



Patientsäkerhetsberättelse 2016

Omsorgsnämnden/Välfärdförvaltningen

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
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
2 Processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet	7
2.1 Ledningsprocesser	7
2.2 Huvudprocesser	12
2.3 Stödprocesser	16
3 Mått/mätresultat	17
4 Sammanställning systematiskt förbättringsarbete	20
4.1 Sammanställning med riskanalyser	20
4.2 Sammanställning med egenkontroller	21
4.3 Sammanställning med utredning av avvikelser	22
4.4 Sammanställning med åtgärder.....	22
5 Utvecklingsbehov	24
5.1 Analys av det systematiska kvalitetsarbetet	24
5.2 Processer som behöver utvecklas för att säkra en god vård	26

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 (1982:763) 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 välfärdförvaltningen. Ansvarsområdet regleras i 18§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Som vårdgivare är omsorgsnämnden ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen 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:

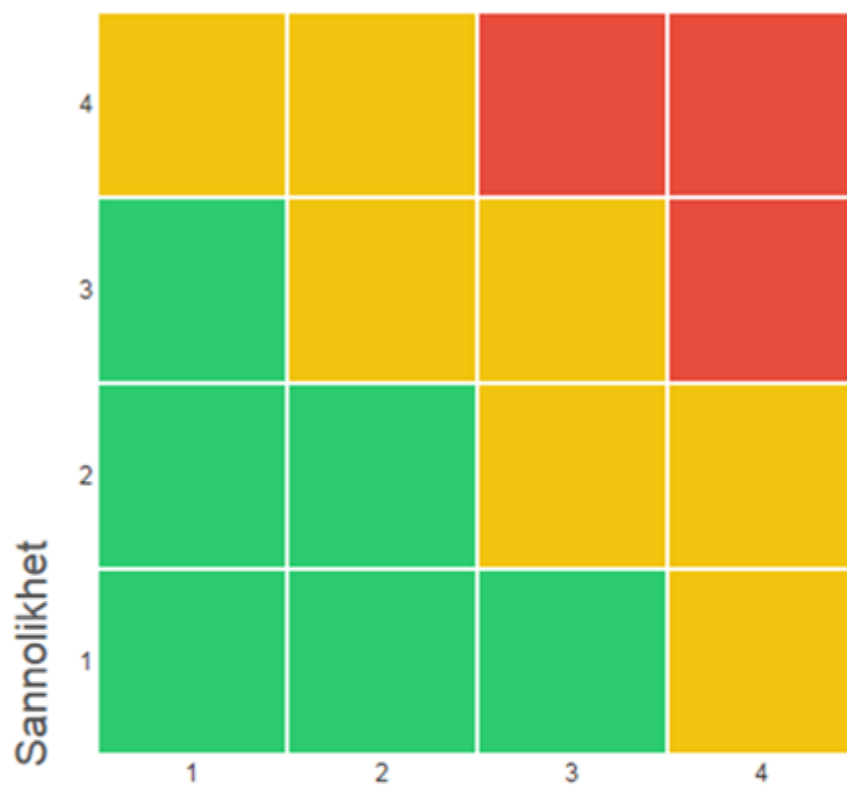


1.8 Bedömningsskalor

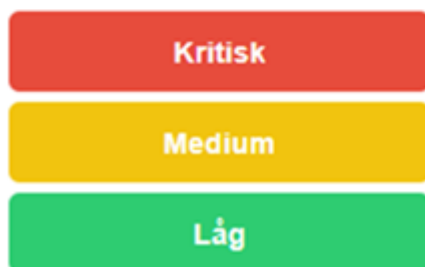
1.8.1 Mått

- 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 i förhållande till antalet arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för riskanalysen
◆ 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
◆ 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.	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
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.	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Revidera befintlig arbetsmodell	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Kommunicera och implementera reviderad arbetsmodell	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Införa multiprofessionellt teamsamarbete inom avdelningen.	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Skapa en gemensam kommunikationsplan inom avdelningen för överföring av information mellan rehabilitering och respektive särskilt boende samt inom varje särskilt boende för att säkerställa rehabinsatser.	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Förslag: Avveckla behandling med TENS och akupunktur.	Ej påbörjad	Riskanalys	Förebyggande åtgärd

Process:

2.1.1.1.2 Planera sjuksköterskebemanning i särskilt boende

Beskrivning av processen

Fördelning av sjuksköterskeresurser.

Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för riskanalysen
● Sjuksköterskan har ansvar för flera enheter och akuta händelser inträffar samtidigt på flera enheter	1. Mycket liten	2. Måttlig	Organisationsförändring
◆ 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

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Rutin för kontaktvägar upprättas	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Checklista för baspersonal tas fram	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Patientinformation uppdateras regelbundet	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Arbeta i team	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd
Sjuksköterskebemanning dygnet runt på en enhet med många korttidsplatser	Genomförd	Riskanalys	Förbättrande åtgärd
Tillsynsbesök prioriteras	Pågående	Riskanalys	Förebyggande åtgärd

2.1.2 Med syfte att utveckla verksamheten

Processområde:

2.1.2.1 Identifiera och analysera behov

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att identifiera och analysera behov.

Process:

2.1.2.1.1 Genomföra riskanalys gällande patientsäkerhet

Beskrivning av processen

Syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Genomföra intern kontroll av riskanalysarbetet i enlighet omsorgsnämndens verksamhetsplan 2016	Genomförd	Process	Förebyggande åtgärd

Processområde:

2.1.2.2 Utveckla verksamhet

Beskrivning







Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att utveckla verksamhet.

Process:

2.1.2.2.1 Utredning av vårdskada/risk för vårdskada (lex Maria)

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
Andel enhetschefer som känner till hur risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) ska rapporteras (OSN)	 75,4 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (OSN)	 72,3 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Maria vid introduktion av medarbetare (OSN)	 69,2 %
Andel enhetschefer som känner till hur risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) ska rapporteras (HUMN)	 100 %
Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (HUMN)	 100 %
Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldigheten gällande lex Maria vid introduktion av medarbetare (HUMN)	 100 %
Lex Maria-anmälningar	2

Process:

2.1.2.2 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
Antal inkomna inspektioner, tillsyner och klagomål från IVO, JO och Patientnämnden (patientsäkerhetsberättelse)	8

Processområde:

2.1.2.3 Utveckla kompetens

Beskrivning

Ledningsprocesser som underlättar verksamhetsutveckling genom att utveckla kompetens.

Process:

2.1.2.3.1 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

Risakanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Grunden för risakanalysen
◆ Patientsäkerhetsrisk vid delegering inom ett större geografiskt område för utredningshemtjänst	2. Liten	4. Hög	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	Risakanalys	Förebyggande åtgärd

Process:

2.1.2.3.2 Säkerställa förflyttningskunskap och säkra förflyttningar

Beskrivning av processen

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

Mått	Utfall 2016
Antal förflyttningsombud	134
Andel enheter med förflyttningsombud	81,36 % ◆

Process:

2.1.2.3.3 Säkerställa hjälpmedelskunskap och säkra tillgång till hjälpmedel utifrån enskildas behov

Beskrivning av processen

Hjälpmiddelssamordnaren 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, hämtordrar och flyttanmälan till särskilt boende. Vid behov av förnyad behovsbedömning av hjälpmedel tas kontakt med legitimerad personal.


Mått	Utfall 2016
Att det finns hjälpmedelsombud på varje enhet	135
Andel enheter med hjälpmedelsombud	100 % ●

Process:

2.1.2.3.4 Säkerställa att förskrivarkompetens av hjälpmedel finns hos legitimerad personal

Beskrivning av processen

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. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska kontrollera de medicintekniska produkterna innan de används på patienter. Kontrollen ska göras enligt de av tillverkaren givna instruktionerna, om sådana finns (enligt SOSFS 2008:1).

Mått	Utfall 2016
Andel sjuksköterskor med förskrivningsrätt som har genomgått lokal utbildning i förskrivningsprocess och madrasser kat. 1-3	 98,1 %

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
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på särskilt boende (prevalens)	 3 %
Andel vårdtagare i särskilt boende med antibiotika (prevalens)	 4 %
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på korttidsplats	 8 %
Andel vårdtagare med antibiotikabehandling på korttidsplats	 33 %

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
Inköp av nya spoldesinfektorer	Genomförd	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd
Utbildning i basal hygien till baspersonal	Genomförd	Egenkontroll	Förbättrande åtgärd
Reviderade dokument gällande hälsodeklaration vid nyanställning	Genomförd	Process	Förebyggande åtgärd
Utbildning i riskbedömning vid vård av personer bärare av resistent bakterier.	Genomförd	Process	Förebyggande åtgärd

Process:

2.2.1.1.2 *Vårdpreventiv process*

Beskrivning av processen

Vårdprevention innebär att skador i vården ska undvikas och att alla patienter ska kunna garanteras en säker och lika vård. I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar gällande fall, trycksår, nutrition/vikt och munhälsa. Bakomliggande orsak till eventuell risk analyseras och förebyggande åtgärder sätts in utifrån patientens behov. Åtgärder samt datum för uppföljning dokumenteras i en hälsoplan.

