



Vård & Omsorg

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Antagen av vård- och omsorgsnämnden
2020-02-05

Innehåll

Sammanfattning	4
1. Allmänt.....	5
2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
2.1 Vårdgivaren.....	5
2.2 Verksamhetschef hälso- och sjukvård.....	5
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.....	5
2.4 Enhetschef.....	5
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonal.....	6
3. Övergripande mål och strategier	6
3.1 Nationellt.....	6
3.2 Vård- och omsorg.....	6
4. Samverkan för att förebygga skador i vården	7
4.1 Samverkansavtal.....	7
4.2 Samverkansmöte	8
4.3 Samordnad vårdplanering – SVPL.....	8
4.4 SIP, Samordnad Individuell Plan	10
4.5 Läkarmedverkan.....	11
.....	15
4.6 Närvården västra Skaraborg.....	15
4.7 Samverkan med patienter och närstående	16
4.8 Socialstyrelsens brukarundersökning.....	16
4.9 Vårdhygien och smittskydd.....	16
4.10 Samverkan med medborgare	17
4.11 Patientnämnd.....	17
5. Struktur för uppföljning och utvärdering	17
6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	18
6.1 Apotekets granskning av kommunens läkemedelshantering	18
6.2 Arbete med nationella kvalitetsregister - Senior alert.....	19
6.3 Munhälsa- uppsökande och nödvändig tandvård.....	20
6.4 Mätning av trycksår, Punktprevalensmätning 2019-11-13. Jämförelse med 2017-2018....	22
6.5 Palliativregistret	24
6.6 BPSD.....	26
6.7 FUNCA	27
6.8 Teamarbete	27

7. Uppföljningar genom egenkontroll - Egenkontrollplan	28
7.1 Dokumentation	28
7.2 Journalgranskning	29
7.3 Avvikelsehantering.....	30
Under 2019 har 2 Lex Maria anmälningar utretts. Efter att utredningarna skickats till IVO fick de kompletteras och sen kom svaren från IVO.	32
7.4 Influensavaccination.....	33
7.5 Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)	33
7.6 NPÖ, Nationell patientöversikt	33
8 Hantering av Klagomål och synpunkter.....	34
9 Delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder	34
10 Undvikbar slutenvård	34
11. Samverkan.....	36
12. Informationssäkerhet.....	36

Upprättad av Medicinskt ansvarig sjuksköterska Birgitta Engström Walander

Sammanfattning

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits?

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits genom att göra de mätningar och kontroller som finns upptagna i egenkontrollplanen, vilka är mätning av trycksår, oplanerade transporter till akuten, läkemedelsanvändning, andel med medicinska vårdplaner, hur många som har korrekt läkemedelslista med sig från sjukhuset, avvikelser internt och externt, journalgranskning och resultat i kvalitetsregistren. Extern granskning av läkemedelshantering och läkemedelsförråd har gjorts av Apoteket. Apoteket har också genomfört en utbildning i kvalitetssäkring av läkemedelshantering. Introduktion och uppdatering av legitimerad personal i gällande lagar, författningar, riktlinjer och rutiner sker regelbundet. All hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar och en skyldighet att rapportera negativa händelser och tillbud, det utgör en grund för förbättrad patientsäkerhet. Avvikelseerna går igenom av medicinskt ansvarig sjuksköterska, som utreder en del ytterligare och fattar beslut om de ska anmälas enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. För att övergångarna mellan olika huvudmän ska vara patientsäkra har skypemöten med sjukhuset, samverkansmöten, dialogmöten och morgonavstämningar genomförts.

2. Vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerhetsarbetet?

För att få en bättre samsyn och dra lärdom av de händelser och avvikelser som har skett har specifika avvikelser gått igenom med legitimerade med ett urval efter arbetsgrupp. Innebörden av beslutet i de två Lex Maria som var under året har kommunicerats med berörda professioner. Gruppvis och individuell fortbildning i dokumentation har hållits av IT-samordnare dokumentation HSL. Kontaktpunktsansvarig har varit ute i alla hemvårdsteam och fördjupat arbetet i SAMSA. Vid samordnad vårdplanering överförs vården från en vårdgivare till en annan. I Västra Götaland finns gemensamt upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången, som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelse rapport vid de tillfällen då riktlinjen inte följs. I en delregional samverkansgrupp analyseras avvikelserna.

3. Vilka resultat har uppnåtts?

Bedömningsteamet har startats för att få likvärdiga bedömningar vid in- och utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård. Andelen i hemsjukvården som har en hemsjukvårdsläkare har minskat från 35 % till 31 %. Andelen medicinska vårdplaner har ökat ytterst lite till 31,3 %, men är mycket lågt inom hemsjukvården. En läkemedelsgenomgång minst 1 gång/ år har 82 % fått. Användningen av olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och fler än tio läkemedel har minskat. Färre är riskbedömda, men de som har risk blir i hög grad åtgärdade. Antalet personer med trycksår och antalet trycksår har minskat sen föregående år. Antalet läkemedelsavvikelser och fall med skada har minskat. Fler oplanerade transporter till sjukhus. Av de som åker in akut har få en hemsjukvårdsläkare eller en medicinsk vårdplan eller är läkarbedömda.

1. Allmänt

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerhetsarbetet, och
3. Vilka resultat som uppnåtts.

2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

2.1 Vårdgivaren

Vård- och omsorgsnämnden och Social- och arbetsmarknadsnämnden är vårdgivare och ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Nämnderna ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Nämnderna ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

2.2 Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Verksamhetscheferna ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetscheferna ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att styra, följa upp och utveckla verksamheten.

2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetscheferna att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser, lagar och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Om ingen specifik person har uppdraget som medicinskt ansvarig för rehabilitering, ingår även detta ansvarsområde för den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, vilket gäller i Lidköping.

2.4 Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som medicinskt ansvarig sjuksköterska/verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård fastställt är kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som behövs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

2.5 Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att fortlöpande arbeta med systematiskt förbättringsarbete utifrån verksamhetens ledningssystem.

Resultat:

Enligt 7 kap. 20 och 21 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) har IVO (Inspektionen för vård och omsorg) rätt att inspektera verksamhet som står under myndighetens tillsyn.

En oanmäld inspektion gjordes 191015 av IVO angående läkemedelshanteringen på Galeasens korttidsenhet. Beslut har inte fattats av IVO än.

3. Övergripande mål och strategier

3.1 Nationellt

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 börjar gälla vid årsskiftet. Visionen för den nationella handlingsplanen är: ”God och säker vård – överallt och alltid.” Övergripande mål är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Grundläggande förutsättningar för en säker vård, är en god säkerhetskultur, som kännetecknas av:

- ett öppet arbetsklimat, där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet

- ett icke skuldbeläggande förhållningssätt

- en organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och risk för sådana händelser, samt positiva resultat

En utveckling av säkerhetskultur handlar om mognad i organisationen.

Patienten som medskapare på alla nivåer i hälso- och sjukvården

Varje individ ska känna att den ges en trygg och säker vård och omsorg. Liksom att varje medarbetare inom verksamheten kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård upprätthålls. Genom att alla i verksamheten är delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kan förbättringsområden identifieras, analyseras och leda till förbättrande åtgärder i verksamheten.

Verksamheten har bedrivits utifrån god vård enligt ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SFS 2010:659) och enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

3.2 Vård- och omsorg

Ett Bedömningsteam startades 191201. Bedömningsteamet har till uppgift att arbeta i SAMSA-processen från slutenvården samt bevaka att säker utskrivning från sjukhus sker. De bedömer om en inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård ska ske, även för de ärenden som initieras av den landstingsfinansierade öppna vården via Meddelande till vård och omsorg i SAMSA och de ärenden som kommer till hemsjukvårdsteamet för kännedom på annat sätt.

Det är bedömningsteamet som startar processen att bedöma behovet.

