



Diarienummer: KS 2020/00020

# Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet:  
Författare:

200212 Vård- och omsorgsnämnden.  
Linda Hurtig Johansson MAS



## Innehåll

<i>STRUKTUR</i> .....	3
Övergripande mål och strategier .....	3
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	4
Patienters och närståendes delaktighet .....	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	5
Klagomål och synpunkter .....	5
Egenkontroll .....	6
 <i>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten</i> .....	7
Riskanalys .....	8
Utredning av händelser - vårdskador .....	8
Informationssäkerhet .....	8
 <i>RESULTAT OCH ANALYS</i> .....	9
Egenkontroll .....	9
Avvikelser .....	12
Klagomål och synpunkter .....	13
Händelser och vårdskador .....	13
Riskanalys .....	13
 <i>Mål och strategier för kommande år</i> .....	14

Bilaga 1 Sammanställning av data



## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse, senast 1 mars varje år. Tanken med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

- ✚ En avvikelshantering – från rapportering till händelseanalys/kopplade åtgärder - som speglar hur många avvikelser som faktiskt sker.  
All tillsvidareanställd personal ska rapportera avvikande händelser direkt i avvikelsemodulen i Procapita.
- ✚ Full följsamhet till rutin för basala hygien och klädrutiner.  
I samband med nyanställning och regelbundet ska man lyfta rutin för kläd- och hygienrutin i varje verksamhet.
- ✚ Alla patienter med demensdiagnos ska erbjudas kartläggning i det nationella kvalitetsregistret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demensdiagnos (BPSD-registret) och resultat av enskilda NPI-poäng ska, med individuellt riktade omvårdnadsåtgärder och bemötande plan, minska med 50 % vid uppföljning.
- ✚ Alla brukare inom personkrets 1 och 2 ska ha en kartläggning med tillhörande uppföljning i det nationella arbetsverktyget Funca. Syftet med Funca är att minska och förebygga utmanande beteende samt minska användandet av skydds- och begränsningsåtgärder.
- ✚ Smärta ska mätas/värderas med hjälp av validerade smärtskattningsinstrument.  
I samband med smärta ska patient smärtskattas med validerat smärtskattningsverktyg.  
Baspersonal utbildas och legitimerad personal ska alltid efterfråga värden vid rapport om smärta.
- ✚ Strategisk kartläggning av patienter i det nationella kvalitetsregistret Senior alert.  
90 % enligt deltagarkriterier ska vara kartlagda i Senior alert. Punktinsatser ska göras för ökad täckning inom alla verksamheter. Täckningsgrad ska kunna följas i Senior alert.
- ✚ Ökat användande av verktyg för risk- och konsekvensanalys och dokumentation av densamma.  
Det systematiska förbättringsarbetet innebär att man aktivt använder sig av risk- och konsekvensanalys. Inför förändring i verksamhet och organisation genomförs riskanalyser och handlingsplaner upprättas med lämpliga åtgärder för att förhindra risk för vårdskada.



## Organisation och ansvar

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

- ✚ Vård- och omsorgschef ansvarar för att kommunens verksamheter inom vård och omsorg tillgodoser hög patientsäkerhet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för kvalitetsledningssystem tar Vård- och omsorgschef fram, fastställer och dokumenterar riktlinjer och rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.  
Vård- och omsorgschefen ansvarar för att interkontrollplan upprättas och följs.
- ✚ Medicinska ansvarig sjuksköterska (MAS) har tillsammans med vård- och omsorgschef ansvar för att bevara och utveckla den kommunala hälso- och sjukvårdens säkerhet och kvalitet genom framtagna riktlinjer. MAS utövar sitt ansvar genom att kontrollera, planera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamheternas kvalitet och säkerhet. MAS är även delegerad att utreda vårdskada och anmäla enligt Lex Maria. Egenkontroll görs utifrån ansvar rörande samverkan med andra vårdgivare, läkemedelshantering, medicintekniska produkter, delegeringsprocessen, dokumentation i Hälso- och sjukvårdsjournal, basala hygienrutiner och avvikelshantering. Övrig egenkontroll görs enligt aktuell internkontrollplan.
- ✚ Enhetschef ansvarar för att utifrån framtagna riktlinjer upprätta lokala rutiner utifrån och förankra dem i de olika verksamheterna. De ansvarar även för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter på ett patientsäkert sätt. Egenkontroll sker enligt aktuell internkontrollplan och andra återkommande uppföljningar utifrån rutiner i verksamheten.
- ✚ Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Säkerställer att mottagare av delegering för delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter kan fullfölja åtagandet som delegering medför. Fyller i enkäter och andra undersökningar på inrådan av MAS. Kontaktar Vårdhygien, Smittskydd och andra stödfunktioner när så behövs.
- ✚ All personal inom vård och omsorg ansvarar för att ta emot och ge information kring synpunkter och klagomål till patienter och närstående samt kunna ge information kring Patientnämnden. Utsedda ombud inom tex. vårdhygien, senior alert, medicintekniska produkter stöttar enhetschef och dess verksamhet för följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

