

Kommunstyrelsens sammanträde

2018-04-25

Ärende	
15	Patientsäkerhetsberättelse 2017
Egna anteckningar	



Ej justerat protokoll

Bos § 48

Dnr KS 0013/2017

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Ärendebeskrivning

Socialchef, tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvård, Marie-Louise Forsberg-Fransson, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Gunilla Andersson och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Linda Ingemarsson har inkommit med patientsäkerhetsberättelse för 2017.

MAS Gunilla Andersson föredrar ärendet.

Bildnings- och sociala utskottets beslut

Bildnings- och sociala utskottet hänskjuter ärendet till kommunstyrelsen.

Patientsäkerhetsberättelse

2017

2018-02-15

Verksamhetschef HSL Marie-Louise Forsberg-Fransson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Gunilla Andersson

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Linda Ingemarsson

Innehållsförteckning

<i>Sammanfattning</i>	3
<i>Övergripande mål och strategier</i>	4
Mål Senior Alert	4
Mål Trygg och säker in- och utskrivning	4
Mål Kvalitetsledningssystem	4
<i>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</i>	5
Vårdgivarens ansvar	5
Verksamhetschefens ansvar	5
Medicinskt ansvarigas ansvar (MAS/MAR)	5
Enhetschefens ansvar	5
Hälsa- och sjukvårdspersonalens ansvar	5
<i>Struktur för uppföljning/utvärdering</i>	5
<i>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet</i>	6
<i>Uppföljning genom egenkontroll</i>	6
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	7
<i>Risikanalys</i>	7
<i>Informationssäkerhet</i>	7
<i>Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i>	8
Avvikelser	8
Solgården	9
Koppargården	9
Treskillingen	9
Hemtjänsten	10
Funktionsstöd	10
Klagomål och synpunkter	10
<i>Samverkan med patienter och närstående</i>	11
<i>Sammanställning och analys</i>	11
<i>Resultat</i>	11
<i>Övergripande mål och strategier för 2018</i>	12

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier för vår kommun innefattar mål inom bland annat Senior Alert och arbetet kring Trygg och säker in- och utskrivning. I Patientsäkerhetsberättelsen beskrivs hur Ljusnarsbergs kommun kontinuerligt arbetar med att förfinas kvalitetsledningssystem och vilken struktur verksamheterna har för uppföljning och utvärdering.

I Ljusnarsbergs kommun är kommunstyrelsen vårdgivare och har därmed ansvar för att leda verksamheten på ett sätt som leder till god vård. Vi beskriver vidare verksamhetschefens, medicinskt ansvarigas, enhetschefens och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar gällande patientsäkerhetsarbetet.

Informationssäkerheten har under året stramats upp genom att behörigheter har setts över samt att kommunens IT-säkerhetsinstruktion blivit en del av all ny personals introduktion.

Vi har rutiner för avvikelshantering som efterföljs men dessa behöver förtydligas och metoder för analys behöver förbättras, att skapa en analysgrupp är ett led i den förbättringen. Några fler övergripande mål och strategier för kommande år är att fortsätta stärka samverkan mellan Region Örebro län och kommunen, utveckla arbetet med jämlik hälso- och sjukvård, utveckla E-hälsa och öka andelen läkemedelsgenomgångar.

Övergripande mål och strategier

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

Mål Senior Alert

- Identifiera risker och problem områden gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert.

Måluppfyllelse

Vi har totalt i kommunen riskbedömt 64 personer under 2017, utifrån områdena trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Av dessa så identifierades en risk hos 87 %. En åtgärdsplan upprättades i 97 % av fallen och i 98 % blev åtgärderna utförda

Koppargården

Riskbedömde 28 personer varav 82 % identifierades med en risk. Samtliga av dessa fick en åtgärdsplan som också utfördes.

Hemtjänsten

Riskbedömde 3 personer som alla identifierades med en risk. De fick en åtgärdsplan som också utfördes.

Solgården

Riskbedömde 30 personer varav 88 % identifierades med en risk. En åtgärdsplan upprättades i 97 % av fallen av dessa blev samtliga utförda.

Treskillingen

Riskbedömde 3 personer som alla identifierades med en risk. Av dessa fick 67 % en åtgärdsplan men de utfördes aldrig

Mål Trygg och säker in- och utskrivning

- Trygg och säker in- och utskrivning enligt ViSam modellen.

Måluppfyllelse

Resultatet kring ökad följsamhet till ViSam modellen är för 2017 svår att utvärdera då vi i Ljusnarsbergs kommun under året har haft för få gröna spår och inskickade beslutsstöd för att kunna få ut statistik. Även när det gäller undvikbar slutenvård samt oplanerade återinläggningar är det svårt att dra slutsatser då antalet patienter i kommunen är få.