Mått	Utfall 2016
Andel vårdtagare i särskilt boende med trycksår	 1,3 %
Antal fallhändelser	1 869

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Utbildning gällande måltider, utredning av näringstillstånd samt nutritionsbehandling.	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.

Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Tillgång till blåsvolymscanner. Utbildning genomförd för alla sjuksköterskor i användning och skötsel av blåsvolymscanner.	Genomförd	Process	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
Fördjupad läkemedelsgenomgång	 42,08 %
Antal avvikelser gällande iordningställande av läkemedelsdos	 42
Avvikelser gällande överlämnande av läkemedelsdos	 1 307











Åtgärd	Status	Åtgärdens ursprung	Syftet med åtgärden
Genomföra den interna kontrollen "Kontrollera följsamhet till rutiner (läkemedelshantering)" i enlighet med omsorgsnämndens verksamhetsplan 2017	Ej påbörjad	Process	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
Läkarinformation till patienten	 64,7 %
Munhälsa bedömd	 72,1 %
Utförd validerad smärtskattning	 55,3 %
Lindrad från smärta	 85,6 %
Lindrad från illamående	 88,8 %
Lindrad från ångest	 84,7 %
Lindrad från rosslig andning	 84,7 %
Avliden utan trycksår	 91,6 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	 78,6 %
Eftersamtal erbjudet	 85,1 %

Process:

2.2.1.3.3 Dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal

Beskrivning av processen

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. Såväl planering, genomförande som utvärdering av vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen. Även råd i telefon ska dokumenteras, och viktig information som lämnats till patient och/eller närstående ska finnas beskriven.

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.

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

Årlig besiktning av alla inköpta takmotorer och mobila ellyftar. Kontinuerlig montering och borttagning av inköpta 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 inom landsting, kommuner och privat hälso- och sjukvårdsverksamhet 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.

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
Avvikelse gällande informationsöverföring från specialist- och primärvård	86