- ✚ Lokal överenskommelse om läkarmedverkan är upprättas årligen för att trygga en god kvalitet och tillgång till läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.
- ✚ Intern samverkan sker enligt process och rutin för avvikelshantering.



- ✚ Vårdsamverkan Skaraborg har en överenskommen rutin för landsting, primärvård och kommun gällande avvikelserapportering: "Avvikelsehantering i vårdsamverkan". När gemensamma dokument för säker in- och utskrivning länssjukvård inte följs skickas externa avvikelser. Likaså om icke rapporterad vårdskada skett hos annan vårdgivare. Andra externa avvikelser skickas till vårdgivare när man finner att patientsäkerheten inte uppnåtts enligt praxis. Den egna verksamheten skickar rapport till MAS som skickar avvikelser vidare till berörd vårdgivare/verksamhet inom en månad från det att händelsen skett.
- ✚ Inkommande avvikelser från annan vårdgivare återges av MAS i den verksamhet som är berörd. Krävs åtgärder i verksamhet tas det upp i ledningsgrupp.

### Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- ✚ Information i samband med beslut om kommunal hälso- och sjukvård.
- ✚ I samband med upprättande av medicinska vårdplaner.
- ✚ Genom kommunens rutin för synpunkt och klagomålshantering. Patient och dennes närstående är en stor resurs när det kommer till kvalitetsutveckling. Deras synpunkter och klagomål är viktigt i verksamhetens utveckling.
- ✚ I samband med utredning av vårdskada inhämtas information och patient och närstående medverkar i utredningen.
- ✚ Information och dialog under etablerade anhörigträffar i de olika verksamheterna

### Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

- ✚ Personalen rapporterar avvikande händelse i avvikelsemodul i Procapita eller på papper, enligt rutin för avvikelshantering.
- ✚ Händelse som medfört eller riskerat medföra allvarlig vårdskada meddelas skyndsamt till MAS.
- ✚ MAS gör vidare utredning och bedömer om anmälan till Inspektion för vård och omsorg (inom 2 månader) ska ske. Utredning innefattar kartläggning av händelseförlopp, dess orsaker och förbättringsåtgärder. Samtal med inblandad personal, samtal med patient och anhörig och granskning av dokumentation och patientjournal. Eventuell kontakt med annan vårdgivare.
- ✚ MAS sammanställer månatligt inkomna rapporter. Analys görs och MAS återkopplar till verksamheten 1- 2 ggr per år.

### Klagomål och synpunkter

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

- ✚ Alla medarbetare ska vara lyhörda för vad personal, närstående och patienter, kolleger från andra verksamheter/organisationer/vårdgivare har att säga. Framtagen blankett för

mottagande av synpunkter och klagomål finns tillgänglig på alla enheter/verksamheter. Vid behov erbjuder personal hjälp att fylla i blanketten.

- ✚ Klagomål och synpunkter tas emot via den kommunala mailen (via elektronisk blankett på hemsidan).
- ✚ Klagomål sammanställs centralt. Inkomna synpunkter och klagomål inom vård och omsorg analyseras i ledningsgrupp för vård och omsorg.

## Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygien- och klädregler	2 gånger per år 1 gång per år	Självskattningsblankett PPM-databasen
Hygienrond	1 gång per år	Protokoll
BPSD	2 gånger per år	BPSD-registret
Avvikelser	12 gånger per år	Avvikelsemodulen Procapita
Trycksår	2 gånger per år	Senior alert. Palliativregistret
Fall	2 gånger per år	Senior alert
Undernäring	2 gånger per år	Senior alert
Munhälsa	2 gånger per år	Senior alert. Palliativregistret
Smärtskattning	2 gånger per år	Palliativregistret
Efterlevandesamtal	2 gånger per år	Palliativregistret
Kartläggning i Funca	1 gång per år	Funca
Spol- och diskdesinfektorer	1 gång per år	Protokoll
Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Journalgranskning	1 gång per år	Protokoll
Följsamhet till behörighet	1 gång per månad	Protokoll
Avvikelsehantering	1 gång per månad	Protokoll
Olämpliga läkemedel	1 gång per år	Protokoll
Oplanerade transporter	1 gång per år	Protokoll
Delegeringar	1 gång per år	Protokoll
Samverkan med andra vårdgivare	2 gånger per år	Protokoll
Medicintekniska produkter	1 gång per år.	Protokoll
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Patientnämnden, IVO, kommun-sammanställning



## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

### **Rapportering av avvikande händelser**

För att säkerställa att rätt antal\* rapporter skrivs har successivt personal fått tillgång till rapporteringsmodul i Procapita. Detta för att den som upptäcker/upplever avvikande händelse ska vara den som också direkt rapporterar. Enligt process för avvikelshantering ska enhetschef och legitimerad personal stämma av med rapportör om vad som skett och tillsammans göra en händelseanalys. Detta för att i ringa fall förhindra att liknande händelse sker igen eller att allvarlig vårdskada kan inträffa.

\*Rätt antal/antal som speglar verkligheten kan man inte till fullo kontrollera. Men genom att skapa en arbetsmiljö som främjar en lärande organisation där man inte ser till person utan först situation/organisation när avvikande händelse sker skapar ett ömsesidigt förtroende medarbetare emellan. Detta ökar varje enskild medarbetares ansvarskänsla för att rapportera och därmed minimera eller förhindra att liknande händelse sker igen.

### **Vårdhygien**

Det ständiga målet för följsamhet till kläd- och hygienrutiner är 100%. Under året har vi genomfört en extra självskattning under hösten. Dels för att öka kunskapen kring rutinerna, dels för att få ett ökat underlag för analys. Hygienombud finns inom samtliga verksamheter där man arbetar/kommer i kontakt med patientnära arbete. Hygienombud har under året träffats vid ett par tillfällen för att lyfta årsplaneringen och återkoppla resultat. Enligt årsplaneringen ska tid avsatts under året, inom alla verksamheter, på APT för vårdhygienfrågor. All personal ska gå den webbaserade utbildningen och kan uppvisa diplom för Hygienkörkort. Alla verksamheter upprättar en överenskommelse/strategi för hur man tillsammans arbetar för följsamhet till kläd- och hygienrutin.

### **BPSD**

Alla patienter med demenssjukdom ska ha minst en kartläggning och uppföljande kartläggning under året. För att upprätta åtgärdsplan och bemötandeplan måste samtliga professioner i teamet runt patienten bidra för bästa möjliga förutsättning för patientsymtomlindring och därmed minskade NPI-poäng.

### **Funca**

Alla brukare ska under året ha minst en kartläggning och uppföljning.

### **Senior alert**

Samtliga enheter ska ha förutsättning för att följa rutin för kartläggning i Senior alert. Ombud/baspersonal registrerar i Senior alert, legitimerad personal dokumenterar i patientens Hälso- och sjukvårdsjournal.

### **Smärtskattning med validerade smärtskattningsinstrument**

En produktionsparameter som följs inom Palliativregistret är smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument. Detta innebär att patient ska säga en siffra på hur denne uppfattar sin smärta. Likaså finns verktyg för den som inte av någon anledning muntligt inte kan förmedla sig. Legitimerad sjuksköterska ska igenom smärtskattningsinstrument i samband med



läkemedelsdelegering. För att motivera och uppmuntra baspersonal att skatta smärta ska legitimerad personal efterfråga skattning vid rapport om smärta.

