



# Patientsäkerhetsberättelse 2017

Omsorgsnämnden/Välfärdförvaltningen

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Syftet med patientsäkerhetsberättelsen .....	3
1.2 Krav och mål som gäller för verksamheten .....	3
1.3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	3
1.4 Samverkan för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada .....	3
1.5 Definitioner av begrepp .....	3
1.6 Välfärdsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA).....	4
1.7 Processutveckling med stöd av SIQs ProcessIndex .....	4
1.8 Bedömningsskalor .....	5
<b>2 Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet</b> .....	<b>7</b>
2.1 Ledningsprocesser .....	7
2.2 Huvudprocesser .....	12
2.3 Stödprocesser .....	20
<b>3 Mått/mätresultat</b> .....	<b>22</b>
<b>4 Sammanställning systematiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>27</b>
4.1 Sammanställning med riskanalyser .....	27
4.2 Sammanställning med egenkontroller .....	28
4.3 Sammanställning med utredning av avvikelser .....	29
4.4 Sammanställning med åtgärder.....	29
<b>5 Utvecklingsbehov</b> .....	<b>32</b>
5.1 Analys av det systematiska kvalitetsarbetet .....	32
5.2 Processer som behöver utvecklas för att säkra en god vård .....	35

# 1 Inledning

## 1.1 Syftet med patientsäkerhetsberättelsen

Att synliggöra det systematiska patientsäkerhetsarbetet i verksamheten samt att hitta mönster och trender som tyder på brister i verksamhetens kvalitet.

## 1.2 Krav och mål som gäller för verksamheten

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls.

Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

## 1.3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Omsorgsnämnden är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom välfärdsförvaltningen. Ansvarsområdet regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Som vårdgivare är omsorgsnämnden ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschef är huvudansvarig för patientsäkerhetsarbetet och svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

## 1.4 Samverkan för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada

Samverkan sker i en lokal samverkansgrupp (LSG) med representanter för specialistvård, primärvård och verksamhetschefer i kommunal hälso- och sjukvård. Samverkan sker även i andra grupper med olika yrkesprofessioner.

## 1.5 Definitioner av begrepp

### Patientsäkerhet

Skydd mot vårdskada

### Vårdskada

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

### Allvarlig vårdskada

Vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

### Process

Serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.

### Ledningsprocesser

Ledningsprocesser behövs för att styra och koordinera huvud- och stödprocesser.

### Huvudprocesser

Processer som realiserar verksamhetsidén.

### **Stödprocesser**

Stödprocesser behövs för att huvudprocesserna ska fungera så bra som möjligt.

## **1.6 Välfärdsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SKA)**

Enligt SOSFS 2011:9 (M OCH S) "Föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" ska det finnas ett ledningssystem, det vill säga ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

Vårdgivaren ansvarar för att:

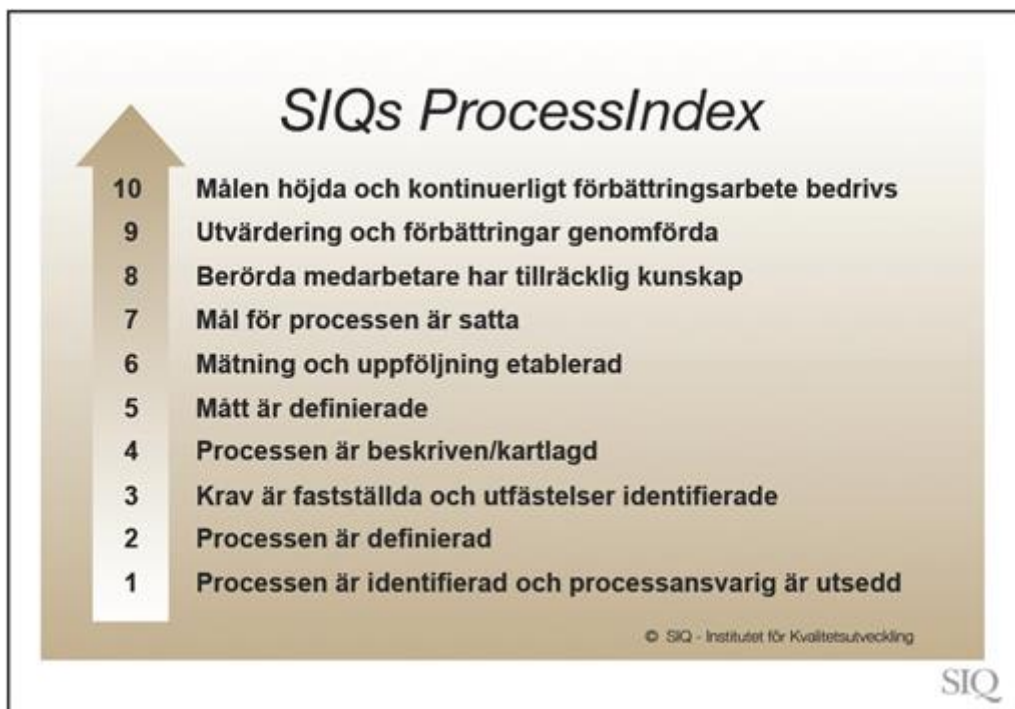
- Det finns ett ledningssystem för verksamheten (1 §).
- Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (1 §).
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (2 §).
- Det av ledningssystemet framgår hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet är fördelade i verksamheten (3 §).

Centrala delar i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SKA) är:

- Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Rutiner som beskriver bestämda tillvägagångssätt för hur aktiviteterna som ingår i respektive process ska utföras (inklusive i vilken ordning aktiviteterna ska utföras) och anger hur ansvaret för utförandet av aktiviteterna som ingår i respektive process är fördelat i verksamheten.
- Samverkan för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.
- Systematiskt förbättringsarbete.
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.

## **1.7 Processutveckling med stöd av SIQs ProcessIndex**

Processutvecklingsarbetet inom välfärdsförvaltningen kvalitetssäkras genom arbete med utgångspunkt i SIQs ProcessIndex som omfattar följande 10 utvecklingssteg:

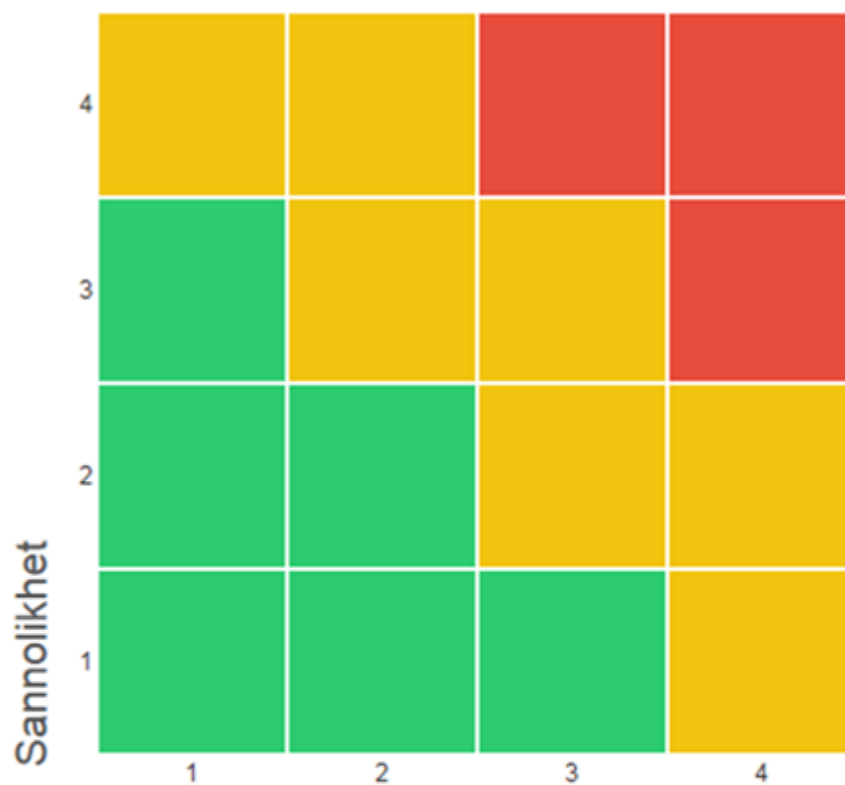


## 1.8 Bedömningsskalor

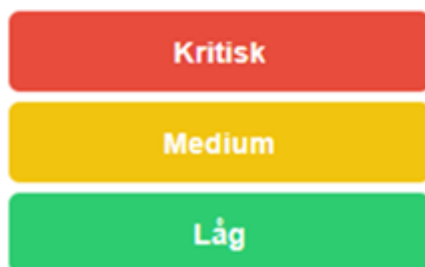
### 1.8.1 Mått

- Grön = "Uppnått"/"Mycket bra eller Bra"
- ◆ Gul = "Delvis uppnått"/"Godkänt"
- Röd = "Inte uppnått"/"Svagt eller Dåligt"

## 1.8.2 Riskanalyser



### Allvarlighetsgrad



	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
4	Mycket stor	Hög
3	Stor	Betydande
2	Liten	Måttlig
1	Mycket liten	Mindre

## 1.8.3 Egenkontroller

● Grön = "Godkänd"

■ Röd = "Ej godkänd"

## 2 Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet

### 2.1 Ledningsprocesser

#### 2.1.1 Med syfte att styra verksamheten

Processområde:

##### 2.1.1.1 Planera verksamhet och resurser

#### Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsstyrning genom att planera verksamhet och resurser.