3 Mått/mätresultat

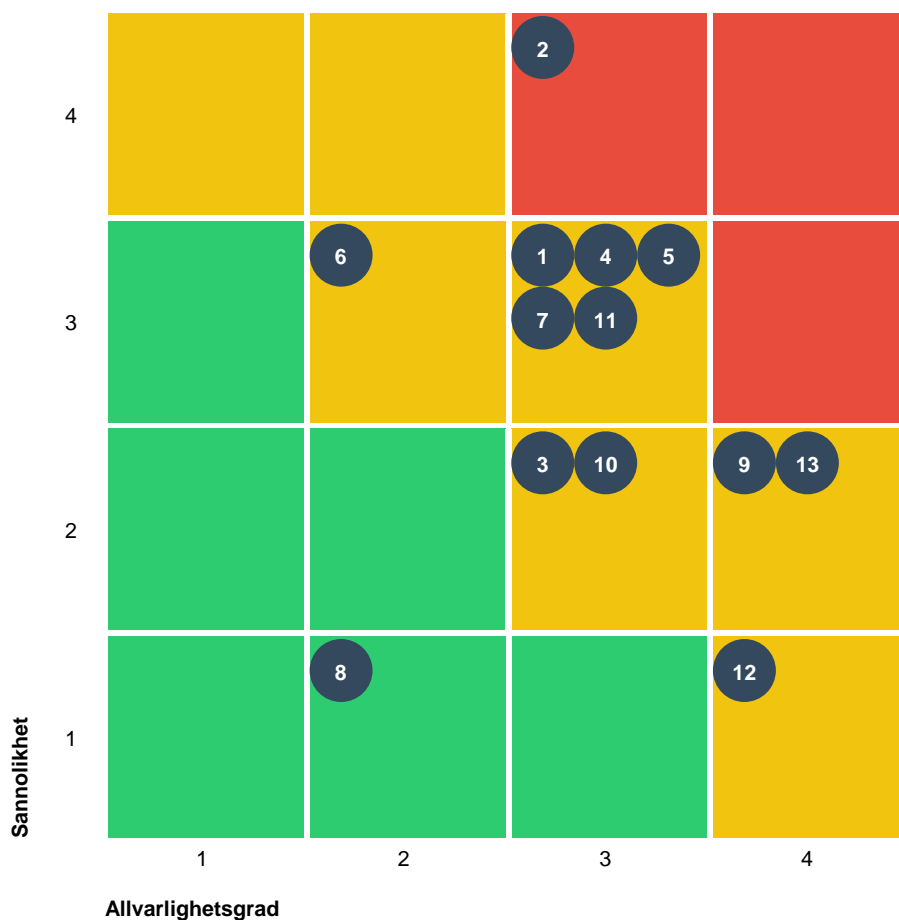
Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
Utredning av vårdskada/risk för vårdskada (lex Maria)	Rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.	Andel enhetschefer som känner till hur risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) ska rapporteras (OSN)	 75,4 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (OSN)	 72,3 %
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldighet en gällande lex Maria vid introduktion av medarbetare (OSN)	 69,2 %
		Andel enhetschefer som känner till hur risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) ska rapporteras (HUMN)	 100 %
		Andel enhetschefer som uppger att personalen känner till att de ska rapportera risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria) (HUMN)	 100 %
		Andel enhetschefer som uppger att det ingår information om rapporteringsskyldighet en gällande lex Maria vid introduktion av medarbetare (HUMN)	 100 %
	Anmälan enligt lex Maria	Lex Maria-anmälningar	2
Systematiskt förbättringsarbete med utgångspunkt i IVO:s, JO:s och Patientnämndens beslut om åtgärder utifrån inspektion, tillsyn eller klagomål (patientsäkerhet)		Antal inkomna inspektioner, tillsyner och klagomål från IVO, JO och Patientnämnden (Patientsäkerhetsberättelse)	8
Säkerställa	Enhetschef utser	Antal	134

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
förflyttningskunskap och säkra förflyttningar	undersköterska/vårdare som utbildas till förflyttningsombud	förflyttningsombud	
		Andel enheter med förflyttningsombud	81,36 %
Säkerställa hjälpmedelskunskap och säkra tillgång till hjälpmedel utifrån enskilda behov	Enhetschef utser undersköterska/vårdare som utbildas till hjälpmedelsombud	Att det finns hjälpmedelsombud på varje enhet	135
		Andel enheter med hjälpmedelsombud	100 %
Säkerställa att förskrivarkompetens av hjälpmedel finns hos legitimerad personal	Leg. personal deltar i lokal utbildning i förskrivningsprocessen och Websesam	Andel sjuksköterskor med förskrivningsrätt som har genomgått lokal utbildning i förskrivningsprocess och madrasser kat. 1-3	98,1 %
Förebygga smittspridning	Uppföljning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning i särskilt boende	Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på särskilt boende (prevalens)	3 %
		Andel vårdtagare i särskilt boende med antibiotika (prevalens)	4 %
		Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på korttidsplats	8 %
		Andel vårdtagare med antibiotikabehandling på korttidsplats	33 %
Vårdpreventiv process	Registrera händelser	Andel vårdtagare i särskilt boende med trycksår	1,3 %
		Antal fallhändelser	1 869
Läkemedelshantering	Ordination	Fördjupad läkemedelsgenomgång	42,08 %
	Iordningsställande	Antal avvikelser gällande iordningställande av läkemedelsdos	42
	Administrering/överlämnande	Avvikelser gällande överlämnande av läkemedelsdos	1 307
Palliativa processen	Initial bedömning	Läkaren information till patienten	64,7 %
	Kontinuerlig bedömning / behandling / dialog	Munhälsa bedömd	72,1 %
		Utförd validerad smärtskattning	55,3 %
		Lindråd från smärta	85,6 %
	Lindråd från illamående	88,8 %	

Process	Delprocess	Mått	Utfall 2016
		Lindrad från ångest	◆ 84,7 %
		Lindrad från rosslig andning	◆ 84,7 %
	Dödsfall	Avliden utan trycksår	◆ 91,6 %
		Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	■ 78,6 %
	Uppföljning efter dödsfallet	Eftersamtal erbjudet	◆ 85,1 %
Samordnad vårdplanering och informationsöverföring		Avvikelser gällande informationsöverföring från specialist- och primärvård	86

