avvikelse inom detta område har ökat då det funnits ett stort mörkertal som nu har börjat rapporteras. Arbetet med att förebygga trycksår är i en del av det dagliga arbetet som skall uppmärksammas och förebyggas med arbete inom Senior Alert.

7.2.5 Medicinteknik

Under 2017 har det inkommit 29(13) avvikelser som gäller medicintekniska produkter. Avvikelsena handlar om trasiga hjälpmedel, felanvändning samt att hjälpmedel använts utan ordination. Lyftkörkortsutbildningar har genomförts med vikarier och nyanställd personal för att kompetensen kring hur lyft och lyftsele används säkerställs. All baspersonal inom hemtjänst, särskilt boende och de inom LSS-omsorgen som arbetar med lyft har tidigare genomgått utbildningen. Utbildningen är på tre timmar och ger behörighet att förflytta brukare med lyft.

Det finns rutiner för årlig kontroll av personlyftar samt kontroll av vård sängar vartannat år. Dessa kontroller utförs av socialförvaltningens hjälpmedelstekniker. Varje vård säng och personlyft har en individuell märkning för att uppfylla kraven på spårbarhet.

Vid avvikelser gällande personliga hjälpmedel skickas även en avvikelse till Centrum för hjälpmedel. Under året har inspektion av lyftselar genomförts två gånger enligt rutin. Det är arbetsterapeuternas ansvar att utifrån ett besiktningsprotokoll säkerställa att lyftselen är funktionsduglig.

En kontinuerlig utranering sker av de medicintekniska hjälpmedel som inte uppfyller de säkerhetsmässiga kraven.

7.2.6 Vårdkedjan

Under 2017 har 35 (13) avvikelser inkommit gällande brister i vårdkedjan. 33st av dessa avvikelser berör samverkan med Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) och två avvikelser primärvården i Kumla. Avvikelsena handlar om brister i informationsöverföringen och samverkan mellan sjukhuset, primärvården och kommunen. Vid brister i informationsöverföringen kontaktar vårdgivarna varandra för att reda ut vari bristerna ligger och för att förebygga att liknande händelser upprepas.

7.2.7 Omvårdnad/rehab HSL

Under 2017 har 54(88) avvikelser gällande omvårdnad/rehab HSL inkommit. Denna avvikelsetyp behandlar brister i hälso- och sjukvården. Det handlar om sjuksköterskors och

arbetsterapeuters ansvarsområden och arbetsuppgifter. Dessa arbetsuppgifter utförs ibland av annan personal efter delegering/ordination.

Två av avvikelserna har rapporterats av sjukgymnast som är anställd av Region Örebro Län. Kommunens personal utför arbetsuppgifter på uppdrag på av sjukgymnasten.

Vad hände?	2015	2016	2017
Brist i bemötande av patient/närstående	0	3	1
Bristande bedömning	3	7	2
Brister utförande rehabinsats	13	6	4
Brister utförande sjukvårdsinsats	16	42	26
Utebliven bedömning	1	6	6
Utebliven rehabinsats	4	17	2
Utebliven sjukvårdsinsats	4	7	13

7.2.8 Narkotikakontroller

Kontroller gällande förbrukning av narkotikaklassade läkemedel ska enligt rutin utföras varje månad i sjuksköterskornas läkemedelsförråd. Kontrollerna har i de flesta fall fungerat bra och en naturlig förklaring till avvikelser ofta funnits. I något fall har ett större antal avvikelser uppmärksammats, detta har då utretts av MAS. Narkotika Kontroller har genomförs enligt rutin 1 gång/månad i patienternas medicinskåp på boendena samt hemma hos patienter där kommunen ansvarar för läkemedelshanteringen.

Totalt har 127 (166) avvikelser gällande hantering av narkotikaklassade läkemedel inkommit under året.

Vad hände?	2016	2017
Saknas läkemedel	107	65
Överskott av läkemedel	31	16
Narkotikajournal saknas	20	14
Annat	7	4
Signering av återlämnande av narkotikaklassade plåster saknas	1	2

Läkemedelsförråd	2016	2017
Läkemedelsförråd med patientbundna mediciner, hos ssk	74	78
Medicinskåp hos patienten	49	38
Akut- och buffertförråd	33	6
Läkemedelsförråd med generella läkemedel	2	0
Annat	7	5

Uppföljningen med spårning vid saknade läkemedel är viktig och måste fungera på ett tillfredställande sätt. MAS har uppdaterat arbetsflödet för kontrollerna och gått igenom dessa vid Yrkeskollegiet med sjuksköterskorna samt med enhetschefer.

8. Övrigt förbättringsarbete

8.1 Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner.