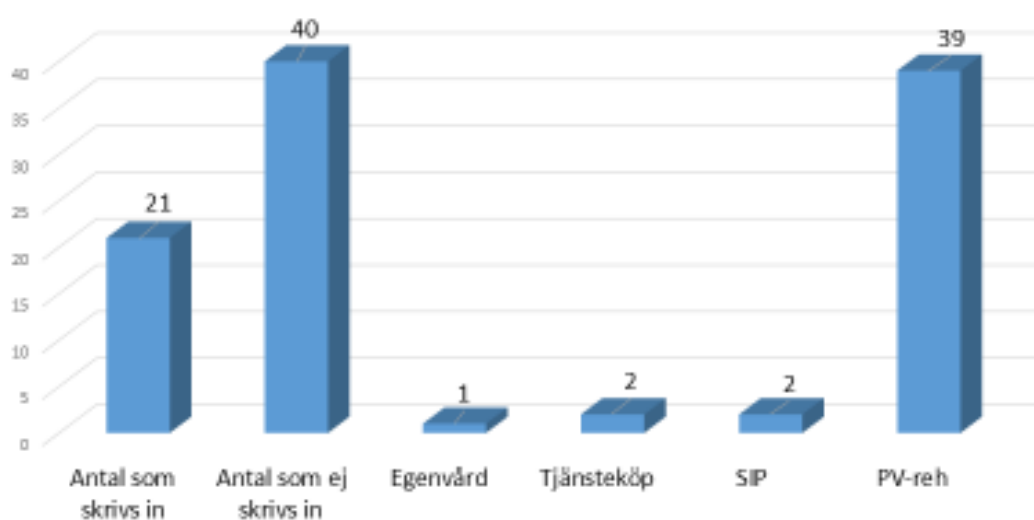
Bedömningsteamet består av samtliga legitimerade professioner och när de bedömt behovet (inskrivning eller inte inskrivning) lämnar de över de som ska vara inskrivna till ordinarie hemvårdsteam.

Syftet är att få likvärdiga bedömningar vid in- och utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård, att avlasta ordinarie hemsjukvårdsteam i SAMSA för de patienter som inte är kända och att få ett bättre flöde vid utskrivning från sjukhus.

Resultat:

Bedömningsteamet December 2019

61 ärenden. 13 av dem där PV- rehab är påkopplade skrevs in i kommunens HSL



Av de ärenden som bedömningsteamet har handlagt har 34 % fått kommunal hälso- och sjukvård. Av dem hade 13 personer primärvårdens rehabilitering påkopplad i SAMSA.

4. Samverkan för att förebygga skador i vården

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur vård- och omsorgsnämndens och social- och arbetsmarknadsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i olika samverkansdokument.

4.1 Samverkansavtal

Mellan region och kommunen finns ett 20-tal olika avtal, som reglerar samverkan inom olika områden. Det övergripande är Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-04-01-2020.

4.2 Samverkansmöte

Samverkansmöten mellan primärvårdens chefer och ledning för de tre verksamma vårdcentralerna och kommunens ledning för hälso- och sjukvården genomförs 4 gånger med varje vårdcentral/år.

I år har individuella möten med varje vårdcentral varvats med gemensamma möten för alla vårdcentraler.

Skypemöte sker varannan torsdag mellan alla verksamhetschefer i Skaraborgs kommuner, primärvårdscheferna och sjukhusets chef. Där sker en avstämning av läget och händelser senaste veckan kan tas upp.

4.3 Samordnad vårdplanering – SVPL

Vid samordnad vårdplanering överförs vården från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhus. I Västra Götaland finns gemensamt upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången. Ett gemensamt IT-stöd finns för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare. Kontaktpunkten är den funktion som tar emot alla inkommande meddelanden i det gemensamma datastödet, som kallas SAMSA. En vårdbegäran skall upprättas och finnas på alla patienter som skickas till sjukhus.

Dialogmöten mellan kommunens ansvarig för kontaktpunkten, enhetschefer för sjuksköterskor och rehabilitering, representant för arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor från vård- och omsorg och sjuksköterskor från vårdcentralerna, personal från primärvårdsrehabilitering och ansvarig för SVPL(samordnad vårdplanering) på sjukhuset har genomförts 4 gånger under året.

In- och utskrivningar från slutna hälso- och sjukvård

Ny lagstiftning började gälla 180101 och rutiner runt in- och utskrivningsklara från sjukhusen, med ett förändrat betalningsansvar har nu varit igång sen 180925. Lidköping har ett snitt på 0,1 betaldagar. Samordningen mellan region och kommun innebär ett gemensamt ansvar för att människor får sina samlade behov tillgodosedda. De bör helst inte märka när en annan vårdgivare tar över ansvaret för den fortsatta vården. Inom Vård & Omsorg benämns den administration som tar emot anmälan om utslussningar för Kontaktpunkten.

Vård & Omsorg har tagit emot 4546 meddelanden/ärenden i SAMSA under 2019, som jämförelse var det 3 976 under hela 2018.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport vid de tillfällen då riktlinjen inte följs. Analys sker av samtliga avvikelser i kommunen samt i en delregional samverkansgrupp mellan Primärvård, Västra Götalandsregionen och Skaraborgs kommunalförbund. Denna samverkan har i uppdrag att stärka patientsäkerheten inom ”gamla” Skaraborg.

Antal avvikelser skickade mellan olika vårdgivare:

- 138 avvikelser är skickade från kommunen till annan vårdgivare. De har mest handlat om att informationsöverföring i SAMSA ej har skett korrekt och att läkemedelslistor och epikriser inte finns med. Det var 155 avvikelser 2018.

- 27 avvikelser har inkommit från annan vårdgivare, hälften från sjukhus och andra hälften från primärvård. De har handlat om att vårdbegäran inte har innehållit alla uppgifter, att vårdplanering inte följts och felaktig provtagning.

Mätning av antal korrekta läkemedelslistor som är med från sjukhuset:

Varje höst mäts under 2 veckor, hur många av de som kommer hem från sjukhuset, som har en korrekt läkemedelslista med sig. Vid mätningstillfället 14/10- 27/10 hade:

- 75 % i Lidköpings kommun en korrekt läkemedelslista med sig hem, siffran grundar sig på att 24 individer kom hem från sjukhus och 18 hade en korrekt läkemedelslista med sig. 2018 var det 52,5 % så resultatet har förbättrats. Det var också färre som kom hem från sjukhuset, 2018 var det 40 personer.

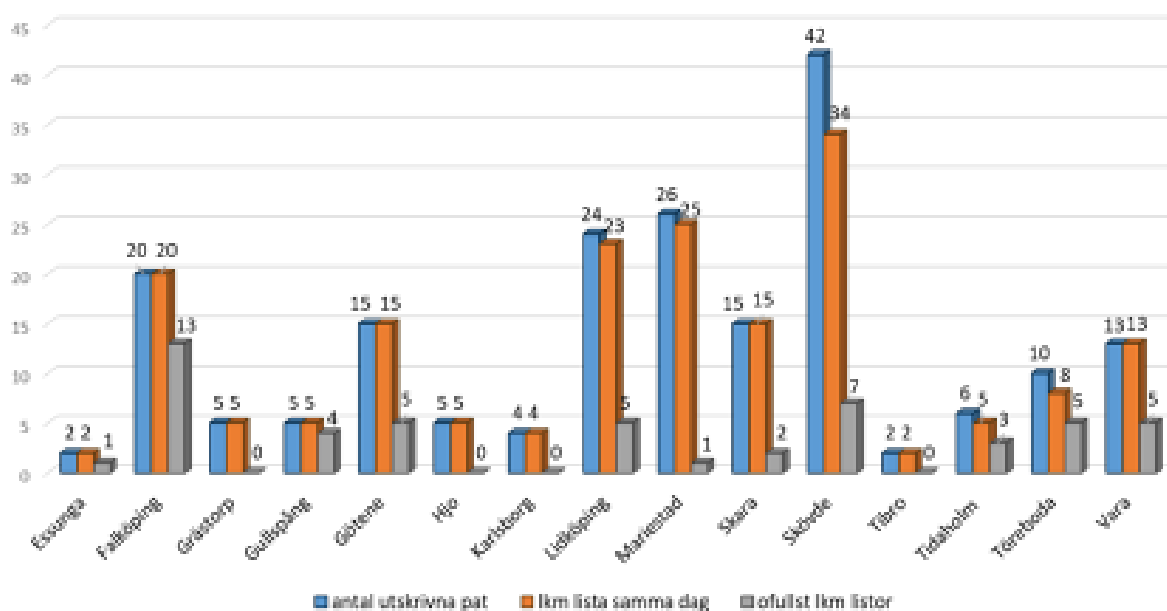
Andel som har en korrekt läkemedelslista med sig hem från sjukhuset under mätperioden 14/10 -27/10.