Process:

##### 2.1.1.1.1 Planera bemanning av arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster för att uppnå en god och säker rehabilitering

#### Beskrivning av processen

Rehabiliteringens innehåll och kvalitet utifrån ett rekommenderat nyckeltal för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster (beräknat per heltid och antal individer).

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Nyckeltal arbetsterapeut och sjukgymnast (Bjästagården)	—	● 66
Nyckeltal arbetsterapeut (Lejonbacken korttidsvistelse)	—	■ 25
Nyckeltal sjukgymnast (Lejonbacken korttidsvistelse)	—	■ 28
Nyckeltal arbetsterapeut (särskilt boende)	—	■ 179
Nyckeltal fysioterapeut/sjukgymnast (särskilt boende)	—	■ 149
Nyckeltal arbetsterapeut (ordinärt boende)	—	■ 952
Nyckeltal fysioterapeut/sjukgymnast (ordinärt boende)	—	■ 1 370

Risikanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för risikanalysen
◆ Risk för längre väntetider innan patient erhåller rehabbedömning, rehabinsatser och uppföljning av dessa.	3. Stor	3. Betydande	Organisationsförändring
■ Risk för att vårdpersonal utvecklar arbetssätt som inte stödjer rehabiliteringens intentioner.	4. Mycket stor	3. Betydande	Organisationsförändring
◆ Risk för minskad möjlighet till förebyggande insatser (I FAS)	2. Liten	3. Betydande	Organisationsförändring
◆ Risk för minskad möjlighet till teamsamarbete.	3. Stor	3. Betydande	Organisationsförändring

Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för riskanalysen
◆ Risk för fördröjning av rehabbedömningar.	3. Stor	3. Betydande	Organisationsförändring
◆ Risk för minskad tid för förberedelse av rehabiliteringsperiod.	3. Stor	2. Måttlig	Organisationsförändring
◆ Risk för utebliven/fördröjning av yrkesspecifika insatser och behandlingar.	3. Stor	3. Betydande	Organisationsförändring

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Skapa prioritetsordning/vägledning för arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast att kunna använda som stöd vid bedömningar, insatser och uppföljning.	Genomförd	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Säkerställa att det finns ett förflyttningsombud per avdelning.	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Säkerställa att särskilt boenden har rätt grundutrustning av hjälpmedel samt skapa rutin som tydliggör ansvarsfördelning vid hantering av hjälpmedel.	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Avveckla eller anpassa I FAS.	Genomförd	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Revidera befintlig arbetsmodell.	Genomförd	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Kommunicera och implementera reviderad arbetsmodell.	Genomförd	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Påbörja införandet av multiprofessionellt teamsamarbete (Bjästagården och Lejonbacken).	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Skapa en gemensam kommunikationsplan inom avdelningen för överföring av information mellan rehabenhet och respektive särskilt boende samt inom varje särskilt boende för att säkerställa rehabinsatser.	Genomförd	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Avveckla eller anpassa I FAS.	Genomförd	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Förslag: Avveckla behandling med TENS och akupunktur.	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd

Process:

### 2.1.1.1.2 Planera sjuksköterskebemannning i särskilt boende

#### Beskrivning av processen

Fördelning av sjuksköterskeresurser.

Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för riskanalysen
------------	-------------	-------------------	--------------------------



Risikanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för risikanalysen
◆ Sjuksköterskan känner inte patienten och information saknas	2. Liten	4. Hög	Organisationsförändring
◆ De boende får vänta på en bedömning av sjuksköterska	2. Liten	3. Betydande	Organisationsförändring
◆ Omfattande medicinska insatser på en enhet med mycket korttidsplatser	3. Stor	3. Betydande	Organisationsförändring
● Risk för att göra felaktiga bedömningar	1. Mycket liten	4. Hög	Organisationsförändring
● Sjuksköterskan har ansvar för flera enheter och akuta händelser inträffar samtidigt på flera enheter	1. Mycket liten	2. Måttlig	Organisationsförändring

Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
● Uppföljning av patientsäkerhet utifrån ny resursorganisation	Godkänd	Inhämtning av synpunkter

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Patientinformation uppdateras regelbundet.	Genomförd	Risikanalys	Förebyggande åtgärd
Arbeta i team.	Genomförd	Risikanalys	Förebyggande åtgärd
Sjuksköterskebemanning dygnet runt.	Genomförd	Risikanalys	Förbättrande åtgärd
Tillsynsbesök prioriteras.	Genomförd	Risikanalys	Förebyggande åtgärd
Uppföljning av nya organisationen genomförd	Genomförd	Risikanalys	Förebyggande åtgärd

## 2.1.2 Med syfte att utveckla verksamheten

Processområde:

### 2.1.2.1 Utveckla verksamhet

#### Beskrivning













Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att utveckla verksamhet.

Process:

#### 2.1.2.1.1 Utredning av händelser - vårdskador

#### Beskrivning av processen

Enligt bestämmelser i patientsäkerhetslagen ska hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. Vårdgivaren har en skyldighet att utreda händelser i verksamheten och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Andel enhetschefer som känner till hur risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) ska rapporteras (OSN)	 74,2 %	 95,1 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (OSN)	 72,6 %	 96,7 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Maria vid introduktion av medarbetare (OSN)	 69,4 %	 83,6 %
Andel enhetschefer som känner till hur risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) ska rapporteras (HUMN)	 100 %	 100 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (HUMN)	 100 %	 100 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Maria vid introduktion av medarbetare (HUMN)	 100 %	 100 %
Lex Maria-anmälningar	2	0

Process:

**2.1.2.1.2 Systematiskt förbättringsarbete med utgångspunkt i IVO:s, JO:s och Patientnämndens beslut om åtgärder utifrån inspektion, tillsyn eller klagomål (patientsäkerhet)**

**Beskrivning av processen**

Bedriva systematiskt förbättringsarbete utifrån IVO, JO och Patientnämndens beslut om åtgärder samt identifiera trender och mönster.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Antal inkomna inspektioner, tillsyner och klagomål från IVO, JO och Patientnämnden (patientsäkerhetsberättelse)	8	4

Processområde:

**2.1.2.2 Utveckla kompetens**

**Beskrivning**

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att utveckla kompetens.

Process:

**2.1.2.2.1 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter**

**Beskrivning av processen**

Delegering innebär att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som är formellt och reellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell, men har reell kompetens för uppgiften. Med formell kompetens avses legitimation för yrket. Hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast om det är förenligt med god och säker vård

Risikanalyt	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för risikanalyt
◆ Patientsäkerhetsrisk vid delegering inom ett större geografiskt område för utredningshemtjänst	2. Liten	3. Betydande	Frekventa mindre avvikelser inom en arbetsprocess
◆ Patientsäkerhetsrisk vid delegering av läkemedelshandling inom ett större område (LAS-område 2)	2. Liten	3. Betydande	Frekventa mindre avvikelser inom en arbetsprocess

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Dokumentationen gällande hälso- och sjukvård (HSL-uppdrag, läkemedelslistor, instruktioner mm.) ska se likadan ut hos alla personer med hemsjukvårdsinsatser.	Genomförd	Risikanalyt	Förebyggande åtgärd
Korrekt dokumentation hos alla patienter	Genomförd	Risikanalyt	Förebyggande åtgärd
Följsamhet till instruktioner	Pågående	Risikanalyt	Förebyggande åtgärd
Endast erfaren personal kan få utökat delegeringsområde	Genomförd	Risikanalyt	Förebyggande åtgärd

Process:

### 2.1.2.2.2 Säkerställa förflyttningkunskap och säkra förflyttningar

#### Beskrivning av processen

Förflyttningkunskap innebär att ha goda kunskaper inom området förflyttning samt i att använda förflyttningshjälpmiddel. Kunskapen bygger på naturligt rörelsemönster och att utgå från individens resurser. Arbetssättet är hälsofrämjande. Målgrupper är undersköterska/vårdare, sjuksköterska/distriktssjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Antal förflyttningssombud	129	152
Andel enheter med förflyttningssombud	◆ 92,31 %	◆ 94,23 %
Antal förflyttningssombud på enhet (Bjästagaröden shs och Lingåröden)	—	5
Antal förflyttningssombud på enhet (Bjästagaröden vob)	—	2

Process:

### **2.1.2.2.3 Säkerställa att förskrivarkompetens av hjälpmedel finns hos legitimerad personal**

#### **Beskrivning av processen**

Förskrivarprocessen innebär att bedöma behov, prova ut, anpassa, informera, instruera och träna samt följa upp och utvärdera funktion och nytta.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som ska använda och hantera medicintekniska produkter och, till dessa, anslutna informationssystem ska ha kunskap om produkternas funktion, riskerna vid användningen av produkterna på patienter, hanteringen av produkterna, och vilka åtgärder som behöver vidtas för att begränsa en vårdskadas omfattning, när en negativ händelse har inträffat (SOSFS 2008:1).



Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Antal sjuksköterskor med förskrivningsrätt som har genomgått lokal utbildning i förskrivarprocess och madrasser kat. 1-3	102	26

Process:

### **2.1.2.2.4 Säkerställa hjälpmedelskunskap och säkra tillgång till hjälpmedel utifrån enskildas behov**

#### **Beskrivning av processen**

Hjälpmedelssamordnaren säkerställer att hjälpmedelsombud har den kunskap han/hon behöver för att kunna utföra sin ombudsroll i syfte att bidra till en kostnadseffektiv hjälpmedelsverksamhet. Detta innefattar att följa upp hjälpmedel, göra arbetsordrar och hämtordrar samt flyttanmälan till särskilt boende. Vid behov av förnyad behovsbedömning av hjälpmedel tas kontakt med legitimerad personal.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Antal hjälpmedelsombud på avdelning ordinärt boende och särskilt boende	135	129
Andel enheter med hjälpmedelsombud	 100 %	 95,56 %
Antal hjälpmedelsombud på enheten (Bjästagården shs och Lingården)	—	4
Antal hjälpmedelsombud inom enheten (Bjästagården vob)	—	3

## **2.2 Huvudprocesser**

### **2.2.1 Med syfte att underlätta människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv**

Processområde:

#### **2.2.1.1 Förebygga behov av insats**

#### **Beskrivning**









Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att förebygga behov av insats.



Process:

### 2.2.1.1.1 Förebygga smittspridning

#### Beskrivning av processen

Vårdhygieniska åtgärder har som mål att förebygga infektioner hos patienter, hindra smittspridning mellan patienter och hindra smittspridning från patient till personal och omvänt.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på särskilt boende (prevalens)	 3 %	 1 %
Andel vårdtagare i särskilt boende med antibiotika (prevalens)	 4 %	 2 %
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på korttidsplats	 8 %	 0 %
Andel vårdtagare med antibiotikabehandling på korttidsplats	 33 %	 0 %

Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
 Kontroll av vårdhygienisk standard	Ej godkänd	Checklista
 Funktionskontroll av spol och diskdesinfektor	Godkänd	Dokumentation

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Webbutbildning	Genomförd	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd
Utbildning basal hygien	Genomförd	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd
Stödmaterial framtaget	Genomförd	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd
Informationsbroschyr	Genomförd	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd



Process:









### 2.2.1.1.2 Vårdpreventiv process

#### Beskrivning av processen

Vårdprevention innebär att skador i vård och omsorg ska undvikas och att alla personer ska kunna garanteras en säker samt likvärdig vård och omsorg. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat.

I den vårdpreventiva processen ingår att systematiskt riskbedöma, utreda bakomliggande orsaker, bedöma, åtgärda och följa upp potentiella vårdskador för personer gällande trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Bakomliggande orsak till risk definierad	 16,64	 63,11

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
	%	%
Åtgärdsplan upprättad vid risk	 59,61 %	 90,62 %
Utförda åtgärder vid risk	 51,02 %	 68,28 %
Andel personer med trycksår i särskilt boende	 1,31 %	 5,87 %
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%)	 52	 52

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Rapportera i Senior Alert och arbeta förebyggande med utgångspunkt i resultaten.	Pågående	Egenkontroll	Förebyggande åtgärd
Kvalitetssäkra hanteringen av sängar och madrasser.	Genomförd	Egenkontroll	Förebyggande åtgärd
Utbilda sjuksköterskor som förskriver sängar och madrasser.	Genomförd	Egenkontroll	Förebyggande åtgärd

Process:

### 2.2.1.1.3 Förebygga fall och fallskador

#### Beskrivning av processen

Hälso- och sjukvården ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt ett av målen med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är att förebygga ohälsa. Alla yrkesgrupper är viktiga i det systematiska fallpreventionsarbetet där teamsamverkan kring individen är en framgångsfaktor (Socialstyrelsen).


Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Antal fallhändelser	1 869	2 541



Process:

### 2.2.1.1.4 Förebygga insjuknande i säsongsinfluensa

#### Beskrivning av processen

Vaccination syftar till att skydda personer med ökad risk för allvarlig sjukdom, det vill säga såväl av influensasjukdom som av komplikationer av influensa och försämring av underliggande grundsjukdom.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Andel personer som fått erbjudande om säsongsinfluensa	—	 96,54 %

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Andel personer som tackat ja till vaccination och fått läkarordination på detta	—	 67,24 %
Andel personer som erhållit vaccin för säsongsinfluensa	—	 95,82 %

Process:

### 2.2.1.1.5 *Nödvändig tandvård och munhälsobedömning*

#### Beskrivning av processen

Identifiera och informera personer som tillhör målgruppen och tillse att intyg för nödvändig tandvård utfärdas samt erbjuda årlig munhälsobedömning. Omvårdnadspersonal ska ge daglig munvård till de brukare som behöver det.

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Säkerställa munvårdskunskap hos vård och omsorgspersonal	Genomförd	Process	Förbättrande åtgärd

Processområde:

### 2.2.1.2 *Utreda behov och fatta beslut*

#### Beskrivning



Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att utreda behov och fatta beslut.


Process:

### 2.2.1.2.1 *Utreda och behandla blåsdysfunktion*

#### Beskrivning av processen

Personer med blåsdysfunktion ska erbjudas utredning av sina besvär, få förebyggande åtgärder och behandlingar insatta och utvärderade. Vid behov av inkontinenshjälpmedel ska dessa vara individuellt utprovade.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Andel personer med urinkateter	 11,8 %	 10,9 %

Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
 Uppföljning av användning av blåsvolymmätare	Ej godkänd	Inhämtning av synpunkter

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
--------	--------	--------------------	---------------------

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Utbildning	Pågående	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd

Processområde:

### 2.2.1.3 Genomföra insatser

#### Beskrivning

Huvudprocesser som underlättar människors möjlighet att leva ett meningsfullt liv genom att genomföra insatser.



Process:

### 2.2.1.3.1 Läkemedelshantering

#### Beskrivning av processen

Grunden för läkemedelshantering är att den ska vara säker, ändamålsenlig och individuellt anpassad till den enskildes behandlingsbehov och personliga förutsättningar. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Andel personer med genomförd symtom-skattning enligt fastställd symtomskattningsskala	—	57,81 %
Antal avvikelser gällande iordningställande av läkemedelsdos	42	213
Avvikelser gällande överlämnande av läkemedelsdos	1 307	1 581

Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
 Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	Godkänd	Besök i verksamheten
 Kontroll av tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel	Godkänd	Besök i verksamheten

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Kvalitetssäkring av dokumentationen kring narkotiska läkemedel	Pågående	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd
Rutiner för symtomskattning upprättas.	Pågående	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd
Genomföra den interna kontrollen "Kontrollera följsamhet till rutiner (läkemedelshantering)" i enlighet med omsorgsnämndens verksamhetsplan 2017.	Genomförd	Process	Förebyggande åtgärd
Arbeta för att läkemedelsgenomgångar genomförs minst en gång per år.	Pågående	Egenkontroll	Förebyggande åtgärd



















Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Rapportera och följa upp olämpliga läkemedel varje år.	Genomförd	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd
Rapportera nulägesregistrering över antal läkemedel i september, hemsjukvård	Genomförd	Egenkontroll	Förebyggande åtgärd