Mål Kvalitetsledningssystem

- Utföra vård och omsorgsmetoder som är evidensbaserade och fortsätta att utveckla vårt kvalitetsledningssystem.

Måluppfyllelse

Tillsammans med kvalitetssamordnaren har verksamheterna under året fortsatt arbetat med att förbättra processerna i kvalitetsledningssystemet utifrån tidigare identifierade förbättringsområden.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren tillika kommunstyrelsen ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (Patientsäkerhetslagen 2010:659).

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen tillika Socialchef skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten erbjuder vård med hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschefen ansvarar även för att det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs så att styrning, uppföljning och utveckling av verksamheten är möjlig.

Medicinskt ansvarigas ansvar (MAS/MAR)

De medicinskt ansvariga delar ansvaret med verksamhetschefen för att verksamheten erbjuder vård med hög patientsäkerhet och god kvalitet. De medicinskt ansvariga utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Medicinskt ansvariga har också ansvar för att utreda och anmäla allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador och göra anmälningar enligt lex Maria.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för egenkontroller och analyser på enhetsnivå och att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända och följs i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, samt arbeta enligt upprättade riktlinjer och rutiner. All personal ska rapportera risker för allvarliga vårdskador, missförhållande och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Patientarbetet skall bedrivas förebyggande, systematiskt och fortlöpande. Detta för att utveckla, höja patientsäkerheten och vårdens kvalitet. Vår struktur för uppföljning och utvärdering innefattar:

- Årliga verksamhetsrapporter på enhetsnivå.
- Avvikelser
- Klågomål/synpunkter
- Läkemedelsgenomgångar och granskning av läkemedelshantering

Alla ovanstående punkter har tillhörande rutiner där även uppföljning beskrivs. Dessa rutiner är väl implementerade och följs av verksamheterna.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- Vi har ett databaserat kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9. Processer och rutiner har dokumenterats och förbättringar av processerna sker kontinuerligt i systemet.
- Vi använder oss av kvalitetsregistret Senior Alert.
- Riskbedömning och åtgärdsplan för förebyggande insatser gällande fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa.
- Nyanställd personal inom äldre- och funktionsstöd får "lyftkörkortsutbildning" vilket är ett krav för att få hantera lyfthjälpmedel självständigt.
- Besiktning av lyfthjälpmedel har genomförts enligt rutin.
- Utbildning i förflyttningskunskap har genomförts för personal inom äldre och funktionsstöd.
- Vi använder Palliativa registret för att hitta förbättringsområden i vården vid livets slut. Med hjälp av diagram kan vi följa ex smärtlindring, närvaro av personal i dödsögonblicket, genomförda brytpunktssamtal mm.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroller som genomförs har till syfte att tillföra systematik och ökad patientsäkerhet i våra verksamheter.

Egenkontrollen innefattar:

- Öppna jämförelser och resultat i kvalitetsregister analyseras.
- Kundenkäter.
- Årliga egenkontroller i ledningssystemet enligt fastställd manual.
- Kollegial strukturerad journalgranskning.

Kundenkäten visade att 92 % av kunderna i samtliga verksamheter anser att de blir bemötta med respekt och 95 % att de anser att personalen tar hänsyn till hur de vill ha det. Förbättringsområden är exempelvis att endast 77 % vet vart de ska vända sig om de inte är nöjda med insatserna.

De årliga egenkontrollerna ger verksamheterna indikationer på vilka styrkor och svagheter som enheten har och dessa ger styrning kring hur den egna Aktivitetsplanen för nästkommande år bör riktas.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Länsdelgruppen som består av tjänstemän från Region Örebro län och kommunernas Socialchefer. Gruppen har träffats 15 gånger under året och tar fram mål samt beslutar om handlingsplaner rörande samverkan i Norra länsdelen.

Vårdkedjegruppen, som består av representanter från den specialiserade vården, närsjukvården och medicinskt ansvariga från kommunerna. De har träffats 11 gånger under året. Arbetet i gruppen har bestått av att utifrån länsdelsgruppens mål upprätta och implementera nya arbetssätt och rutiner för att säkerställa vårdkedjan.