## Risicanalys

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

Vid förändring eller bedömning av risk för en händelse i någon verksamhet stort som smått, görs en riskanalys. Uppkomna risker värderas utifrån matris sannolikhet och allvarlighetsgrad. Vidare görs en prioriteringslista av åtgärder. Varje åtgärd ska ha en handlingsplan som baseras på åtgärd, ansvar och uppföljning.

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap*

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till en hög patientsäkerhet där en del är att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Alla rapporterade risker/händelser ska registreras i avvikelsem modul i dataprogrammet Procapita. Kommunens vård och omsorgsverksamheter ska vara en lärande organisation.. Detta kräver varje professions öppenhet och förståelse för kontinuerligt förbättringsarbete. Fundamentet i en lärande organisation är att varje enskild profession förstår syftet och tar sitt ansvar i processen för avvikande händelser. Allt för att minimera att liknande händelse ska inträffa igen.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

- ✚ Inför att nya verksamhetssystem realiserats görs en informationssäkerhetsklassning.
- ✚ Loggning av legitimerad personal görs regelbundet i Procapita Hälso- och sjukvårdsjournal då enbart personal som har ansvar för den enskilde patienten har rätt att ta del av den enskildes journal.
- ✚ Information ges om lämpligt handhavande/förvaring av tjänstelegitimation.
- ✚ Information ges om vikten av låsning av skrivbord när man lämnar sin dator.
- ✚ Rutin finns för hur medarbetare och förtroendevalda ska verka för att upprätthålla en god informationssäkerhet
- ✚ Vid tillbud/händelse ska "Incidentrapporteringsmall" skickas till närmaste chef samt IT-supporten om händelsen är av sådan karaktär.
- ✚ Vid nyanställning, avslut och förändring av anställning finns en rad punkter som chef ska gå igenom med vederbörande gällande informationssäkerhet.



## RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Egenkontroll

Mål	Åtgärd	Resultat	Analys
Full följsamhet till de basala hygien- och klädrutinerna	Självskattning x 2	Se bilaga 1	Fortsatt ej 100%. Dock i nivå eller bättre jämfört med riket i stort. Fortsatt missas handsprit före vårdnära patientarbete, vilket kan ses som ett tecken på att man inte tänker på sig själv som smittbärare. Likaså används inte plastförkläde i rätt utsträckning.
	PPM BHK		
	Varje enhet strategi för följsamhet till BHK	Ej uppfyllt	Alla enheter har inte en etablerad/känd strategi för hur man ska öka följsamhet till BHK-rutiner.
	All baspersonal har tagit Hygienkörtkort	Ej uppfyllt	Ett pågående arbete, där även nyanställd personal ska ha Hygienkörtkort.
	Kontroll av följsamhet till rutin för disk- och spoldesinfektor	Uppfyllt	Samtliga desinfektorer har kvalitetskontrollerats under året. Rutinen för daglig skötsel är belyst på alla enheter i samband med kontroll. Samtliga desinfektorer är ca 20 år gamla.
	Hygienrond		Fullständiga uppgifter saknas för möjlig analys.
Alla patienter med demensdiagnos ska kartläggas och följas upp i BPSD-registret.	Kartläggning i BPSD-registret enligt rutin	Ej uppfyllt	2019 53 st. patienter inskrivna i kommunal- hälso- och sjukvård med demensdiagnos. 45 patienter har en grundkartläggning i BPSD-registret. 11 av 45 (24 %) har inte fått någon uppföljning under 2019. Det finns inga klara uppgifter på hur många som tackat nej till att registreras.
Minska NPI-poäng hos vårdtagarna med 50 %.		Ej uppfyllt	Samtliga skattningar ligger på eller under 25 poäng (av maximala 144 poäng). Det är viktigt att alla professioner i teamet runt den enskilde förstår vikten av multiprofessionellt