Resultat:

Det sammanlagda resultatet för alla kommuner Skaraborg är sämre, där hade 67 % en korrekt läkemedelslista med sig hem från sjukhuset. Vid en mätning på våren var det 80 %.

Antal utskrivna per kommun. Antal medsända läkemedelslistor och antal ofullständiga läkemedelslistor per kommun



Källa: Mål och mått. Mätning utförd av sjuksköterskor i Kommunerna under perioden 14/10 – 27/10 2019



Vårdsamverkan
Skaraborg

Förbättringsförslag 2020

Att fortsätta identifiera avvikelser kring samordnad vårdplanering.

Att alla som kommer hem från sjukhus har en korrekt läkemedelslista med sig.

4.4 SIP, Samordnad Individuell Plan

Om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas, ska en Samordnad individuell plan, SIP, upprättas tillsammans med brukaren.

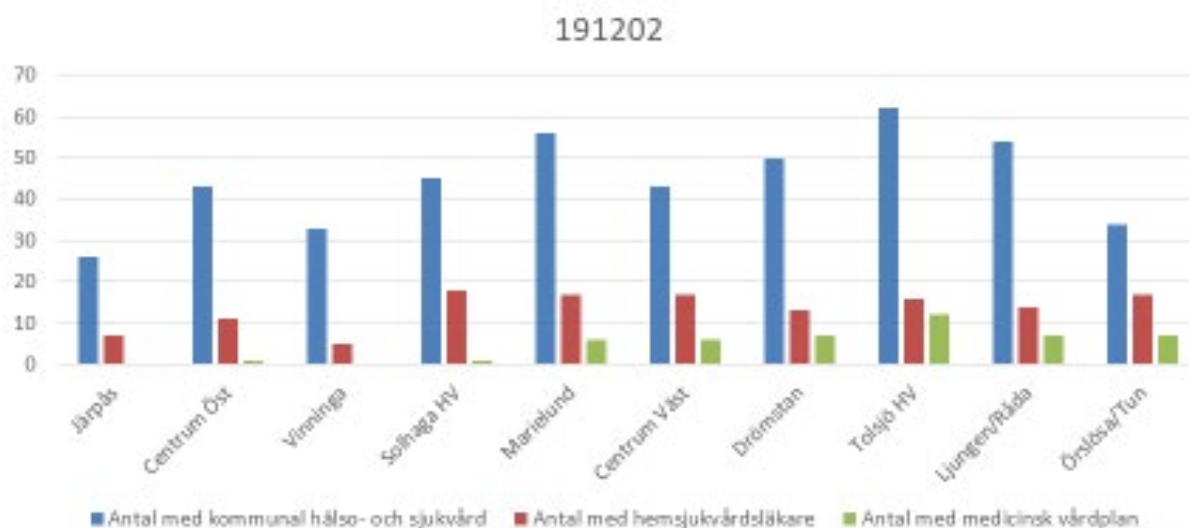
En fungerande samverkan förenklar för personen själv, och dess närstående då de inte behöver lägga ner tid och energi på att själva samordna olika insatser som ges av kommunen eller landstinget. En samordnad individuell plan, SIP, ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av insatserna, det gäller oavsett personens ålder eller problem. Meningen är att planen ska tydliggöra vem som gör vad. Dagens ökade specialisering inom vård- och omsorgssektorn och mångfalden av utförare, offentliga som privata, ställer höga krav på organisationer och dess professioner att skapa en effektiv samordning av insatser som ges till en person som behöver stöd, vård och/eller omsorg. Samverkan behöver ske såväl inom kommunen och landstinget samt huvudmännen emellan.

4.5 Läkarmedverkan

Västra Götalandsregionen har ansvar för läkarinsatser i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde vilket regleras i avtalet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Ett lokalt avtal mellan kommunen och de inom kommunen verksamma vårdcentralerna för läkarinsatser inom särskilt boende och korttidsvård finns för perioden 180101 -211231.

Hemsjukvårdsläkare finns för 31 % av de patienter som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård i ordinärt boende inom äldreomsorgen. Det är en minskning från 35 % 2018.

Antal med kommunal hälso- och sjukvård, hemsjukvårdsläkare och medicinsk vårdplan i ordinärt boende.



Resultat: Det är stora variationer på hur många som har hemsjukvårdsläkare i förhållande till antal med kommunal hälso- och sjukvård, det varierar mellan 15-50 %. Medicinska vårdplaner varierar från 0 till 12 i antal.

Analys: För de patienter som har hemsjukvårdsläkare fungerar sjukvården bra. För de som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård utan att ha tillgång till hemsjukvårdsläkare, är det ofta svårt för ansvarig sjuksköterska att nå ansvarig läkare, när ordinationshandlingar ska upprättas, läkemedelsgenomgångar ska genomföras och frågor kring vård och behandling är inom läkarens ansvarsområde.

Inom kommunal hälso- och sjukvård ska den sjuksköterska och läkare som ansvarar för vården av en patient svara för att aktuella läkemedelsordinationer finns samlade på en ordinationshandling. Den ska signeras av sjuksköterska och läkare och det ska framgå vem som har ordinerat respektive läkemedel (SOSFS 2001:1).

Förbättringsförslag 2020

Att alla patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har en hemsjukvårdsläkare.

Att alla patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård med övertaget läkemedelsansvar har en samlad ordinationshandling.

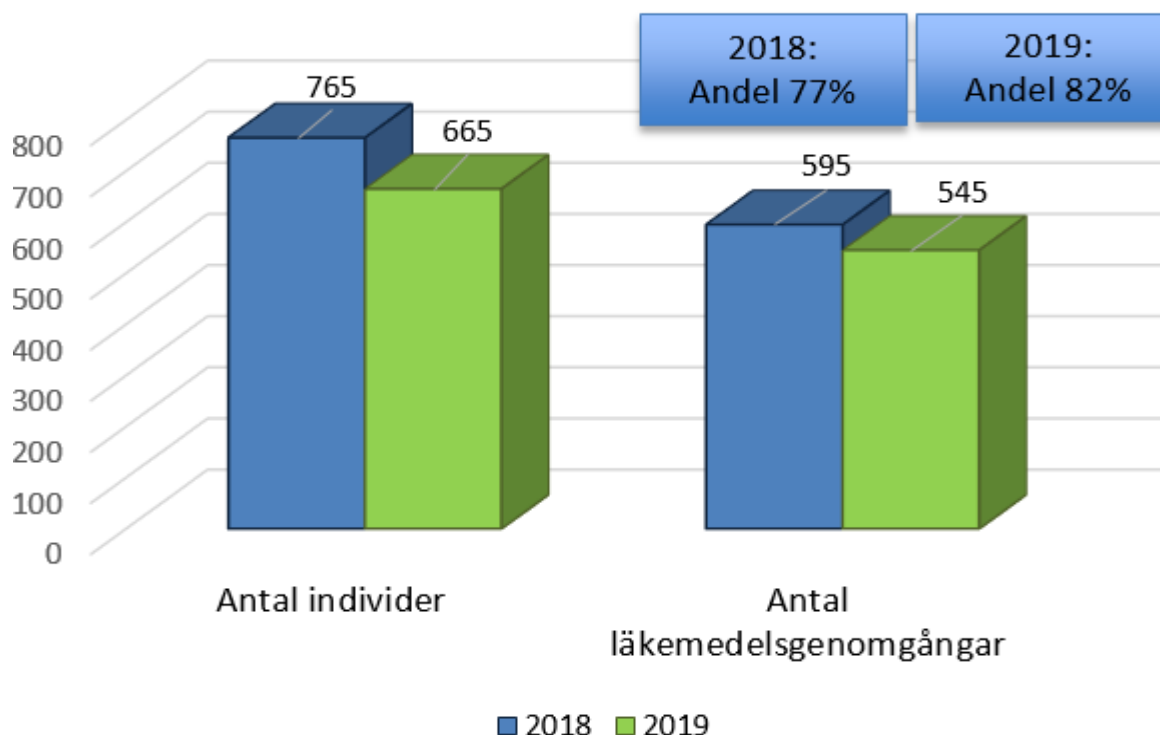
Läkemedelsgenomgångar

Socialstyrelsen har i sin föreskrift (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i sjuk- och hälsovården fastställt att patienter som är 75 år eller äldre och som har fler än fem läkemedel förskrivna och för patienter som har misstänkta eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem ska erbjudas en läkemedelsgenomgång minst en gång per år.