4 Sammanställning systematiskt förbättringsarbete











4.1 Sammanställning med riskanalyser








● 1 Kritisk
 ● 11 Medium
 ● 1 Låg
 Totalt: 13

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

Process	Risknummer	Risikanalyser	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 arbetssätt som inte stödjer rehabiliteringens intentioner.	4. Mycket stor	3. Betydande
	3	◆ Risk för minskad möjlighet till	2. Liten	3. Betydande

Process	Risknummer	Riskanalys	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
		förebyggande insatser (I FAS)		
	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 sjuksköterske bemanning i särskilt boende	8	 Sjuksköterskan har ansvar för flera enheter och akuta händelser inträffar samtidigt på flera enheter	1. Mycket liten	2. Måttlig
	9	 Sjuksköterskan känner inte patienten och information saknas	2. Liten	4. Hög
	10	 De boende får vänta på en bedömning av sjuksköterska	2. Liten	3. Betydande
	11	 Omfattande medicinska insatser på en enhet med mycket korttidsplatser	3. Stor	3. Betydande
	12	 Risk för att göra felaktiga bedömningar	1. Mycket liten	4. Hög
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	13	 Patientsäkerhetsrisk vid delegering inom ett större geografiskt område för utredningshemtjänst	2. Liten	4. Hög

4.2 Sammanställning med egenkontroller

Process	Egenkontroll	Utfall	Kontrollmoment för egenkontroll
Förebygga smittspridning	 Kontroll av vårdhygienisk standard	Ej godkänd	Checklista
	 Funktionskontroll av spol och diskdesinfektor	Godkänd	Dokumentation
Dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal	 Granskning av dokumentation	Godkänd	Granskning av journaler
	 Loggkontroll av journaldokumentation	Godkänd	Stickprov
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 Patientnämnden och IVO har åtta synpunkter och klagomål inkommit som rör patientsäkerhet, och de brister som har upptäckts rör i huvudsak kommunikation, dokumentation och samverkan. Förbättringsarbete har bedrivits i form av dialog, fortutbildning, översyn av rapportering och arbets sätt samt revidering och skapande av rutiner.

4.3.2 Risk för vårdskada/vårdskada (lex Maria)

Fem utredningar har genomförts utifrån negativa händelser gällande medicintekniska produkter. Två negativa händelser har skett med rollatorer och har anmälts till tillverkaren och Läkemedelsverket. Utifrån anmälan har en information gått ut på deras hemsida utifrån ett produktfel. Utredningarna har lett till att ta fram rutiner med ansvarsfördelning avseende hjälpmedel i grundutrustning och ortopedtekniska hjälpmedel. Tio allvarliga händelser har under året utretts som vårdskada eller risk för vårdskada. Två av händelserna har anmälts till IVO. 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 prioriteringsordning/vägledning för arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast att kunna använda som stöd vid bedömningar, insatser och uppföljning.	Riskanalys	Pågående
	Säkerställa att det finns ett förflyttningsombud per avdelning.	Riskanalys	Pågående
	Säkerställa att särskilt boenden har rätt grundutrustning av hjälpmedel samt skapa rutin som tydliggör ansvarsfördelning vid hantering av hjälpmedel.	Riskanalys	Pågående
	Avveckla eller anpassa I FAS.	Riskanalys	Pågående
	Revidera befintlig arbetsmodell	Riskanalys	Pågående
	Kommunicera och implementera reviderad arbetsmodell	Riskanalys	Pågående
	Införa multiprofessionellt teamsamarbete inom avdelningen.	Riskanalys	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.	Riskanalys	Pågående
	Förslag: Avveckla behandling med TENS och akupunktur.	Riskanalys	Ej påbörjad