			perspektiv för att påverka, och minimera BPSD-symtom.
Alla brukare ska ha en NPI-skattning med tillhörande uppföljning (Funca).	Kontinuerlig uppföljning av alla brukares kartläggning i Funca	Uppfyllt	Verktyget ses som ett etablerat arbetsätt för att minska och förebygga utmanande beteende samt minska användandet av skydds- och begränsnings-åtgärder. Resultat analyseras och tas med vid upprättande av vård- och genomförandeplan.
90 % av alla patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård > 65 år har riskbedömning, åtgärder och uppföljning utförd (Senior alert)	Kartläggning i Senior alert enligt rutin	78 % Se bilaga 1	Alla inskrivna patienter > 65 år ska erbjudas kartläggning. Frivilligt att delta. Antal patienter 2019 > 65 å = 160 st. 90 % skulle innebära att 144 st. patienter potentiella deltagare i registret. Några enheter har inte rätt förutsättning för att få kartläggningar registrerade i Senior alert.
Palliativregistret. Alla ska få smärta skattat enligt validerade smärtskattningsinstrument	Smärtskattning med validerade skattningsinstrument vid palliativ vård.  Utbilda baspersonal att utföra vid varje upplevd smärta.	Ej uppfyllt Se bilaga 1	Sämre resultat än föregående år. En orsak kan vara bristande kännedom om verktygen hos nyanställd personal.  All baspersonal har inte fått utbildning/genomgång av validerade smärtskattningsverktyg.
Palliativregistret. 85% ska ha en munhälso-bedömning genomförd	Följa palliativ riktlinje/rutin	Ej uppfyllt Se bilaga 1	Sämre resultat jmf med föregående år. Flera snabba vårdförlopp. Uppskattningsvis fler bedömningar gjorda som inte dokumenterats. Munvård utförs enligt praxis.
Alla ska erbjudas efterlevnadssamtal	Följa palliativ riktlinje/rutin	Uppfyllt	Etablerad praxis
Följsamhet till läkemedels-hanteringsrutin	Extern granskning	Uppfyllt Se bilaga 1	Viktigt att läkemedelsförrådet enbart används till det är till för. Förrådet måste vara lättöverskådligt och av god standard. Detta är säkrat genom reviderad rutin.
Lämpligt läkemedels-behandling	Mätning av olämpliga läkemedel	Se bilaga 1	Förbättring sedan föregående år. Lämplig läkemedelsbehandling eftersträvas kontinuerligt under året. Leg. sjuksköterska ska ifrågasätta behandling. Resultat lyfts vid samverkansmöte med behandlande läkare.
Dokumentation i Hälso- och sjukvårdsjournal	Strukturerad journal-granskning	Se bilaga 1	Verksamhetssystemet är inte optimalt som Hälso- och sjukvårdsjournal, men den struktur och rutin som nu finns ger förutsättningar för god dokumentation.



	Följsamhet till behörigheter		Fastställt målvärde för legitimerades dokumentation som grupp är uppfyllt. Få deltagare på planerade workshops, rörande rutiner kopplade till dokumentation i Procapita. Loggningar görs enligt rutin. Analys av resultat genomförs och återkopplas till enskild via enhetschef.
Rätt vårdnivå	Mätning av antal oplanerade transporter	Se bilaga 1	I stort var alla (18 av 20) beslut passande med tanke på antal vård dagar på sjukhus
Förskrivningsprocessen är känd och följs	Journalgranskning  Avvikelser		Spårbarheten och uppföljning av förskrivning ses inte alltid i Hälso- och sjukvårdsjournalen. Parallellt arbetar förskrivande personal i Webb-Sesam. Webb-Sesam och Hälso- och sjukvårdsjournalen har ingen integration. I vissa fall hjälper professioner varandra med förskrivning i Webb-sesam vilket resulterar i att uppföljningsansvaret uteblir eller försenas. Fortlöpande förbättringsarbete gällande följsamhet till ansvarsfördelning.  Det finns inga rapporterade avvikelser relaterade till att förskrivningsprocessen inte följs.
God samverkan med andra vårdgivare	Samverkansmöte 2 ggr år för revidering av överenskommelse och handlingsplan.  Nytt arbetssätt i och med lag om säker utskrivning	Vårens möte uteblev och därmed upprättandet av lokal Handlingsplan 2019	Det finns en känd rutin för hur kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd kräver det.  Samverkan på lokal nivå fungerar förhållandevis väl. Gott samarbete, korta kontaktvägar.  Uppföljning av gemensamma mål har gjorts utifrån Handlingsplan 2018.  Nytt arbetssätt har etablerat ett närmare samverkansförhållande.
Följsamhet till delegeringsprocessen	Kontroll av antal delegeringar	Uppfyllt	Viss missfördelning av ansvarig sjuksköterska i förhållande till ansvarsområde. Enhetschef har under hösten justerat ansvarsområde och