Skyldigheten att erbjuda läkemedelsgenomgångar gäller för de vårdgivare som i sin verksamhet har läkare anställda eller har läkare som arbetar där på uppdrag eller annan liknande grund.

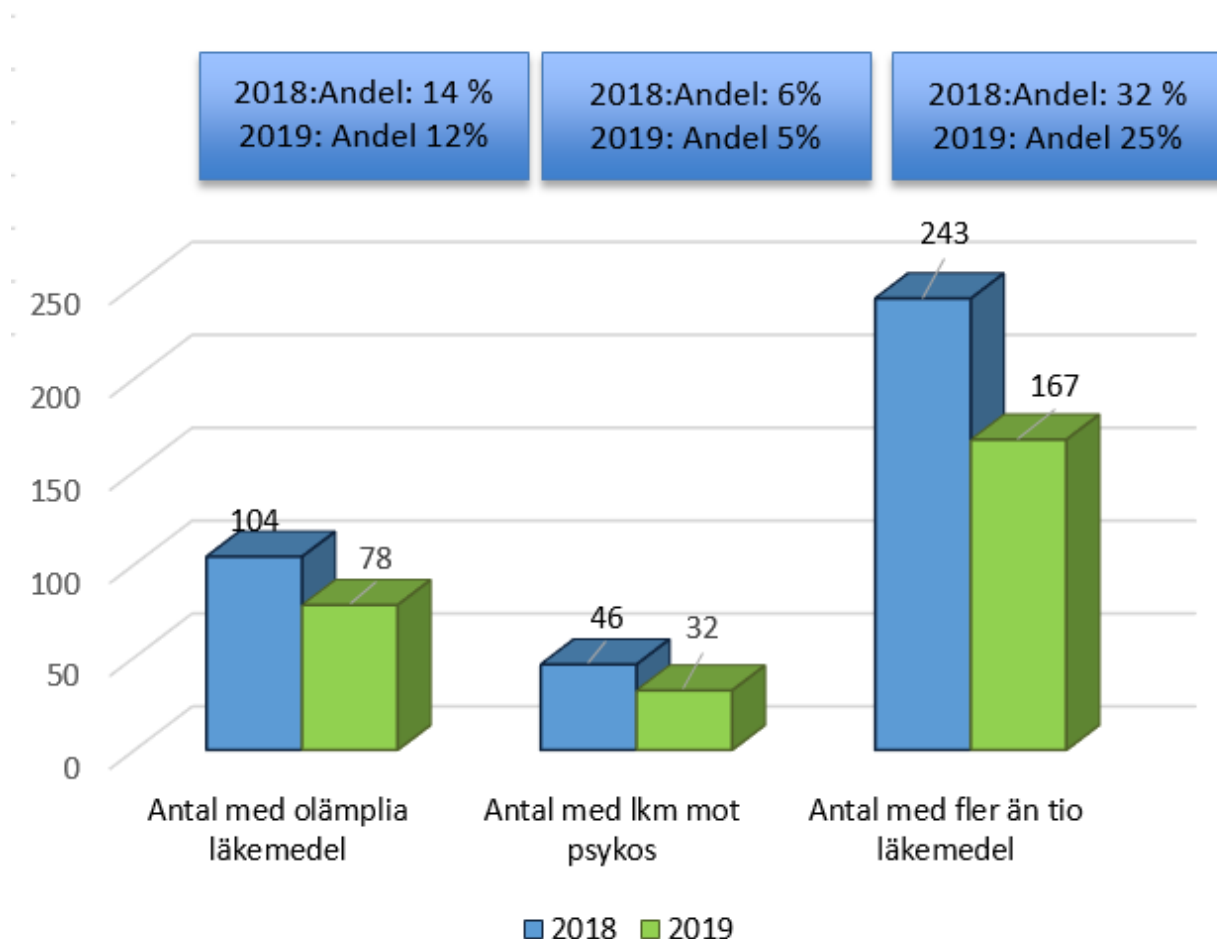
Vid varje läkarbesök som innefattar ordination av läkemedel är en läkemedelsanamnes med kartläggning av medicineringen rutin. Utöver detta finns strukturerade arbetssätt, enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar, med syfte att öka kvaliteten i läkemedelsbehandlingen. Särskilt äldre har behov av dessa insatser.

Resultat: Av de 980 som har kommunal hälso- och sjukvård inom Lidköpings kommun har 665 ett övertaget läkemedelsansvar. Av dessa har 82 % fått en läkemedelsgenomgång senaste året.



Äldre och läkemedel

Enligt socialstyrelsen är användningen av läkemedel bland äldre personer ett problematiskt område. Det är vanligt med för höga doser, olämpliga läkemedel och biverkningar av behandling. Varje år sammanställs användningen av olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och fler än tio läkemedel inom vård- och omsorg.



Resultat:

25 % har fler än tio läkemedel och 12 % har olämpliga läkemedel. Samtliga parametrar har förbättrats jämfört med 2018.

Förbättringsförslag 2020

Att alla patienter där kommunen har ett övertaget läkemedelsansvar, får en läkemedelsgenomgång minst en gång/år.

Att användningen av olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och fler än tio läkemedel minskar.

Medicinska vårdplaner

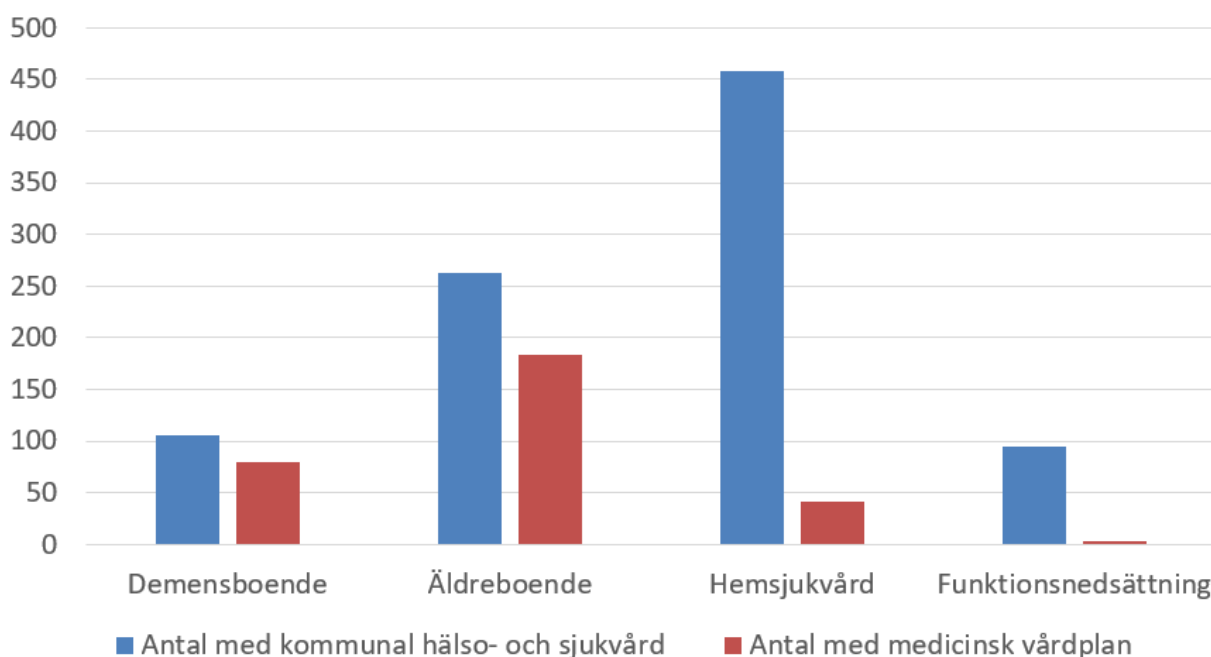
Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringen kan initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Den görs gemensamt med patienten, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal och då planeras vårdens inriktning. I denna ingår att göra en genomgång av läkemedelsbehandlingen.

Medicinsk vårdplan är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan med syfte att ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Vårdplanen ska vara ett stöd för omvårdpersonal och sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården.

Resultat:

Antal och andel med medicinsk vårdplan inom olika områden mäts i hela Skaraborg 14/10: I Lidköping har vid mättillfället 980 personer kommunal hälso- och sjukvård, varav 307 har en medicinsk vårdplan= 31,3 %. Det har ökat ytterst lite från 2018 då det var 30,7 %.