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras minst en gång per år hos de personer som har hjälp med läkemedelshanteringen inom kommunens hälso- och sjukvård. Detta ska göras för att säkerställa att varje person får rätt läkemedel och för att kontrollera att inte läkemedlen motverkar varandra.

8.2 Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att en riskbedömning enligt Senior Alert genomförs samt att BMI-värdet mäts och följs regelbundet. För personer i riskzonen ska åtgärdsprogram upprättas.

8.3 Dokumentation

Hälso- och sjukvårdsjournalen bygger på socialstyrelsens rekommendationer. Sökordsystemen är ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) och KVÅ (Kvalitativa vårdåtgärder). En kollegial journalgranskning har genomförts under hösten. Resultatet visar att både Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som

ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

I Kumla har hälso- och sjukvården en dokumentationsgrupp som träffas regelbundet. Gruppen består av en sjuksköterska, en arbetsterapeut, MAS och MAR. I gruppen diskuteras olika förbättringsområden och det genomförs utbildningar med respektive kollegor. Hälso- och sjuksköterskor samt arbetsterapeuter blivit säkrare på att använda sökorden korrekt.

Arbetet med att införa Att Göra Lista (planeringsverktyg) i Procapita har fortsatt. Även arbetet med att uppdatera hjälpmedelsmodulen har pågått under året.

8.4 Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade att regelbundet följa upp sina delegeringar.

Under 2017 har ett effektivare arbetssätt för delegeringsprocessen tagits i bruk. Det finns en tydlig struktur från nyanställning till delegering i läkemedelshantering. Arbetssättet har möjliggjort en snabbare process för nyanställda att kunna genomföra delegerade arbetsuppgifter. Samtidigt har den blivit säkrare genom de uppställda krav på webbutbildning samt introduktion som krävs innan en delegering kan ges. Från årsskiftet har socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd för ordination och hantering av läkemedel börjat gälla (HSLF-FS 20017:37) vilken bl.a. innefattar att den som genom delegering får i uppgift att iordningsställa och administrera eller överlämna läkemedel ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen.

8.5 Vårdhygien

Gemensamma riktlinjer för Örebro läns kommuner finns. I den riktlinjen står att vi med 1-2 års mellanrum ska göra hygienronder där vårdhygieniskt protokoll ska upprättas. Enligt författningen om basal hygien ska arbetskläder bytas varje dag men detta är svårt att efterfölja då mängden kläder inte är tillräcklig.

Ett nära samarbete med hygiensköterskan finns. Vi vänder oss till henne som sakkunnig inom hygienområdet.

8.6 Skydds- och begränsningsåtgärder

Under 2014 uppdaterades rutinerna kring skydds- och begränsningsåtgärder. I de nya rutinerna läggs stor vikt på att undvika skydds- och begränsningsåtgärder och i stället fokusera på omvårdnadsåtgärder, vidare poängteras kravet på samtycke från den enskilde. I samband med att ny hälso- och sjukvårdsjournal infördes har vi tagit fram ett stöd för dokumentation av utredning, beslut

och uppföljning gällande skydds- och begränsningsåtgärder. Under 2017 har MAS och MAR genomfört en utbildning kring detta för all personal på Akvarellen i samband med att boendet öppnade.

8.7 Handrehabilitering

I slutet av 2012 gjordes en överenskommelse mellan länets kommuner och Region Örebro Län med syfte att skapa en tydlighet gällande handrehabilitering inom öppenvården. Målet är att alla personer i Örebro län på sikt ska erbjudas likvärdig handrehabilitering oavsett var i länet man bor. Arbetsterapeuterna i länets kommuner har genom åren saknat tydliga riktlinjer och ansvarsuppdelningar mellan primärvård, slutenvård och även mellan yrkeskategorier. Överenskommelsen förtydligade detta.

Under 2017 har de två arbetsterapeuterna med extra handrehabiliteringsutbildning sammanlagt tagit emot 54 st. patienter efter remiss från vårdcentralens läkare och sjukgymnaster. De har också, i samverkan med södra länsdelens kommuner, tagit fram riktlinjer för arbetsterapeutisk behandling kring de diagnosgrupperna som överenskommelsen gäller. För att öka kompetensen hos kommunens arbetsterapeuter kring handrehabilitering finns kontinuerliga samverkansträffar med arbetsterapeuterna på handkirurgiska kliniken.

9. Patientsäkerhetsmål 2018

- Planera införande av digitalt signeringssystem. Målet är att minska antal händelser som genererar i avvikelser där patienten ej fått sin ordinerade läkemedelsdos.
- Delegering-Ett webbaserat test även för påbyggnadsdelen skall tas fram. Målet är att all baspersonal ska genomgå detta varje år när det färdigställts.
- Öka antal gjorda Riskbedömningar inom Senior Alert i hemtjänst.
- Förbättra samtliga parametrar i Svenska Palliativ registret.