	Kontroll indragna delegeringar	Uppfyllt	därmed följer ändrad fördelning av delegeringsansvar. Ingen indragen delegering till följd av brister i kompetens 2019
Följsamhet till avvikelshantering, risk- och händelseanalys.	Riktlinje och rutiner följs Kommunövergripande statistik  Utredning av risk för eller allvarlig vårdskada  Anmälning Lex Maria		Se nedan

## Avvikelser

Ett par år tillbaks ses en minskning av totalt registrerade/rapporterade händelser. Vid sammanställning av avvikelser ses fortsatt brister i hur man dokumenterar/rapporterar i avvikelsemodulen. Händelseanalys och vidare åtgärder och återkoppling till berörd personal ska dokumenteras. Årssammanställning grundar sig på de månatliga sammanställningar som gjorts. Vid sökning avvikelser helår påvisas viss efterregistrering av händelser.

De största posterna av avvikelser är läkemedelsavvikelser i form av missade läkemedelsdoser och fallhändelser.

Avvikelser, antal	2017	2018	2019
Läkemedelshantering	208	106	102
Risk läkemedelsincidens	10	3	8
Samordnad vårdplanering intern avvikelse (skickad till annan vårdgivare)	5	8	4
Samordnad vårdplanering, avvikelse till kommunen	0	0	3
Hälso- och sjukvårdsåtgärder	10	11	8
Faktiska fall (inskrivna i hemsjukvården)	262	121	205
Faktiska fall (inte inskrivna i hemsjukvården)	12	48	32
Medicinteknisk produkt	7	0	4

Antal fall	Antal personer 2017 (274 fallhändelser)	Antal personer 2018 (169 fallhändelser)	Antal personer 2019 (237 fallhändelser)
1	58	34	33
2-5	29	29	47
6-9	8	7	12
10-13	0	0	3
14-17	0	0	2
≥18	2	2	0
	97 personer	72 personer	97 personer



## Klagomål och synpunkter

Under året har ett (1) klagomål kopplat till enskilds patientsäkerhet inkommit direkt till MAS. Klagomålet utreddes, dokumenterades och återkopplades inom 2 veckor. Åtgärder kopplade till klagomålet har via enhetschefsgrupp spridits till berörda verksamheter.

Inkomna synpunkter och klagomål till kommunen ses redovisade på kommunens hemsida. Av 58 inkomna synpunkter och klagomål finns inget innehåll med direkt anknytning till vård- och omsorg/patientsäkerhet. Högst troligt inkommer och omhändertas synpunkter och klagomål direkt till anställda inom vård- och omsorg utan att det statistikförs/dokumenteras för ett vidare perspektiv.

## Händelser och vårdskador

Dokumentation- och rapporteringsansvar ses som en övergripande orsak till varför avvikande händelser/situationer uppstår. Introduktion av ny personal och kontinuerligt i verksamhet måste man tydliggöra vem som gör vad, när, hur och varför rörande dokumentation och rapportering. Grunden i kommunal hälso- och sjukvård är att alla medarbetare kan förstå och följa ordinationer och instruktioner direkt kopplade till enskilds vård och omsorg.

Under året har ett fåtal rapporterade händelser utretts och analyserats. Analys och åtgärdsplan har återkopplats till berörda och uppföljning sker kontinuerligt. Ingen utredning har resulterat i anmälan enligt Lex Maria.