Process:

### 2.2.1.3.2 Palliativa processen

#### Beskrivning av processen

Att på bästa möjliga sätt ta hand om, vårda och behandla människan – och i viss utsträckning de närstående – på ett så kompetent, säkert, effektivt och ändamålsenligt sätt som möjligt i livets slutskede.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Munhälsa bedömd	 72,1 %	 75,2 %
Utförd validerad smärtskattning	 55,3 %	 56,9 %
Lindrad från smärta	 85,6 %	 86,2 %
Lindrad från illamående	 88,8 %	 85,8 %
Lindrad från ångest	 84,7 %	 78,5 %
Lindrad från rosslig andning	 69,8 %	 68,7 %
Avliden utan trycksår	 91,6 %	 92,3 %
Eftersamtal erbjudet	 85,1 %	 87,8 %



Process:

### 2.2.1.3.3 Dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal

#### Beskrivning av processen

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Legitimerad personal är skyldig att föra patientjournal.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Antal nyanställd legitimerad personal som fått introduktion i patientdatalag och dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal	25	40

Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
 Granskning av dokumentation	Godkänd	Granskning av journaler
 Loggkontroll av journaldokumentation	Godkänd	Stickprov

Process:

#### 2.2.1.3.4 *Förskriva hjälpmedel*

##### Beskrivning av processen

Förskrivning av hjälpmedel innebär bedömning, beställning, utprovning, ev. anpassning, information, instruktion och uppföljning.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Tid från leverans till utprovning av hjälpmedel oktober - december (Bjästagården vob, shs och Lingården)	—	2
Tid från leverans till utprovning av hjälpmedel oktober - december (Björnaborg)	—	2,81
Tid från leverans till utprovning av hjälpmedel oktober - december (Söränget shs)	—	6,67
Tid från leverans till utprovning av hjälpmedel oktober - december (Söränget vob)	—	6,71
Antal avvikelser med medicinteknisk produkt	19	23

Process:

#### 2.2.1.3.5 *Arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt med utgångspunkt i ett multiprofessionellt teamarbete*


##### Beskrivning av processen









Innebär att:



- uppmuntra individ till att göra det han/hon klarar själv
- stödja individ i det han/hon inte klarar själv
- motivera individ till att göra egna val och stödja till att behålla intressen vanor och ansvar för sin vardag

Innefattar all personal och innebär ett generellt arbetssätt oavsett individ vi möter.

Multiprofessionellt teamarbete innebär en grupp av vård- och omsorgspersonal och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde (Socialstyrelsens termbank).

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Antal gruppaktiviteter per månad (Bjästagården shs, Lingården och Bjästa vob)	—	1 519
Antal individuella aktiviteter per månad (Bjästagården shs, Lingården och Bjästa vob)	—	296
Antal fortbildningstillfällen för personal från arbetsterapeut gällande hälsofrämjande arbetssätt och rehabilitering oktober - december (Bjästagården shs, Lingården och Bjästa vob)	—	8
Andel personer som upplever att "I mitt arbete tänker jag på hur jag kan ta tillvara individens resurser"	—	 68 %

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Andel personal som upplever att "I mitt arbete uppmuntrar jag individen att utföra sina dagliga aktiviteter/delar av aktiviteter han/hon klarar själv"	—	 74 %
Andel personal som upplever att "I mitt arbete ges möjlighet att arbeta efter ett hälsofrämjande arbetsätt"	—	 54 %
Andel personal som upplever att "I mitt arbete är levnadsberättelsen en utgångspunkt för omvårdnaden"	—	 66 %
Andel personal som upplever att "I mitt arbete tar jag hänsyn till individens intressen"	—	 80 %
Andel personal som upplever att "På min arbetsplats upplever jag att individerna är tillräckligt stimulerade fysiskt"	—	 18 %
Andel personal som upplever att "På min arbetsplats upplever jag att individerna är tillräckligt stimulerade socialt"	—	 18 %
Andel personal som upplever att "På min arbetsplats planeras och utförs omvårdnaden utifrån de mål som upprättats för individ i genomförandeplanen"	—	 62 %
Andel personal som upplever att "På min arbetsplats samarbetar olika professioner med att stödja, uppmuntra och motivera individen till att vara aktiv i sin vardag"	—	 52 %
Antal fortbildningstillfällen för personal från sjukgymnast gällande hälsofrämjande arbetsätt och rehabilitering oktober - december (Bjästagården shs, Lingården och Bjästa vob)	—	7


Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
 Observation av teamträff (Lejonbacken plan 4)	Godkänd	Besök i verksamheten
 Observation av teamträff (Lejonbacken plan 6)	Godkänd	Besök i verksamheten

Process:

### 2.2.1.3.6 Genomföra korttidsvistelse (Lejonbacken)

#### Beskrivning av processen

Planera inför korttidsvistelse, upprätta genomförandeplan och hälsoplan, genomföra insatser, följa upp insatser och planera inför hemgång samt avsluta korttidsvistelse.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Andel tidsbegränsad korttidsvistelse med hemgång inom utsatt tid	—	 33,33 %

Process:

### **2.2.1.3.7 Rehabilitering**

#### **Beskrivning av processen**

Rehabiliteringsprocessen består av att rehabiliteringsbehov aktualiseras, kartlägga och bedöma rehabiliteringsbehov, sätta mål, genomföra rehabiliteringsinsats, följa upp och utvärdera rehabiliteringsinsats samt avsluta rehabiliteringsinsats.

<b>Mått</b>	<b>Utfall 2016</b>	<b>Utfall 2017</b>
Antal nyinflyttade som bedöms med bedömningsinstrumentet ADL-taxonomi oktober - december (Bjästagården vob, shs och Lingården)	—	● 7
Antal nyinflyttade som bedöms med bedömningsinstrumentet GMF-generell motorisk funktionsbedömning oktober - december (Bjästagården vob, shs och Lingården)	—	◆ 6
Antal individuella aktiviteter inom arbetsterapi (november - december) (Bjästagården)	—	87
Antal individuella aktiviteter inom sjukgymnastik (november - december) (Bjästagården)	—	62

Process:

### **2.2.1.3.8 Utfärda intyg/utlåtande**

#### **Beskrivning av processen**

Att säkerställa att intyg utfärdas på ett professionellt och likvärdigt sätt utifrån gällande författningar.

<b>Mått</b>	<b>Utfall 2016</b>	<b>Utfall 2017</b>
Antal bostadsanpassningsintyg	469	380
Antal intyg/utlåtande	16	19

## **2.3 Stödprocesser**

### **2.3.1 Med syfte att skapa förutsättningar**

Processområde:

#### **2.3.1.1 Tillhandahålla utrustning**

##### **Beskrivning**

Stödprocesser som skapar förutsättningar för verksamheten genom att tillhandahålla utrustning.

Process:

#### **2.3.1.1.1 Hantera takmotorer och mobila lyftar på ett säkert sätt (medicintekniska produkter)**

##### **Beskrivning av processen**

Varje vårdgivare ska se till att det finns rutiner för en säker användning och hantering av medicintekniska produkter. processen (SOSFS 2008:1). Processen innebär årlig besiktning av alla inköpta takmotorer och mobila ellyftar samt kontinuerlig montering och borttagning av takmotorer efter behov.

Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
 Besiktning av takmotorer och mobila lyftar	Godkänd	Allkontroll

Process:

**2.3.1.1.2 Hantera säng med elfunktion och madrass på ett säkert sätt (medicintekniska produkter)**

**Beskrivning av processen**

Varje vårdgivare ska se till att det finns rutiner för en säker användning och hantering av medicintekniska produkter, och att ansvarsfördelningen för olika uppgifter inom alla verksamhetsområden är klarlagd (SOSFS 2008:1).

Processområde:

**2.3.1.2 Underlätta samordnad insats**

**Beskrivning**

Stödprocesser som skapar förutsättningar för verksamheten genom att underlätta samordnad insats.

Process:

**2.3.1.2.1 Samordnad vårdplanering och informationsöverföring**

**Beskrivning av processen**

































Vid samordnad vårdplanering/samordnad planering vid utskrivning, (SVP/SPU) överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan och den samordnade vårdplaneringen blir härmed ett av de viktigaste stegen i vårdkedjan för patienten/vårdtagaren i den gemensamma vård- och rehabiliteringsprocessen.

Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Avvikelser gällande informationsöverföring från specialist- och primärvård	36	88

### 3 Mått/mätresultat

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Planera bemanning av arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster för att uppnå en god och säker rehabilitering		Nyckeltal arbetsterapeut och sjukgymnast (Bjästagården)	■	● 66
		Nyckeltal arbetsterapeut (Lejonbacken korttidsvistelse)	■	■ 25
		Nyckeltal sjukgymnast (Lejonbacken korttidsvistelse)	■	■ 28
		Nyckeltal arbetsterapeut (särskilt boende)	■	■ 179
		Nyckeltal fysioterapeut/sjukgymnast (särskilt boende)	■	■ 149
		Nyckeltal arbetsterapeut (ordinärt boende)	■	■ 952
		Nyckeltal fysioterapeut/sjukgymnast (ordinärt boende)	■	■ 1 370
Utredning av händelser - vårdskador	Rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.	Andel enhetschefer som känner till hur risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) ska rapporteras (OSN)	■ 74,2 %	◆ 95,1 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (OSN)	■ 72,6 %	◆ 96,7 %
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Maria vid introduktion av medarbetare (OSN)	■ 69,4 %	◆ 83,6 %
		Andel enhetschefer som känner till hur risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) ska rapporteras (HUMN)	● 100 %	● 100 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (HUMN)	● 100 %	● 100 %
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Maria vid introduktion av medarbetare (HUMN)	● 100 %	● 100 %
	Anmälan enligt lex Maria	Lex Maria-anmälningar	2	0
Systematiskt förbättringsarbete med utgångspunkt i IVO:s, JO:s och Patientnämndens beslut om åtgärder utifrån		Antal inkomna inspektioner, tillsyner och klagomål från IVO, JO och Patientnämnden (patientsäkerhetsberättelse)	8	4

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
inspektion, tillsyn eller klagomål (patientsäkerhet)				
Säkerställa förflyttningsskapa och säkra förflyttningar	Enhetschef utser undersköterska/vårdare som utbildas till förflyttningssombud	Antal förflyttningssombud	129	152
		Andel enheter med förflyttningssombud	♦ 92,31 %	♦ 94,23 %
		Antal förflyttningssombud på enhet (Bjästagaröden shs och Lingåröden)	■	5
		Antal förflyttningssombud på enhet (Bjästagaröden vob)	■	2
Säkerställa att förskrivarkompetens av hjälpmedel finns hos legitimerad personal	Leg. personal deltar i lokal utbildning i förskrivningsprocessen och Webbsesam	Antal sjuksköterskor med förskrivningsrätt som har genomgått lokal utbildning i förskrivningsprocess och madrasser kat. 1-3	102	26
Säkerställa hjälpmedelskunskap och säkra tillgång till hjälpmedel utifrån enskildas behov	Enhetschef utser undersköterska/vårdare som utbildas till hjälpmedelsombud	Antal hjälpmedelsombud på avdelning ordinärt boende och särskilt boende	135	129
		Andel enheter med hjälpmedelsombud	● 100 %	♦ 95,56 %
		Antal hjälpmedelsombud på enheten (Bjästagaröden shs och Lingåröden)	■	4
		Antal hjälpmedelsombud inom enheten (Bjästagaröden vob)	■	3
Förebygga smittspridning	Uppföljning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning i särskilt boende	Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på särskilt boende (prevalens)	♦ 3 %	♦ 1 %
		Andel vårdtagare i särskilt boende med antibiotika (prevalens)	♦ 4 %	♦ 2 %
		Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på korttidsplats	♦ 8 %	● 0 %
		Andel vårdtagare med antibiotikabehandling på korttidsplats	■ 33 %	● 0 %
Vårdpreventiv process	Riskbedömning	Bakomliggande orsak till risk definierad	■ 16,64 %	■ 63,11 %
	Planera åtgärder	Åtgärdsplan upprättad vid risk	■ 59,61 %	♦ 90,62 %
		Utförda åtgärder vid risk	■ 51,02 %	■ 68,28 %
	Registrera händelser	Andel personer med trycksår i särskilt boende	● 1,31 %	■ 5,87 %

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
		Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%)	 52	 52
Förebygga fall och fallskador		Antal fallhändelser	1 869	2 541
Förebygga insjuknande i säsongsinfluensa	Erbjudande om vaccination och kontroll inför vaccination	Andel personer som fått erbjudande om säsongsinfluensa		 96,54 %
	Tackar ja till vaccination och får ordination av läkare	Andel personer som tackat ja till vaccination och fått läkarordination på detta		 67,24 %
	Vaccination	Andel personer som erhållit vaccin för säsongsinfluensa		 95,82 %
Utreda och behandla blåsdysfunktion	Behandling	Andel personer med urinkateter	 11,8 %	 10,9 %
Läkemedelshantering	Ordination	Andel personer med genomförd symtomskattning enligt fastställd symtomskattningsskala		 57,81 %
	Iordningsställande av läkemedel	Antal avvikelser gällande iordningställande av läkemedelsdos	 42	 213
	Administrering/överlämnande av läkemedel	Avvikelser gällande överlämnande av läkemedelsdos	 1 307	 1 581
Palliativa processen	Kontinuerlig bedömning / behandling / dialog	Munhälsa bedömd	 72,1 %	 75,2 %
		Utförd validerad smärtskattning	 55,3 %	 56,9 %
		Lindrad från smärta	 85,6 %	 86,2 %
		Lindrad från illamående	 88,8 %	 85,8 %
		Lindrad från ångest	 84,7 %	 78,5 %
		Lindrad från rosslig andning	 69,8 %	 68,7 %
	Dödsfall	Avliden utan trycksår	 91,6 %	 92,3 %
	Uppföljning efter dödsfallet	Eftersamtal erbjudet	 85,1 %	 87,8 %
Dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal	Dokumentera enligt lagstiftning	Antal nyanställd legitimerad personal som fått introduktion i patientdatalag och dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal	25	40