Medicinska vårdplaner, fördelning mellan olika områden



Siffror som var aktuella vid mättillfället 191014.

Gruppboende inom demens (inkl.Majgården) har 106 personer, varav 79 har en medicinsk vårdplan= 68,6%.

Äldreboende har 263 personer, varav 184 har en medicinsk vårdplan = 70 %.

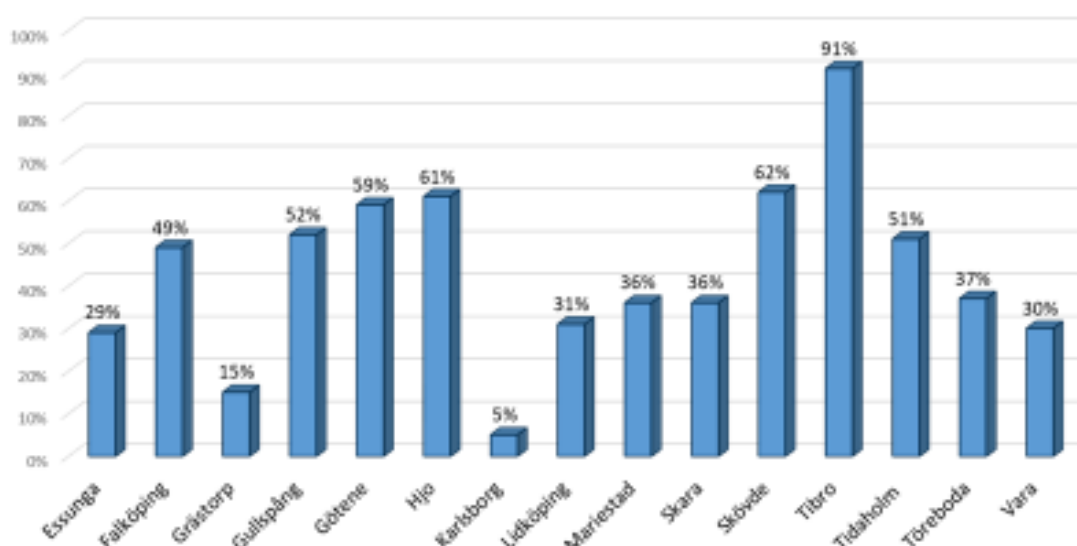
Hemsjukvård(inkl. Cura) har 458 personer, varav 41 har en medicinsk vårdplan = 8,95 %. (2018 var det 10,1 %.)

Funktionsnedsättning har 94 personer, varav 3 har en medicinsk vårdplan= 3,2 %.
Inom socialpsykiatrin är 59 personer inskrivna.

Analys: Totalt har andelen medicinska vårdplaner ökat ytterst lite. Den är högst på äldreboendet och demensboendet, men där borde den vara ännu högre. Inom funktionsnedsättning finns det i stort sett inga medicinska vårdplaner. I hemvården är det ett väldigt lågt värde, som dessutom har minskat.

Andel medicinska vårdplaner i jämförelse med andra kommuner i delregion Skaraborg.

Fokusområde: SIP- samordnad individuell plan Andel medicinska vårdplaner per kommun 2019



Källa: Mål och mått. Punktmätning utförd av sjuksköterskor i Kommunerna 14/10 2019



De flesta kommuner har en högre andel än vår kommun. Det är ett starkt samband mellan tillgång på hemsjukvårdsläkare och andelen medicinska vårdplaner.

Förbättringsförslag 2020

Att öka andelen med medicinska vårdplaner inom alla enheter.

4.6 Närvården västra Skaraborg

Närvården västra Skaraborg arbetar bland annat med att bredda vårdsamverkan kring patienten och skapa gemensamma plattformar och arenor för samverkan. I Lidköping har vi ett etablerat

samarbete med de två teamen Närsjukvårdsteamet, som har specialiserad vård för de svårast sjuka äldre och Palliativteamet som inriktar sig på specialiserad palliativ vård i hemmet.

Resultat:

- Närsjukvårdsteamet har under 2019 haft 11 patienter inskrivna från Lidköpings kommun.
- Palliativa teamet har under 2019 haft 45 patienter inskrivna från Lidköpings kommun.

Samarbetet med teamen ger en ökad trygghet både för patienten och personalen. Det finns ett lätt tillgängligt stöd av både läkare och sjuksköterskor med specialistkunskaper. Läkarbristen i flera av Närsjukvårdsteamerna har lett till att antalet akuta oplanerade transporter för de som är inskrivna i teamet har ökat under 2019.

4.7 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- medverka vid samordnad vårdplanering
- medverka vid upprättande av vårdplaner
- bli informerade när nationella studier genomförs
- bli informerade och delta vid utredning av vårdskada
- bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

4.8 Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen har gjort en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvalitén i hemtjänst och äldreboende där Lidköpings kommun har höga resultat. De resultat som handlar om hälso- och sjukvård är kontakt med läkare och sjuksköterska.

Resultat:

Där framgår att i äldreboendet anser:

- 88 % anser att det är lätt att träffa en sjuksköterska, 74 % i Västra Götaland och 75 % i riket.
- 72 % anser att det är lätt att få träffa en läkare, 53 % i Västra Götaland och 54 % i riket.

4.9 Vårdhygien och smittskydd

Vårdhygien Skaraborgs sjukhus i Skövde har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till Skaraborgs Sjukhus, primärvård samt den kommunala hälso- och sjukvård. Vårdhygien kontaktas också när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att det behövs extra stöd.

När det handlar om smittskyddsåtgärder som åligger Hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen vänder vi oss till Smittskyddsmyndigheten som har det ansvarsområdet.

En mätning av vårdhygienisk standard inom kommunal vård- och omsorg ska göras årligen enligt vårdhygien och arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2018:4, som började gälla 181119. Checklista ska gås igenom på varje enhet och leda till en handlingsplan. I AFS 2018:4 skärps också kraven på tillgång på arbetskläder för personal i vårdnära arbete.

Resultat: Under året har den nya standarden implementerats i Vård & Omsorg.

4.10 Samverkan med medborgare

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningsätt genom att

- ha en tillgänglig information via telefon, mail, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer och andra.
- skicka/lämna information.

4.11 Patientnämnd

Patientnämnderna är en opartisk instans mellan patient och vårdgivare. Nämndernas verksamhet ska hjälpa patienter med problem som uppstått i kontakten med vården och ta initiativ till förändringar som stärker patientens ställning och förbättrar vården.

Patientnämnderna skall utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Resultat:

Ärendestatistik från patientnämndernas kansli

Redovisning av antal inkomna ärenden som östra patientnämnden tog emot som rör Lidköpings kommun under 2019. Antal ärenden har varit 1.

- Den handlade om vårdansvar och organisation vid en smärtproblematik och skickades också till regionens verksamheter.

5. Struktur för uppföljning och utvärdering

Följande struktur för uppföljning finns i Vård & Omsorg:

- Uppföljningsdialoger
- Uppföljning av mål enligt ledningssystemet
- Uppföljningar enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- Brukarundersökningar
- Öppna jämförelser
- Nationella studier
- Studier på Skaraborgsnivå
- Egenkontrollplan, Egenkontroll genom årlig mätning av kvalitet i kommunens hälso- och sjukvård

6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

6.1 Apotekets granskning av kommunens läkemedelshantering

Bakgrund

Vårdgivaren bör, som ett led i egenkontrollen enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, se till att läkemedelshanteringens genomgår en extern kvalitetsgranskning minst en gång om året. Kvalitetsgranskningen är en del i arbetet med att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla hanteringen av läkemedel.

Kvalitetsgranskningens innehåll

Lidköpings kommun använder Apoteket för sin kvalitetsgranskning, som syftar till att vara ett stöd för att svara upp mot författningskrav (SOSFS 2000:1) och att stödja en säker och rationell läkemedelshantering.

Kvalitetsgranskningen sker utifrån aktuella författningar, riktlinjer och lokala instruktioner efter samråd med kund.

Genomförande

Kvalitetsgranskningen genomförs av en specialutbildad farmaceut.

Farmaceuten och MAS planerar årsvis upplägg och genomförande av kvalitetsgranskningen.