	2017	2018	2019
<b>Avvikelse skickade till annan vårdgivare</b>	5	11	3
<b>Inkommande avvikelser från annan vårdgivare</b>	0	0	3
<b>Lex Maria anmälningar</b>	1	1	0

## Riskanalys

I samband med riskanalys är det av yttersta vikt att medarbetare som har direkt kunskap om verksamhet är delaktiga. Medarbetare ska vara delaktiga för att vara insatta i vilka förutsättningar som finns i verksamheten. Först när man är medveten om vilket sammanhang som föreligger och vilka verksamhetsmål som åligger kan man gemensamt sträva mot uppsatta mål.

I samband med avvikande händelse är det av största vikt att utrett händelseförlopp och dess åtgärder återkopplas i den verksamhet den inträffat samt eventuell spridning till övriga verksamheter som ett lärande exempel. Flertalet rapporter saknar i dags läget dokumenterad händelsebeskrivning vilken ska ligga till grund för den lärdom man kan sprida för att förhindra att liknande händelse åter sker. Med tanke på att vissa enheter fortsatt generellt har lågt antal rapporterade avvikande händelser kan man tolka in att avsaknad av återkoppling skapar en negativ spiral där risken i förlängningen är påtaglig att rapport av avvikande händelser uteblir.



## **Mål och strategier för kommande år**

- ✚ All ordinarie personal ska rapportera avvikande händelser digitalt i Procapita. Återkopplingar ska ske i berörd verksamhet och till övrig liknande verksamhet för att liknande händelse ska utebli. Handlingsplan finns för att all personal ska få behörighet och kunskap att rapportera avvikande händelser digitalt. Den största utmaningen är att varje enskild medarbetare ska förstå innebörden och vikten av att rapportera avvikande händelser. Sammanställning och återkoppling ska ske enligt interkontrollplan 2020. Våren 2020 införs verktyg för digital signering av delegerade arbetsuppgifter. Detta kommer troligtvis att medföra ett lägre antal avvikelser rörande uteblivna läkemedelsdoser.
- ✚ Ökad följsamhet till basala hygien- och klädrutiner. Fortsatt ses låg andel följsamhet till att desinfektera händerna innan patientnära arbete samt användning av förkläde när risk för anligger att arbetsklädnad kan bli förorenat. Handlingsplan med åtgärder finns och ska hållas levande bland annat hygienombudsträffar.
- ✚ Fokus basal omvårdnad. Behov finns rörande kvalitetssäkring för basal omvårdnad. För detta upprättas en checklista med kvalifikationer; Checklista baspersonal. Underlaget ska tydligt visa vilka kvalifikationer som föreligger och vad man behöver för ytterligare stöd/fortbildning för att kunna utföra olika arbetsuppgifter. På sikt ses ett behov av trolig omorganisation av verksamheter. Vi går till mötes en tid med lågt antal utbildade personal i förhållande till mängd potentiella brukare/patienter och dess behov av alltmer avancerade omvårdnadsåtgärder. Utifrån detta bör man se över vilka som utför allt från delegerade arbetsuppgifter till serviceuppgifter.
- ✚ All omvårdnadspersonal ska kunna förstå och följa rutiner rörande basal omvårdnad och instruktioner/ordinationer från legitimerad personal. Under våren 2020 planeras handledarutbildning med inriktning språkstöd.
- ✚ Dokumentation av kartläggning i Senior alert ska säkerställas genom att baspersonal/ombud kan logga in i systemet med Sithskort, Omvårdnadschema vid palliativ vård ska introduceras i ny tappning. Smärtskattning med validerade smärtskattningsinstrument ska öka i alla verksamheter, där man hanterar smärta. Handlingsplaner för varje enskild aktivitet finns upprättad och ska först följas upp under hösten (september).
- ✚ Andelen patienter med beslut om kommunal hälso- och sjukvård med diabetesdiagnos är hög (ca. 30 %). Här ses ett behov av strukturering av ansvarsfördelning. Rutin är framtagen, rörande basal omvårdnad till upprättande av medicinska vårdplaner och ska etableras i alla verksamheter med start våren 2020.