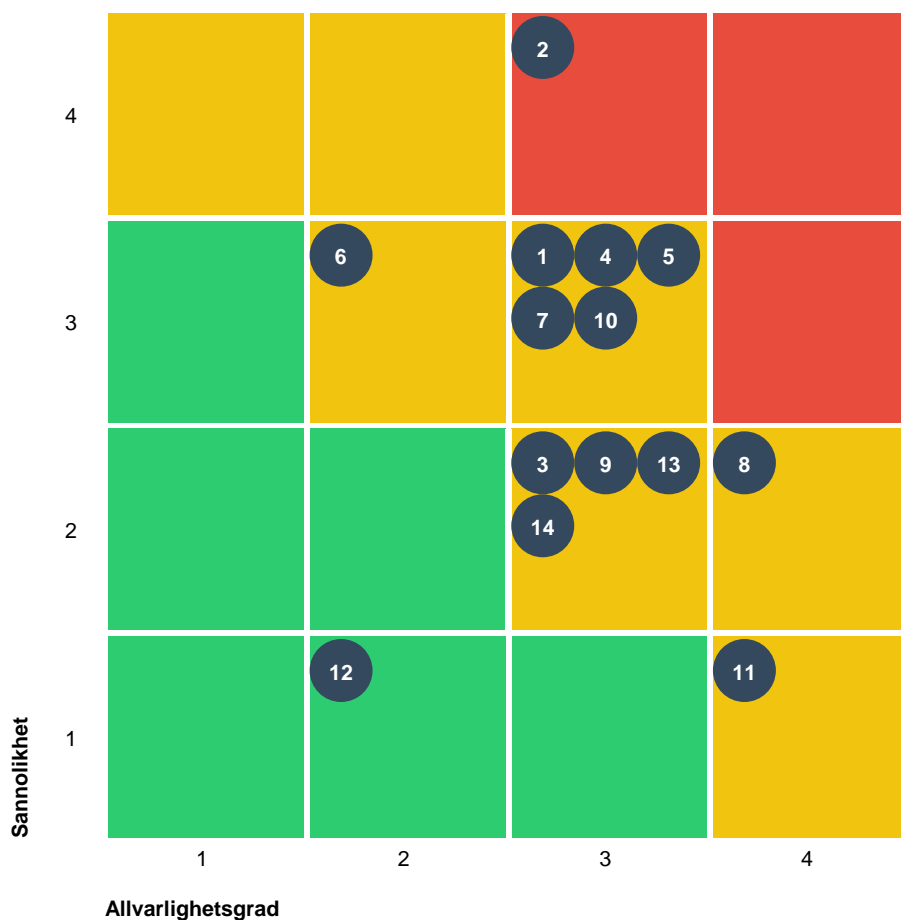


Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
Förskriva hjälpmedel	Välja lämplig specifik produkt, prova ut och anpassa	Tid från leverans till utprovning av hjälpmedel oktober - december (Bjästagaröden vob, shs och Lingården)	—	2
		Tid från leverans till utprovning av hjälpmedel oktober - december (Björnsborg)	—	2,81
		Tid från leverans till utprovning av hjälpmedel oktober - december (Sörånget shs)	—	6,67
		Tid från leverans till utprovning av hjälpmedel oktober - december (Sörånget vob)	—	6,71
		Antal avvikelser med medicinteknisk produkt	19	23
Arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt med utgångspunkt i ett multiprofessionellt teamarbete	Genomföra hälsofrämjande arbetssätt och multiprofessionellt teamarbete	Antal gruppaktiviteter per månad (Bjästagaröden shs, Lingården och Bjästa vob)	—	1 519
		Antal individuella aktiviteter per månad (Bjästagaröden shs, Lingården och Bjästa vob)	—	296
	Följa upp hälsofrämjande arbetssätt och multiprofessionellt teamarbete	Antal utbildningstillfällen för personal från arbetsterapeut gällande hälsofrämjande arbetssätt och rehabilitering oktober - december (Bjästagaröden shs, Lingården och Bjästa vob)	—	8
		Andel personer som upplever att "I mitt arbete tänker jag på hur jag kan ta tillvara individens resurser"	—	68 %
		Andel personal som upplever att "I mitt arbete uppmuntrar jag individen att utföra sina dagliga aktiviteter/delar av aktiviteter han/hon klarar själv"	—	74 %
		Andel personal som upplever att "I mitt arbete ges möjlighet att arbeta efter ett hälsofrämjande arbetssätt"	—	54 %
		Andel personal som upplever att "I mitt arbete är levnadsberättelsen en utgångspunkt för omvårdnaden"	—	66 %
		Andel personal som upplever att "I mitt arbete tar jag hänsyn till individens intressen"	—	80 %
		Andel personal som upplever att "På min arbetsplats upplever jag att individerna är tillräckligt stimulerade fysiskt"	—	18 %
		Andel personal som upplever att "På min arbetsplats upplever jag att individerna är tillräckligt stimulerade socialt"	—	18 %
		Andel personal som upplever att "På min arbetsplats planeras och utförs"	—	62 %

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016	Utfall 2017
		omvårdnaden utifrån de mål som upprättats för individ i genomförandeplanen"		
		Andel personal som upplever att "På min arbetsplats samarbetar olika professioner med att stödja, uppmuntra och motivera individen till att vara aktiv i sin vardag"	■	■ 52 %
		Antal fortbildningstillfällen för personal från sjukgymnast gällande hälsofrämjande arbetssätt och rehabilitering oktober - december (Bjästagården shs, Lingården och Bjästa vob)	■	7
Genomföra korttidsvistelse (Lejonbacken)		Andel tidsbegränsad korttidsvistelse med hemgång inom utsatt tid	■	■ 33,33 %
Rehabilitering	Kartlägga/bedöma rehabiliteringsbehov	Antal nyinflyttade som bedöms med bedömningsinstrumentet ADL-taxonomi oktober - december (Bjästagården vob, shs och Lingården)	■	● 7
		Antal nyinflyttade som bedöms med bedömningsinstrumentet GMF-generell motorisk funktionsbedömning oktober - december (Bjästagården vob, shs och Lingården)	■	◆ 6
	Genomföra rehabiliteringsinsats	Antal individuella aktiviteter inom arbetsterapi (november - december) (Bjästagården)	■	87
		Antal individuella aktiviteter inom sjukgymnastik (november - december) (Bjästagården)	■	62
Utfärda intyg/utlåtande		Antal bostadsanpassningsintyg	469	380
		Antal intyg/utlåtande	16	19
Samordnad vårdplanering och informationsöverföring		Avvikelse gällande informationsöverföring från specialist- och primärvård	36	88

## 4 Sammanställning systematiskt förbättringsarbete













### 4.1 Sammanställning med riskanalyser




1 Kritisk 12 Medium 1 Låg Totalt: 14

Kritisk	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
Medium	4 Mycket stor	Hög
Låg	3 Stor	Betydande
	2 Liten	Måttlig
	1 Mycket liten	Mindre

Process	Risk nummer	Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
Planera bemanning av arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster för att uppnå en god och säker rehabilitering	1	Risk för längre väntetider innan patient erhåller rehabbedömning, rehabinsatser och uppföljning av dessa.	3. Stor	3. Betydande
	2	Risk för att vårdpersonal utvecklar arbets sätt som inte stödjer	4. Mycket stor	3. Betydande

Process	Risk nummer	Risikanalyser	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
		rehabiliteringens intentioner.		
	3	 Risk för minskad möjlighet till förebyggande insatser (I FAS)	2. Liten	3. Betydande
	4	 Risk för minskad möjlighet till teamsamarbete.	3. Stor	3. Betydande
	5	 Risk för fördröjning av rehabbedömningar.	3. Stor	3. Betydande
	6	 Risk för minskad tid för förberedelse av rehabiliteringsperiod.	3. Stor	2. Måttlig
	7	 Risk för utebliven/fördröjning av yrkesspecifika insatser och behandlingar.	3. Stor	3. Betydande
Planera sjuksköterskebemanning i särskilt boende	8	 Sjuksköterskan känner inte patienten och information saknas	2. Liten	4. Hög
	9	 De boende får vänta på en bedömning av sjuksköterska	2. Liten	3. Betydande
	10	 Omfattande medicinska insatser på en enhet med mycket korttidsplatser	3. Stor	3. Betydande
	11	 Risk för att göra felaktiga bedömningar	1. Mycket liten	4. Hög
	12	 Sjuksköterskan har ansvar för flera enheter och akuta händelser inträffar samtidigt på flera enheter	1. Mycket liten	2. Måttlig
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	13	 Patientsäkerhetsrisk vid delegering inom ett större geografiskt område för utredningshemtjänst	2. Liten	3. Betydande
	14	 Patientsäkerhetsrisk vid delegering av läkemedelshantering inom ett större område (LAS-område 2)	2. Liten	3. Betydande

#### 4.2 Sammanställning med egenkontroller

Process	Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
Planera sjuksköterskebemanning i särskilt boende	 Uppföljning av patientsäkerhet utifrån ny resursorganisation	Godkänd	Inhämtning av synpunkter

Process	Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
Förebygga smittspridning	■ Kontroll av vårdhygienisk standard	Ej godkänd	Checklista
	● Funktionskontroll av spol och diskdesinfektor	Godkänd	Dokumentation
Utreda och behandla blåsdysfunktion	■ Uppföljning av användning av blåsvolymmätare	Ej godkänd	Inhämtning av synpunkter
Läkemedelshanterin g	● Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	Godkänd	Besök i verksamheten
	● Kontroll av tillförsel, förbrukning och kassation av narkotiska läkemedel	Godkänd	Besök i verksamheten
Dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal	● Granskning av dokumentation	Godkänd	Granskning av journaler
	● Loggkontroll av journaldokumentation	Godkänd	Stickprov
Arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt med utgångspunkt i ett multiprofessionellt teamarbete	● Observation av teamträff (Lejonbacken plan 4)	Godkänd	Besök i verksamheten
	● Observation av teamträff (Lejonbacken plan 6)	Godkänd	Besök i verksamheten
Hantera takmotorer och mobila lyftar på ett säkert sätt (medicintekniska produkter)	● Besiktning av takmotorer och mobila lyftar	Godkänd	Allkontroll

### 4.3 Sammanställning med utredning av avvikelser

#### 4.3.1 Klagomål och synpunkter

Via patientnämnd och IVO har tre klagomål inkommit som rör patientsäkerhet och i huvudsak brister i kommunikation och dokumentation. Förbättringsarbete har bedrivits i form av dialog, översyn av arbetssätt samt revidering av rutiner.