Process	Åtgärd	Åtgärdens ursprung	Status
Planera sjuksköterskebemannning i särskilt boende	Rutin för kontaktvägar upprättas	Risakanalys	Pågående
	Checklista för baspersonal tas fram	Risakanalys	Pågående
	Patientinformation uppdateras regelbundet	Risakanalys	Pågående
	Arbeta i team	Risakanalys	Pågående
	Sjuksköterskebemannning dygnet runt vid enhet med många korttidsplatser	Risakanalys	Genomförd
	Tillsynsbesök prioriteras	Risakanalys	Pågående
Genomföra riskanalys gällande patientsäkerhet	Genomföra intern kontroll av riskanalysarbetet i enlighet omsorgsnämndens verksamhetsplan 2016	Process	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.	Risakanalys	Genomförd
Förebygga smittspridning	Utbildning i basal hygien till baspersonal	Egenkontroll	Genomförd
	Reviderade dokument gällande hälsodeklaration vid nyanställning	Process	Genomförd
	Utbildning i riskbedömning vid vård av personer bärare av resistenta bakterier.	Process	Genomförd
	Inköp av nya spoldesinfektorer	Egenkontroll	Genomförd
Vårdpreventiv process	Utbildning gällande måltider, utredning av näringstillstånd samt nutritionsbehandling.	Process	Genomförd
Utreda och behandla blåsdysfunktion	Tillgång till blåsvolymscanner. Utbildning för alla sjuksköterskor i användning och skötser av blåsvolymscanner.	Process	Genomförd
Läkemedels-hantering	Genomföra den interna kontrollen "Kontrollera följsamhet till rutiner (läkemedelshantering)" i enlighet med omsorgsnämndens verksamhetsplan 2017	Process	Ej påbörjad

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 17 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 *Utredning av vårdskada/risk för vårdskada (lex Maria)*

Med många nyanställda enhetschefer och en del enhetschefer för vilka hälso- och sjukvårdsområdet är nytt finns behov av att tydliggöra rutiner för rapportering av vårdskada/risk för vårdskada.

5.1.2.2 *Säkerställa förflyttningskunskap och säkra förflyttningar*

En arbetsterapeut och en sjukgymnast utbildar kontinuerligt förflyttningsombud efter verksamhetens behov samt är sammankallande till ett nätverk som träffas två gånger per år. Förflyttningsombudens roll är att utbilda och stötta kollegor. Förflyttningskunskapen säkrar förflyttningar genom att tillvarata individens resurser och utgå från naturligt rörelsemönster vilket stärker det hälsofrämjande arbetssättet. Förflyttningsombud finns på alla enheter inom särskilt och ordinärt boende samt på vissa enheter inom LSS-verksamhet. Planen framåt är att öka antalet förflyttningsombud på vissa enheter samt att utbilda fler förflyttningsombud inom LSS-verksamhet.

5.1.2.3 *Säkerställa hjälpmedelskunskap och säkra tillgång till hjälpmedel utifrån enskildas behov*

En arbetsterapeut har anställts som hjälpmedelssamordnare med uppdrag att utbilda/ handleda legitimerad personal som förskrivare samt undersköterska/vårdare som hjälpmedelsombud. Hjälpmedelssamordnaren deltar i länsövergripande forum gällande hjälpmedelsområdet vilket bidrar till en kostnadseffektiv hjälpmedelsverksamhet. Kostnaderna har minskat och därmed ökar förutsättningarna till att säkra tillgång till hjälpmedel utifrån den skildas behov.

Under året har hjälpmedelssamordnaren utbildat hjälpmedelsombud på alla enheter inom ordinärt och särskilt boende vilket har resulterat i en ökad medvetenhet om hjälpmedel och kostnader.

5.1.2.4 *Säkerställa att förskrivarkompetens finns hos legitimerad personal*

Under året har förutsättningar skapats för att sjuksköterskorna ska kunna förskriva förebyggande och behandlande madrasser genom att 77,4 % av alla anställda sjuksköterskor/distriktssjuksköterskor har utbildats och därmed erhållit förskrivningsrätt. Av dessa har 98 % (103 personer) deltagit i en lokal utarbetad utbildning med hjälpmedelssamordnare och palliativ sjuksköterska. Syftet med utbildningen har varit att säkerställa kompetensen gällande förskrivningsprocess och produkter.

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

Åtta 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.

Hög andel vårdtagare som vistas på korttidsplats behandlades med antibiotika, många har en påbörjad

antibiotikabehandling vid utskrivning från sjukhus. Andelen infektioner förvärvad på korttidsplatsen var vid mätningen 8 %.

5.1.2.6 Vårdpreventiv process

Fallhändelser/fallskador

Under året har 1869 fallhändelser rapporterats in vilket är något färre än ifjol (2003). Av dessa fallhändelser har 58 personer drabbats av fraktur vilket är några färre än ifjol (63). Av de personer som har drabbats av fallhändelser är många ordinerade läkemedel som medför ökad risk för fall.