Läkemedelsansvarig sjuksköterska deltar under kvalitetsgranskningen. Farmaceuten dokumenterar kvalitetsgranskningen och upprättar en rapport för varje granskad enhet.

Rapporten delges läkemedelsansvarig sjuksköterska och MAS. MAS skickar till berörda verksamhetschefer, områdeschefer och enhetschefer.

En utbildning i kvalitetssäkring av läkemedelshanteringens hölls för alla sjuksköterskor i kommunen vid 2 tillfällen. Utbildningen hölls för att säkra upp att även de som inte fick en granskning av det läkemedelsförråd de ansvarar för, ska veta vad som gäller och kunna ta ansvar på ett kvalitetssäkrat sätt.

Läkemedelshanteringens på 3 äldreboende med kommunalt akut läkemedelsförråd har granskats utifrån HSLF-FS 2017:37.

Granskningen inleddes med en diskussion kring boendets rutiner. Läkemedelsförvaringen i kommunalt akutläkemedelsförråd liksom förvaringen av personbundna läkemedel granskades.

Avdelningarna besöktes där stickprov i patientskåp genomfördes och delegerad personal tillfrågades om den praktiska läkemedelshanteringens. Läkemedelsansvarig sjuksköterska informerades om vissa nyheter i Pascal. Läkemedelshanteringens upplevs fungera väl.

Upplever att det finns ett stort intresse och engagemang hos läkemedelsansvariga sjuksköterskor för en god och säker läkemedelshantering.

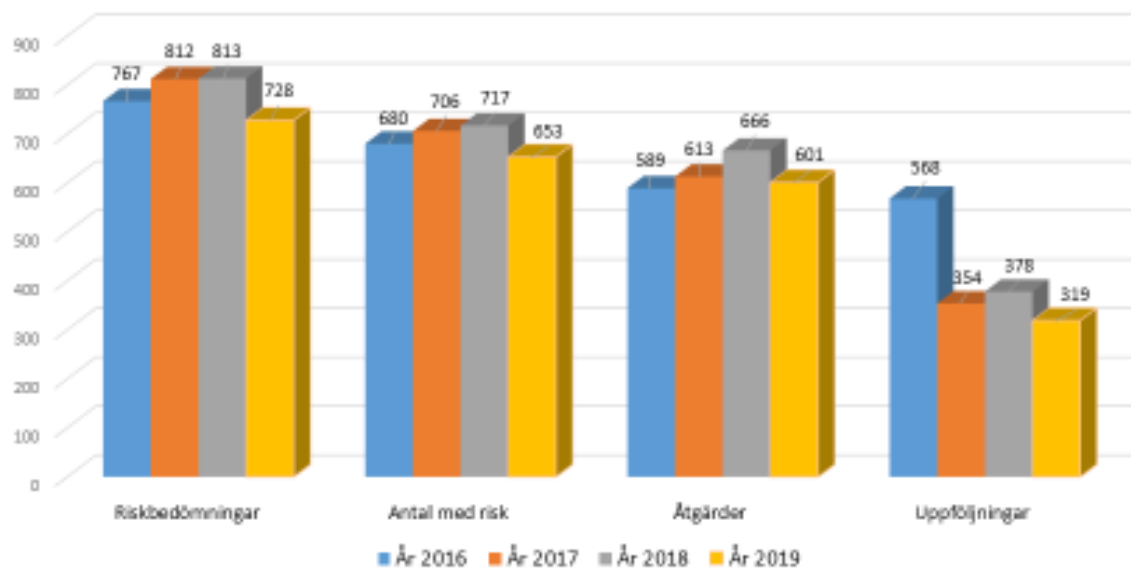
De förbättringsförslag som identifierades finns upptagna i en åtgärdsplan för varje enhet. Enheten utser ansvarig och sätter tidplan.

6.2 Arbete med nationella kvalitetsregister - Senior alert

För att arbeta strukturerat med riskbedömningsunderlag inom områdena trycksår, fall, nutrition och ohälsa i munnen använder vi oss av Senior Alert, sedan 2011 och har som mål att alla personer inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård ska minst en gång om året, eller oftare vid behov, bli riskbedömda enligt denna struktur.

Jämförelse helår 2016-2019. Alla verksamheter.

Antal riskbedömningar, antal med risk, antal åtgärder och antal uppföljningar



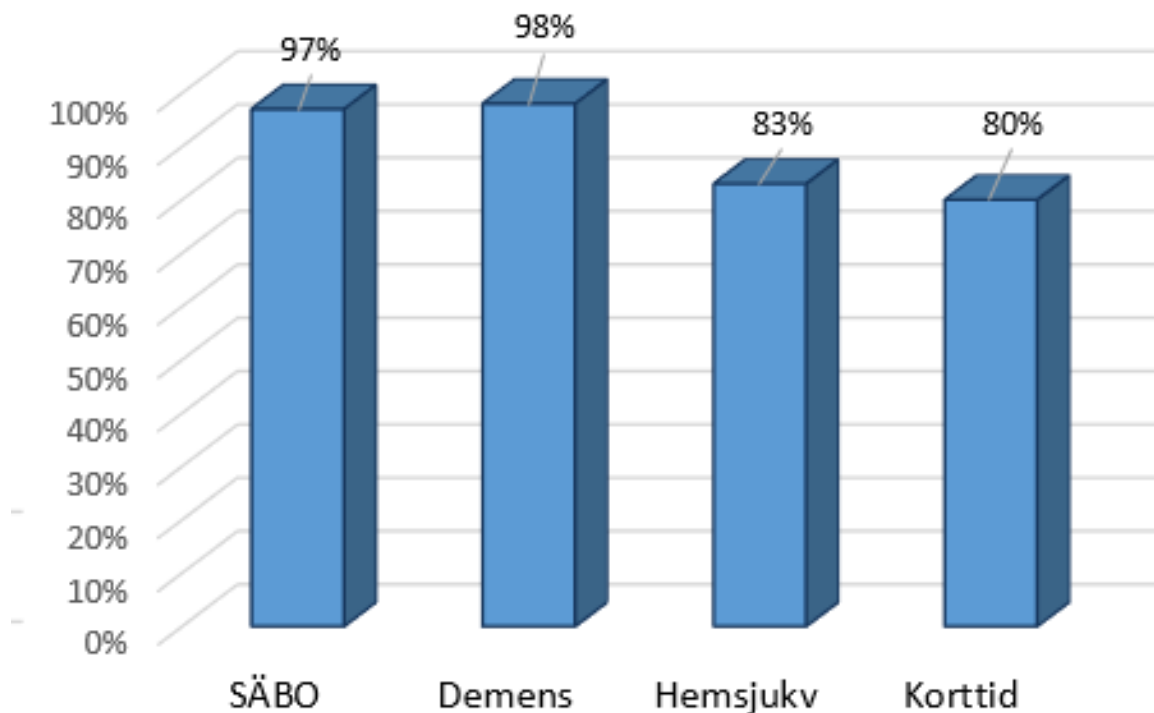
Analys:

Antal riskbedömningar har minskat totalt sett, från 813 (2018) till 728 (2019). Antal med risk, åtgärder och uppföljningar har också minskat.

I ytterligare underlag ser man att minskningen av riskbedömningar är främst inom demensen från 219 (2018) till 128 (2019). Orsakerna till detta är färre platser inom demensen, ibland har man gjort 2 riskbedömningar under ett år och byte av personal i ledningsteamet.

I hemsjukvården har antalet riskbedömningar ökar från 235 (2018) till 286 (2019).

Andel åtgärder för dem som har risk



Resultat:

Där risker upptäcks blir de i hög grad åtgärdade.

Arbetsättet med att bedöma risker, bakomliggande orsaker till risker och att tillsammans i teamen besluta om åtgärder som kan minska risker för de som har insatser av oss, måste finnas överallt. Ett stöd i strukturering och uppföljning är att använda registret Senior Alert, alla tillfrågas om samtycke till detta och då väljer en del att tacka nej.

Analys:

Det är fortfarande stora skillnader mellan de olika enheterna hur långt man har kommit med att arbeta riskförebyggande. Om medarbetare i ledningsteamet byts ut sjunker antalet gjorda riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar.