#### 4.3.2 Risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria)

Tolv händelser har under året utretts som vårdskada eller risk för vårdskada. De flesta händelserna gäller läkemedelshantering och informationsöverföring. Utredningarna har i de flesta fall mynnat ut i nya eller förändrade rutiner

### 4.4 Sammanställning med åtgärder

Process	Åtgärd	Åtgärdens ursprung	Status
Planera bemanning av arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster för att uppnå en god och säker rehabilitering	Skapa prioritetsordning/vägledning för arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast att kunna använda som stöd vid bedömningar, insatser och uppföljning.	Riskanalys	Genomförd

Process	Åtgärd	Åtgärdens ursprung	Status
	Säkerställa att det finns ett förflyttningsombud per avdelning.	Risikanalys	Pågående
	Säkerställa att särskilt boenden har rätt grundutrustning av hjälpmedel samt skapa rutin som tydliggör ansvarsfördelning vid hantering av hjälpmedel.	Risikanalys	Pågående
	Avveckla eller anpassa I FAS.	Risikanalys	Genomförd
	Revidera befintlig arbetsmodell.	Risikanalys	Genomförd
	Kommunicera och implementera reviderad arbetsmodell.	Risikanalys	Genomförd
	Påbörja införandet av multiprofessionellt teamsamarbete (Bjästagården och Lejonbacken).	Risikanalys	Pågående
	Skapa en gemensam kommunikationsplan inom avdelningen för överföring av information mellan rehabenhet och respektive särskilt boende samt inom varje särskilt boende för att säkerställa rehabinsatser.	Risikanalys	Genomförd
	Avveckla eller anpassa I FAS.	Risikanalys	Genomförd
	Förslag: Avveckla behandling med TENS och akupunktur.	Risikanalys	Pågående
	Planera sjuksköterskebemannning i särskilt boende	Patientinformation uppdateras regelbundet.	Risikanalys
Arbeta i team.		Risikanalys	Genomförd
Sjuksköterskebemannning dygnet runt.		Risikanalys	Genomförd
Tillsynsbesök prioriteras.		Risikanalys	Genomförd
Uppföljning av nya organisationen genomförd		Risikanalys	Genomförd
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	Dokumentationen gällande hälso- och sjukvård (HSL-uppdrag, läkemedelslistor, instruktioner mm.) ska se likadan ut hos alla personer med hemsjukvårdsinsatser.	Risikanalys	Genomförd
	Korrekt dokumentation hos alla patienter	Risikanalys	Genomförd

Process	Åtgärd	Åtgärdens ursprung	Status
	Följsamhet till instruktioner	Risakanalys	Pågående
	Endast erfaren personal kan få utökat delegeringsområde	Risakanalys	Genomförd
Förebygga smittspridning	Webbutbildning	Egenkontroll	Genomförd
	Utbildning basal hygien	Egenkontroll	Genomförd
	Stödmaterial framtaget	Egenkontroll	Genomförd
	Informationsbroschyr	Egenkontroll	Genomförd
Vårdpreventiv process	Rapportera i Senior Alert och arbeta förebyggande med utgångspunkt i resultaten.	Egenkontroll	Pågående
	Kvalitetssäkra hanteringen av sängar och madrasser.	Egenkontroll	Genomförd
	Utbilda sjuksköterskor som förskriver sängar och madrasser.	Egenkontroll	Genomförd
Nödvändig tandvård och munhälsobedömning	Säkerställa munvårdskunskap hos vård och omsorgspersonal	Process	Genomförd
Utreda och behandla blåsdysfunktion	Utbildning	Egenkontroll	Pågående
Läkemedelshanteringen	Rutiner för symtomskattning upprättas.	Egenkontroll	Pågående
	Kvalitetssäkring av dokumentationen kring narkotiska läkemedel	Egenkontroll	Pågående
	Genomföra den interna kontrollen "Kontrollera följsamhet till rutiner (läkemedelshantering)" i enlighet med omsorgsnämndens verksamhetsplan 2017.	Process	Genomförd
	Arbeta för att läkemedelsgenomgångar genomförs minst en gång per år.	Egenkontroll	Pågående
	Rapportera och följa upp olämpliga läkemedel varje år.	Egenkontroll	Genomförd
	Rapportera nulägesregistrering över antal läkemedel i september, hemsjukvård	Egenkontroll	Genomförd

## 5 Utvecklingsbehov

### 5.1 Analys av det systematiska kvalitetsarbetet

#### 5.1.1 Analys av processerna som behövs för att säkra en god vård

För att säkra en god vård finns idag 23 processer identifierade och beskrivna men har behov av fortsatt utveckling. Rutiner kopplad till processerna utarbetas fortlöpande och publiceras på intranätet. Fler processer kommer att identifieras.

#### 5.1.2 Analys av mått/mätresultat

##### 5.1.2.1 Planera bemanning av arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster för att uppnå en god och säker rehabilitering

Mätning av nyckeltal sker över en fyraårsperiod utifrån Strategi för rehabilitering och habilitering.

##### 5.1.2.2 Planera sjuksköterskebemanning

Ny resurssjuksköterskeorganisation startades 17-03-01. Enligt genomförd uppföljning via enkät till alla sjuksköterskor har informationsöverföring och samarbete med vårdpersonal fungerat på ett säkert sätt. Inga händelser gällande bristande patientsäkerhet har rapporterats utifrån ny organisation.

##### 5.1.2.3 Säkerställa att förskrivarkompetens finns hos legitimerad personal

Välståndsförvaltningens alla arbetsterapeuter och fysioterapeuter har förskrivarkompetens samt de flesta sjuksköterskor. Rutinen för att erhålla förskrivningskompetens har reviderats och säkerställer goda kunskaper inom området.

##### 5.1.2.4 Säkerställa hjälpmedelskunskap och säkra tillgång till hjälpmedel utifrån enskildas behov

Fortsätta utbilda hjälpmedelsombud inom LSS-verksamhet.

##### 5.1.2.5 Förebygga smittspridning

###### *Vårdhygienisk standard*

Egenkontroll av vårdhygienisk standard är genomförd men resultatet är inte godkänt på grund av att:

- personal inom några enheter inte har möjlighet att byta arbetskläder varje dag
- kraven för handhygien inte uppfylls inom alla enheter

###### *Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende*

De flesta enheter i särskilt boende har deltagit i Svenska HALT som är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i kommunernas särskilda boenden. HALT-mätningen är en punktprevalensundersökning – man undersöker hur många personer som har en vårdrelaterad infektion och använder antibiotika en valfri dag någon gång under veckorna 46 och 47.

I särskilt boende hade 4 personer (1%) en bekräftad infektion under mätdagen vilket var samma andel som riket. Andelen personer som mätdagen hade behandling med antibiotika var 2% jämfört med 3% i riket. De infektioner som registrerades var infektioner i urinvägar, lungor och hud. De antibiotika som användes var enligt de rekommendationer som finns för antibiotikaanvändning.



Utav de personer som vistades på korttidsplats under mätdagen behandlades ingen med antibiotika vilket var stor skillnad från mätningen 2016 då 33% hade antibiotikabehandling.

#### **5.1.2.6 Vårdpreventiv process**

I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar och att sätta in åtgärder för personer med risk för trycksår, undernäring, fall, bristande munhälsa samt blåsdysfunktion. I särskilt boende registreras riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior Alert. Alla enheter registrerar inte i Senior Alert men ett omtag kommer att ske under 2018 för att fler enheter ska registrera.

Under 2017 har en förbättring skett när det gäller åtgärdsplaner vid funnen risk 90, 62 % har en upprättad åtgärdsplan jämfört med 56,6% 2016. I högre grad är också bakomliggande orsak identifierad 63,11% 2017 jämfört med 16,64% 2016. Att identifiera bakomliggande orsak innebär större möjlighet att sätta in rätt åtgärder. Registrering av utförda åtgärder har också ökat från 51,02% 2016 till 68,28% 2017.

#### *Trycksår*

Vid HALT-mätningen vecka 46-47 rapporterades även förekomst av trycksår i särskilt boende. Andelen vårdtagare med trycksår var vid mätningen 5,87 % vilket var högre jämfört med förra årets resultat 1,3 % samt högre än i riket som var 4,3 % . En fördjupad analys av trycksårsförekomst kommer att ske under 2018.

#### **5.1.2.7 Förebygga fall och fallskador**

Under året har 2541 fallhändelser rapporterats in vilket är fler än ifjol (1869). Av dessa fallhändelser har 57 personer drabbats av fraktur/allvarlig skada jämfört med ifjol (58). Av de personer som har drabbats av fallhändelser är många ordinerade läkemedel som medför ökad risk för fall.

Utbildningsåtgärder kring nollvision av begränsningsåtgärder pågår inom särskilt boende där vikten av fysisk aktivitet betonas.

Utveckling av multiprofessionellt teamarbete pågår på Bjästagar den och Lejonbacken där fokus är teamträffar och förebyggande arbete.

#### **5.1.2.8 Förebygga insjuknande i säsongsinfluensa**

De flesta i särskilt boende tillhör de riskgrupper som enligt nationella rekommendationer ska erbjudas vaccination för säsongsinfluensa. Vaccinationen utförs av sjuksköterskan på särskilt boende men i samverkan med hälsocentraler. De flesta i hemsjukvården erhåller sin vaccination på hälsocentralen.