För att identifiera personer med fallrisk i särskilt boende genomförs en riskbedömning vid inflyttning samt vid förändrat funktionstillstånd eller minst en gång per halvår. Vid risk för fall upprättas en individuell plan med åtgärder för att förebygga fall. Åtgärder kan vara både förebyggande och skyddande.

Vidareutveckling av multiprofessionell teamsamverkan har skett genom analys av vilka befintliga forum som finns och kan fungera för att skapa optimala förutsättningar för teamträffar.

Trycksår

Vid HALT-mätningen vecka 46-47 rapporterades även förekomst av trycksår i särskilt boende. Andelen vårdtagare med trycksår var vid mätningen 1,3 % jämfört med 4,4 % i riket.

5.1.2.7 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 fördjupad läkemedelsgenomgång i genomsnitt genomförts för 55 % av de boende, variationen mellan enheterna är 0-100%.

I hemsjukvården har 38,58 % av målgruppen fått en fördjupad läkemedelgenomgång, variationen mellan områdena är 0-85%.

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 2016 17,44 % resultaten varierar mellan enheterna med 0-38,46 %.

I hemsjukvården hade 12,33 % av målgruppen stående ordination av sömnmedel resultaten varierar mellan områdena med 0-22 %.

Avvikelse gällande läkemedelshantering

Totalt har 1349 avvikelser gällande läkemedelshantering inrapporterats. Av dessa rapporteringar gäller 75 % utebliven dos eller mindre än ordinerat. Oftast medför avvikelsen ingen konsekvens för patienten. Men några allvarigare händelser har också inträffat i samband med att patienten fått för hög dos av ett läkemedel. Orsaken till händelserna beskrivs oftast som bristande ansvar men även arbetsmiljö och bristande rutiner anges som orsak till händelserna.

5.1.2.8 Palliativa processen

Den palliativa processen följs upp genom statistik ur palliativa registret.

Läkarinformation till patienten kan vara svår att påverka från den kommunala hälso- och sjukvården.

Personer i palliativ vård får i de flesta fall sin munhälsa bedömd men bedömningen dokumenteras i mindre omfattning. Den systematiska bedömningen av munhälsan i den palliativa vården behöver förbättras.

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

5.1.2.9 Dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournal

Utbildning/introduktion

Under året har totalt 25 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, hälsoplaner, instruktion och uppföljning av hjälpmedel.

5.1.2.10 Hantera takmotorer och mobila lyftar på ett säkert sätt

Besiktning av takmotorer och mobila ellyftar

Två hjälpmedelstekniker utför fortlöpande service samt besiktning av alla inköpta takmotorer, taksystem och mobila ellyftar inom särskilt boende och LSS-verksamhet. Två tillbud har genererat i att lyftsystem tagits ur bruk i väntan på reservdelar. Årets besiktning har godkänt resultat. Inventering av alla taksystem och takmotorer har skett jämte funktionskontroll och har synliggjort de investeringsbehov som finns för att säkra förflyttningar med lyftsele. I och med detta har en upphandling av takmotorer, taksystem, mobila ellyftar och vågar genomförts och är nu klar.

Under året har fortsatta investeringar gjorts gällande sängar och madrasser samt fortsatt utbildning för legitimerad personal och baspersonal i hantering och funktion av dessa.

5.1.2.11 Samordnad vårdplanering och informationsöverföring

Under året har 86 avvikelser gällande brister vid informationsöverföring inkommit där det framför allt handlar om otillräcklig information från specialistvården. Arbetet med att ta fram rutin för IT-stödet Prator har påbörjats 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 Utredning av vårdskada/risk för vårdskada (lex Maria)

Nya föreskrifter träder i kraft under 2017 vilket gör att process och rutiner kommer att uppdateras och implementeras i verksamheten.

Mätning av patientsäkerhetskultur kommer att genomföras under året

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 Vårdpreventiv process

Systematiken i den vårdpreventiva processen behöver förbättras.

Revidering av befintliga rutiner kring fallprevention i särskilt boende pågår, med utgångspunkt i Senior Alert och betoning på multiprofessionellt teamarbete och fysisk aktivitet.

5.2.4 Läkemedelshantering

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

5.2.5 Strategi för rehabilitering och habilitering

En strategi för rehabilitering och habilitering är framtagen och under året kommer handlingsplan att upprättas samt implementering i verksamheten.