Förbättringsförslag 2020

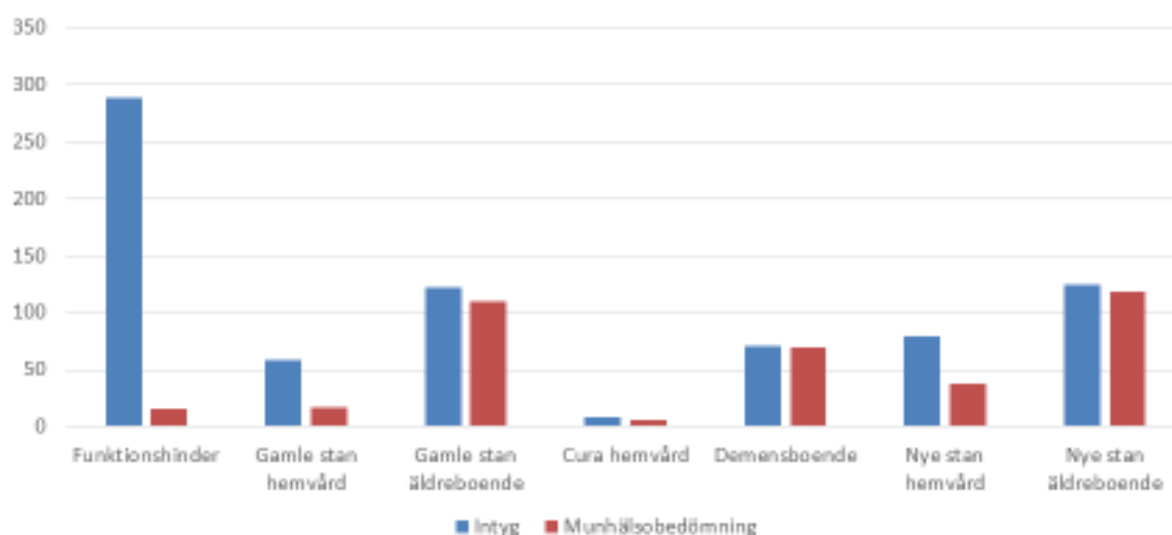
Att arbetsättet blir inarbetat i teamen och verksamheterna, så att fler blir strukturerat riskbedömda, åtgärdas och följs upp.

6.3 Munhälsa- uppsökande och nödvändig tandvård

Västra Götalandsregionen har enligt Tandvårdslagen(1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Personer som har rätt till nödvändig tandvård ska erbjudas munhälsobedömning och ges möjlighet till god munhälsa. De har ofta ett stort behov av hjälp och stöd till följd av fysiskt eller psykiskt funktionshinder. Tandvårdsleverantören kommer ut till

personerna och gör en munhälsobedömning som dokumenteras. De ska också utbilda berörd personal och kommunen ansvarar för att dessa genomgår den utbildning som erbjuds.

Antal med intyg om nödvändig tandvård och de som har tackat ja till en munhälsobedömning, mätperiod 190101-191231.



LINKÖPING VIDYÄRN

Resultat: Täckningsgraden för intyg om nödvändig tandvård ska vara 3 % av alla över 20 år i kommunen. Det är 750 personer som har ett intyg om nödvändig tandvård. Det ger ett värde på 2,5 %.

Analys: Inom LSS har många intyg om nödvändig tandvård, men få tackar ja till en munhälsobedömning. I Nye stans hemvård har fler än tidigare fått en munhälsobedömning. På äldreboende, demensboende och i Cura hemvård är det en hög andel med både intyg och munhälsobedömning.

Munhälsovårdsutbildning.

Folktandvården erbjuder kostnadsfri utbildning till kommunens personal. De kommer ut till varje arbetsplats och utbildar.

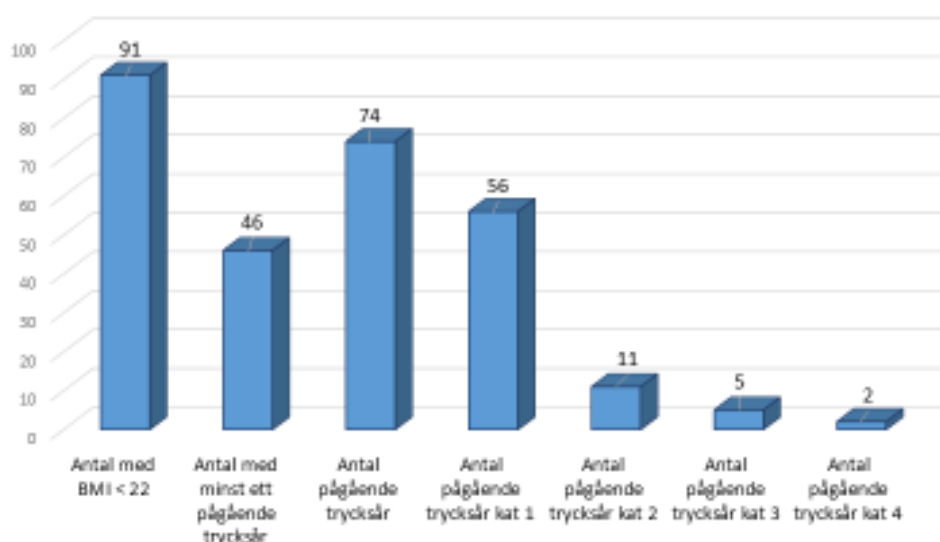
Analys: Det varierar mellan enheterna om man har använt möjligheten till utbildning. Inom funktionshinder har det skett en utbildningsinsats under 2019. Alla enheter inom funktionshinder, hemvården inom Nye stan och de flesta särskilda boenden har haft utbildningar under 3-års perioden. En del enheter har inte haft några utbildningsinsatser alls.

Förbättringsförslag 2020

Att ha en täckningsgrad om rätt till intyg på minst 3 % av alla över 20 år.

Att andelen som tackar ja till en munhälsobedömning ökar, framförallt inom funktionshinder.

Att antalet personal som får utbildning i munvård ökar.

6.4 Mätning av trycksår, Punktprevalensmätning 2019-11-13. Jämförelse med 2017-2018.**Punktprevalensmätning PPM. Antal 2019-11-13.****Antal trycksår:**

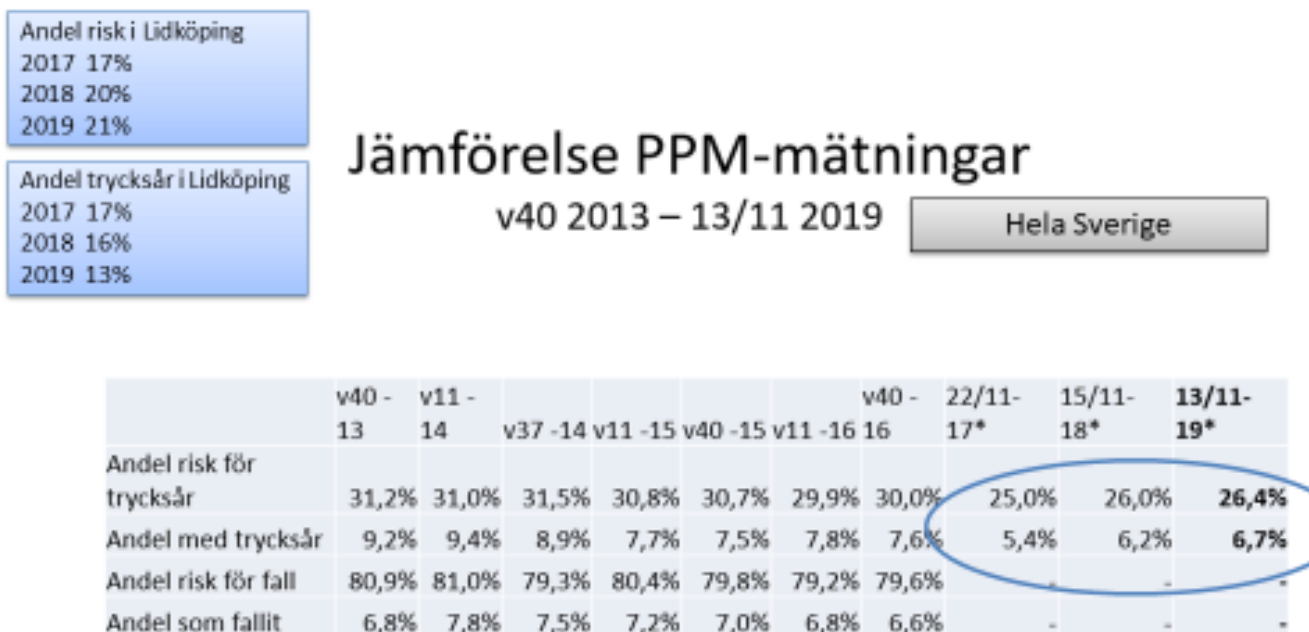
Det har gjorts riskbedömningar på 575 personer 2019, av dem har 46 personer 74 pågående trycksår. Antalet personer med trycksår och antalet trycksår har minskat sen föregående år. (2018 hade 57 personer 92 trycksår. 2017 hade 61 personer 98 trycksår.)