- Representanter från länets MAS/MAR nätverk har träffat patientnämnden.
- I samverkansgruppen mellan Centrum för Hjälpmedel och länets kommuner har kommunens MAR deltagit som representant för Norra länsdelen.
- MAS/MAR och verksamhetschef HSL har träffat representanter från närsjukvården 3 gånger under året.
- Länets MAS/MAR nätverk har träffats 6 gånger under året.
- Möten har skett i kvalitetsgruppen 2 gånger/mån för att arbeta med ledningssystem för kvalitet och säkerhet.
- I länet har informationsöverföringssystemet Meddix/LifeCare används för vårdplaneringsprocessen.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För rärvarande finns olika former av strukturerade riskanalyser t.ex. Senior Alert, rutiner för avvikelshantering, rutin för instruktion och delegering.

När en händelse uppmärksammas som medfört eller kunnat medföra en vårdskada utreds detta av MAS/MAR genom:

- Journalgranskning
- Tar del av aktuell avvikelserapportering inklusive åtgärder.
- Intervjuer med berörd vårdtagare, personal och eventuellt närstående.
- Analys av informationen för att hitta orsaker och att säkerställa att tillräckliga åtgärder är genomförda.
- Förebyggande åtgärder sätts in och eventuellt införa nya rutiner så att detta inte återupprepas.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamheterna har tillsammans med IT-avdelningen under 2017 stramat upp behörigheter och kommunens IT-säkerhetsinstruktion ingår i samtliga verksamheters introduktion av ny personal.

- En genomgång av behörigheter till journalsystemet har under året genomförts för att säkerställa att personal endast har behörighet till personer de har en vårdrelation till.
- Genomgång av samtliga personals behörigheter i kommunens nätverk

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

- Vård- och omsorgspersonalen inklusive legitimerad personal rapporterar avvikelser enligt rutin.
- Enhetschefen gör omedelbar bedömning när en avvikelse inkommit så rätt åtgärder vidtas. Vid allvarigare händelser kontaktas MAS/MAR.
- MAS/MAR analyserar 1g/månad inkomna avvikelser för att eventuellt se mönster i arten av avvikelser och vidta revideringar, åtgärder, skapa nya rutiner.
- Vid allvariga händelser där patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada sker lex Maria anmälan.
- Avvikelsestatistik redovisas 2ggr/år till bildning och sociala utskottet (BoS)
- Verksamheterna har regelbundna träffar där avvikelser analyseras och åtgärder diskuteras.

Avvikelser

Under 2017 registrerades totalt 395 avvikelser enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Inga Lex Sarah eller Lex Maria är anmälda till IVO år 2017.

I Vårdkedjan har vi rapporterat 2 avvikelser och mottagit 1.

Inget ärende gällande vår kommun är anmält till patientnämnden.

Område	2017			2016		
	Totalt	Fall	Läke-medel	Totalt	Fall	Läke-medel
Solgården	37	33	4	102	88	12
Koppargården	186	163	19	162	125	24
Treskillingen	60	38	15	59	48	1
Hemtjänsten	89	81	7	99	82	5
Dagrehab	1	1	0	0	0	0
Funktionsstöd	10	6	0	6	3	2
Andra utförare	12	6	2	8	8	0
Totalt	395	328	47	436	354	44

Antal fallskador år 2017: Av 328 fall var 3 frakturer. 18 avvikelserapporter angående sår har inkommit.

Solgården

Har totalt 37 avvikelser, 4 HSL avvikelser och 33 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Fallolyckorna har minskat påtagligt sen Rehab-undersköterskorna anställdes i kommunen. De har även minskat eftersom personalen arbetar dagligen med vardagsrehabilitering och extra träning. Flera av fallen har skett av olyckshändelser, inte på grund av benägenhet att falla.

Koppargården

Har totalt 186 avvikelser, 20 HSL avvikelser, 3 SoL avvikelser och 163 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Koppargården är ett särskilt boende med 41 hyresgäster.

När det gäller fallolyckor så arbetar vi förebyggande med Senior Alert med åtgärder och uppföljningar. Analys av avvikelserna sker på kontinuerliga teamträffar med fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och kontaktperson i personalgruppen där avvikelserna sker. Det har varit stor sjukfrånvaro i den ordinarie personalstyrkan och med många tillfälliga vikarier vilket har resulterat i minskad rehabilitering. Det är några boende som står för flertalet fall. Ökningen av avvikelser från 2016 till 2017 består i att personalen har blivit mer noggranna med att skriva avvikelser.

Vi arbetar fortlopande med rutiner runt medicinhanteringen för att komma så nära noll läkemedelsavvikelser som möjligt.

Treskillingen

Har totalt haft 60 avvikelser, 17 HSL, 5 SoL avvikelser och 38 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Många rapporterade fall har orsakats av att de som sköter sig själv glidit ur stol eller säng vid förflyttningar eller akti viteter så som exempelvis städning och diskning. Vid de ärenden där det varit aktuellt har arbetsterapeut gjort hembesök och rekommenderat vissa förändringar. Vid andra ärenden har man samtalat om vikten av att använda de hjälpmedel som finns både av kunder och personal. Det har även satts in extra tillsynsbesök vid behov.