De flesta 96,54% av personer som bor i särskilt boende har fått erbjudande om vaccination och 67,24 % har tackat ja. Av de som tackat ja till vaccination har 95,82% erhållit vaccinationen. Samarbetet med hälsocentralerna har fungerat bra.

#### **5.1.2.9 Utredda och behandla blåsdysfunktion**

Vid utredning av urinblåsans volym används en blåsvolymmätare som är en ultraljudsapparat speciellt anpassad för att mäta urinblåsans volym. Sjuksköterskan utför mätningen. Vid en uppföljning av användningen av blåsvolymmätarna har en del problem framkommit. Resultatet från uppföljningen har lett till att en utbildningsåtgärden genomförs i början av 2018.

#### *Urinkateter*

Kateterbehandling av urinblåsan ordinerar av läkare med angiven indikation samt planerad behandlingstid alternativt tidpunkt för omprovning. Sjuksköterskan har formell kompetens att

sätta urinkatetern. Urinvägsinfektion är den vanligaste vårdrelaterade infektionen och förekommer oftast i samband med behandling med kvarliggande urinkateter. Vid HALT-mätningen i särskilt boende registrerades antalet personer med urinkateter. Andelen personer med urinkateter är något högre 10,9 % jämfört med riket 9,2%. En fördjupad analys av kateterbehandling kommer att ske under 2018.

#### **5.1.2.10 Läkemedelshantering**

##### *Fördjupad läkemedelsgenomgång*

För att förbättra kvalitén i läkemedelsbehandlingen ska en fördjupad läkemedelsgenomgång erbjudas alla i särskilt boende samt personer i ordinärt boende, 65 år och äldre, med hemsjukvård. Vid en fördjupad läkemedelsgenomgång krävs användning av symtomskattningsskalan PHASE-20.

I särskilt boende har symtomskattning genomförts för 67,21 % av de boende och i hemsjukvården har symtomskattningen genomförts för 41,96% av hemsjukvårdspatienterna.

##### *Ordination av sömnmedel*

Vid nulägesregistreringen av läkemedelsordinationer till personer 75 år och äldre i särskilt boende och hemsjukvård registreras utvalda läkemedel en dag i september varje år. Andel personer med stående ordination av sömnmedel i särskilt boende var vid registreringen 2017 13, 56% vilket är en minskning jämfört med 2016 17,44 %.

I hemsjukvården hade 13,82% stående ordination på sömnmedel jämfört med 2016 12,33 % .

##### *Avvikelse gällande läkemedelshantering*

Totalt har 1581 avvikelser gällande läkemedelshantering inrapporterats. Av dessa rapporteringar gäller de flesta utebliven dos eller mindre än ordinerat. Oftast medför avvikelserna ingen konsekvens för patienten. Men några allvarigare händelser har också inträffat i samband med att patienten fått för hög eller låg dos av ett läkemedel. Orsaken till händelserna beskrivs oftast som bristande ansvar men även arbetsmiljö och bristande rutiner anges som orsak till händelserna..

#### **5.1.2.11 Palliativa processen**

Den palliativa processen följs upp genom statistik ur palliativa registret. Flera mått visar en uppåtgående trend som är ett resultat av utbildning och handledning under flera år.

Personer i palliativ vård får i de flesta fall sin munhälsa bedömd men bedömningen dokumenteras i mindre omfattning. En viss förbättring har skett jämfört med 2016.

Utbildningssatsningar för att utföra validerad smärtskattning har genomförts under flera år och man kan fortfarande se en långsam uppåtgående trend av antal skattningar.

De flesta som vårdas i livets slut får ordinationer på läkemedel för att lindra smärta, illamående, ångest och rosslig andning och symptomlindring kan ges i de flesta fall.

Andelen personer som avlider utan trycksår har ökat något. En större andel personer har blivit erbjuden eftersamtal.

#### **5.1.2.12 Dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal**

##### *Utbildning/introduktion*

Under året har totalt 40 sjuksköterskor/distriktssjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster erhållit introduktion i patientdatalag och dokumentation hälso- och sjukvårdsjournal.

### *Utveckling*

En utvecklingsgrupp med legitimerad personal arbetar med att kvalitetssäkra och utveckla journalföringen i hälso- och sjukvårdsjournalen.

### *Journalgranskning*

Journalgranskning har genomförts för att säkerställa dokumentationen, medverka till kvalitetsutveckling samt tillförsäkra patienten en god och säker vård. Förbättringsbehov finns avseende att dokumentera riskbedömningar, bakomliggande orsaker, förebyggande åtgärder samt hälsoplaner.

### *Loggkontroll*

Regelbunden loggkontroll genomförs varje månad inga avvikelser har konstaterats under året.

#### **5.1.2.13 Förskriva hjälpmedel**

Under året har 23 avvikelser med medicinteknisk produkt rapporterats in vilket är fler än ifjol (19). Av dessa har två lett till allvarlig skada. Flertalet avvikelser har gällt gånghjälpmedel, rullstol eller sänggrind. Orsaker har varit bristande rutiner eller att hjälpmedlet är felaktigt använt. Den vanligaste åtgärden har varit information i personalgrupp.

#### **5.1.2.14 Hantera takmotorer och mobila lyftar på ett säkert sätt**

Välfärdsförvaltningens två hjälpmedelstekniker har besiktigat inköpta takmotorer, taksystem och mobila lyftar samt åtgärdat de brister som har upptäckts, vilket har lett till godkänt resultat.

#### **5.1.2.15 Samordnad vårdplanering och informationsöverföring**

Under året har 88 avvikelser gällande brister vid informationsöverföring inkommit jämfört med 36 under 2016. Framför allt handlar avvikelserna om otillräcklig information från specialistvården. De flesta gäller brister i informationsöverföring till sjuksköterska i hemsjukvården gällande ordinationsförändringar vid hemgång efter sjukhusvistelse eller mottagningsbesök. Avvikelserna har rapporterats vidare till de enheter där avvikelserna uppstått.

Arbetet med att ta fram rutin för IT-stödet Prator har genomförts i syfte att tryggt och säkert samordna planeringen av patientens fortsatta vård, omsorg och rehabilitering vid överföring från en vårdform till en annan.

### **5.1.3 *Analys av det systematiska patientsäkerhetsarbetet***

Utveckling av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete gällande patientsäkerhet fortgår med att identifiera processer inom hälso- och sjukvården, lägga till mått och egenkontroller, riskanalyser och åtgärder.

För att underlätta systematisk och fortlöpande utveckling av processerna utvecklas de med stöd av SIQs Process Index.

## **5.2 *Processer som behöver utvecklas för att säkra en god vård***

### **5.2.1 *Vårdpreventiv process***

Det förebyggande arbetssättet behöver förbättras gällande struktur, systematik och synliggjorda resultat.

### **5.2.2 Förebygga smittspridning**

Förbättringsarbete gällande följsamhet till basala hygienrutiner och tillgång till arbetskläder fortsätter. Utbildningsinsatser genomförs efter olika yrkesgrupper och enheters behov. Följsamheten till basala hygienrutiner fortsätter att kontrolleras och diskuteras vid varje enhet minst fyra gånger per år.

### **5.2.3 Läkemedelshantering**

Rutiner för läkemedelshanteringen ska säkerställas inom varje enhet. De olika enheterna behöver utifrån avvikelserapportering se över och åtgärda funna brister

Rutiner för genomförande av symtomskattning och fördjupad läkemedelsgenomgång kommer att revideras och implementeras.

Ett projekt med ett digital signering påbörjas vid en enhet i särskilt boende under 2018 i syfte att minska avvikelser gällande läkemedelshantering.

### **5.2.4 Delegering**

Rutinerna för delegering kommer att revideras med förtydligande gällande kompetens som krävs för att få delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift.

### **5.2.5 Arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt med utgångspunkt i ett multiprofessionellt teamarbete**

Utvärdering av pilotstudie Bjästagården med en stationerad arbetsterapeut och sjukgymnast kommer att ske under våren 2018, där mätresultat och analys av studien sammanställs i en slutrapport. Syftet med pilotstudien är att breddinföra detta multiprofessionella arbetssätt inom särskilt boende.

### **5.2.6 Säkerställa förflyttningskunskap och säkra förflyttningar**

Planen för 2018 är att säkra tillräckligt antal förflyttningsombud per enhet samt inom LSS-verksamhet.