SOL avvikelserna handlar om brister i utförande pga. tidsbrist och bristfällig kommunikation. Detta har åtgärdats i form av att sätta in extra resurser hos mycket vårdkrävande kunder samt samtal med personal om vikten av kommunikation åt flera håll.

HSL avvikelserna har handlat om bortglömda läkemedel, både på grund av tidsbrist och att personal ej haft delegering och då glömt vidarebefordra till personal med delegering att medicin ej getts. Detta har åtgärdats genom att delegeringsutbildning genomförts för både vikarier och ordinarie personal.

Hemtjänsten

Har totalt haft 89 avvikelser, 7 HSL, 1 SoL avvikelser och 81 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Majoriteten av de inrapporterade fallen har skett i hemmen då kunden ramlat vid olika förflyttningssituationer och oftast utan att personal funnits på plats. Större delen av 2017 har Rehab-undersköterskor funnits i verksamheten vilket har bidragit till att minskningen mellan 2015 till 2016 har hållit i sig.

Vi ser återkommande att det är en mindre grupp kunder som står för majoriteten av fallen och åtgärder såsom arbetsterapeutinsatser och ökad hemtjänst har satts in med varierande resultat.

Funktionsstöd

Har totalt haft 10 avvikelser, inga HSL, 4 LSS och 6 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Inkomna klagomål och synpunkter återkopplas, analyseras och tas upp på arbetsplatsträffar. En direktkontakt tas via Enhetschefen med personen som lämnat in klagomålet. Vi värdesätter dessa synpunkter och tillvaratar dem i verksamheten.

Klagomål och synpunkter

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

Utredning, analys och sammanställning

- Antalet klagomål/synpunkter som gäller hälso- och sjukvård är få till antalet.
- Utredning efter klagomål/synpunkter redovisas till verksamhetschefen HSL.
- Enhetschef och personal lämnar informationsmaterial till patient och/eller närstående hur klagomål/synpunkter kan framföras inklusive information om patientnämnden.
- Alla klagomål utreds av den/de chefer som är ansvariga för berörd verksamhet.
- Klagomål som inkommer till MAS/MAR utreds av dessa.
- Klagomål/synpunkter kan ge anledning till granskning av verksamhet.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Information lämnas om möjligheten att kalla till en Sammanhållen Individuell Plan (SIP) när flera aktörer är inblandade i vården.
- Vårdplaneringsrutinerna ska stödja patientens och närståendes delaktighet i planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

- I den årliga kundenkäten kan patient och/eller närstående beskriva vad man anser behöver förbättras i verksamheten.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Genom analys av beslutsstödet kan vi se att vi tillsammans med Region Örebro län kunnat ge våra patienter vård på rätt nivå. Vi har under året kommit igång med att använda Öppenvårds Meddix/LifeCare SIP för samordnade individuella planer. Genom vårt arbetssätt med Faxbo och utskrivningsgrupp har vi lyckats att ta emot våra utskrivningsklara patienter inom ca 3-4 dagar. Kommunen har under 2017 haft en dag med betalningsansvar.

Övergripande mål och strategier för 2018

- Fortsätta användandet av kvalitetsregistret Senior Alert och analysera resultaten och att åtgärder sätts in på enhetsnivå.
- Fortsätta arbetet med att stärka samverkan mellan kommunen och region Örebro län gällande sammanhållen vård och omsorg.
- Fortsätta arbetet med kvalitetsledningssystemet:
 - Förbättra processerna i ledningssystemet
 - Säkerställa att aktuella dokument finns i ledningssystemet
- Utveckla arbetet med avvikelshantering både gällande tydliggörande av rutin samt utveckla arbetet kring verksamhetens egna analyser samt skapa en analysgrupp för mer strukturerade analyser vid behov.
- Utveckla och delta från fler verksamheter i punktprevalensmätningar avseende trycksår och hygien.
- Utveckla arbetssättet utifrån BPSD registret.
- Utveckla arbetet med jämlik hälso- och sjukvård, bland annat genom att arbeta med prioriteringsordningar och behovsbedömning. Utveckla användandet av nationella riktlinjer för att minska risken för regionala skillnader i vård, omsorg och rehabilitering.
- Öka följsamheten till hygienriktlinjerna.
- Öka andelen läkemedelsgenomgångar.
- Utveckla E-hälsa:
 - Använda mobil dokumentation.
 - Digitalisering av olika larmsystem.
 - Börja med digital signering.