Trycksårens allvarlighets grad mäts i olika kategorier. Kategori 1 är en kvarstående rodnad i huden, kategori 2 är en delhudsskada, kategori 3 är en fullhudsskada och kategori 4 är en djup fullhudsskada. Av de pågående trycksåren är 76 % i kategori 1.

Undervikt:

Antal med BMI under 22 är 91 personer, av 575 gjorda riskbedömningar, vilket ger 16 % underviktiga.

Jämförande resultat mellan riket och Lidköping.

**Analys:**

Alla kategorier av trycksår har minskat, kategori 3-4 utgör bara 9,5 %. Vilket tyder på att det riskförebyggande arbetet har gett resultat. Både antalet personer med trycksår och antalet trycksår minskar för varje år, men jämfört med riket är siffrorna högre för andel med trycksår. Andelen med trycksår är i Lidköping 13 % och i riket 6,7 %. Däremot är andelen med risk för trycksår lägre i Lidköping 21 % mot 26,4 % för riket.

Förbättringsförslag 2020:

Att antalet trycksår minskar och att andelen når rikets nivå, 6,7 %.

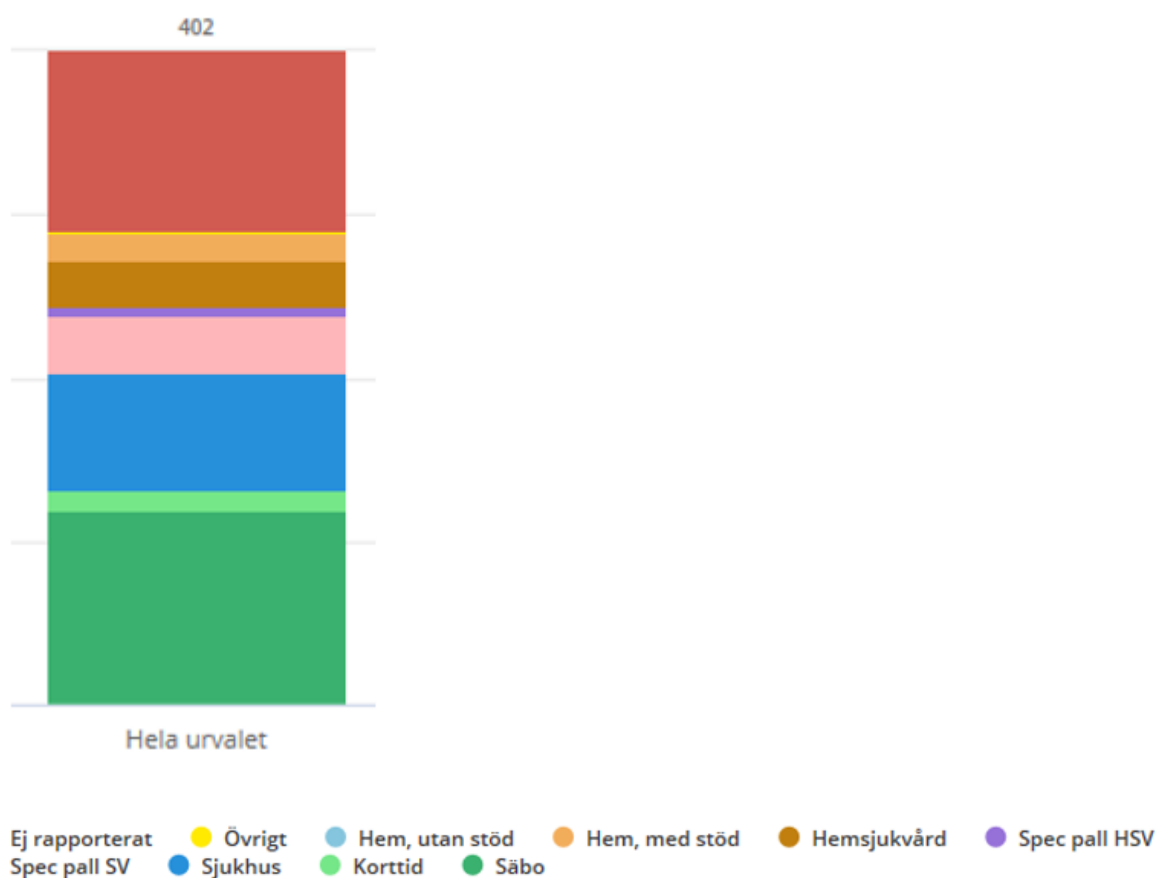
Att andelen med risk för trycksår minskar från 21 %.

Att andel med BMI under 22 minskar från 16 %.

6.5 Palliativregistret

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

Lidköping, ej inrapporterade 27,36%
(Inklusive alla på sjukhuset)

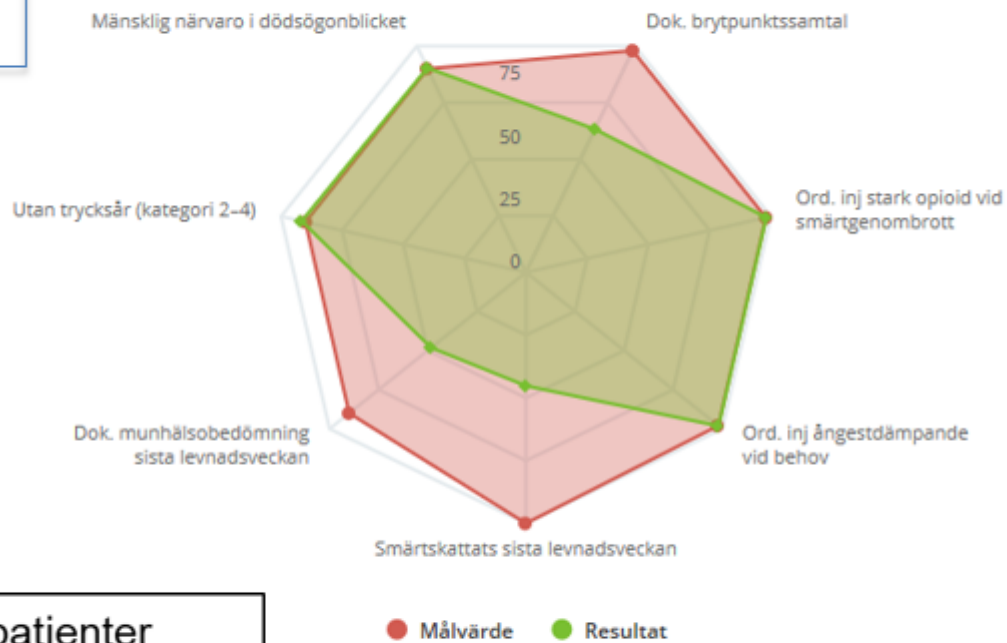


402 dödsfall totalt av invånare i Lidköpings kommun. De har skett på enheter enligt färgkod. Av dem hade 166 kommunal hälso- och sjukvård.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2020-01

2019



166 patienter

Brytpunkt 63,3%

Munhälsa 48,2%

Smärtskattning 45,2%

166 patienter avled som hade kommunal hälso- och sjukvård.

På Särskilt boende var det 106 personer, på Korttidsboende 13 personer och i Hemvård 47 personer. Av dödsfallen sker 72 % på särskilt boende eller på korttiden.

Analys:

Täckningsgraden har ökat till 72,6 %, den var 64 % år 2018.

Den utförda validerade smärtskattningen och bedömningen av munhälsan ligger på samma nivå som förra året.

Förbättringsförslag 2020

Att öka antalet som erhåller validerad smärtskattning under sista levnadsveckan.

Att öka antalet som får en munhälsobedömning under sista levnadsveckan.

6.6 BPSD

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD.

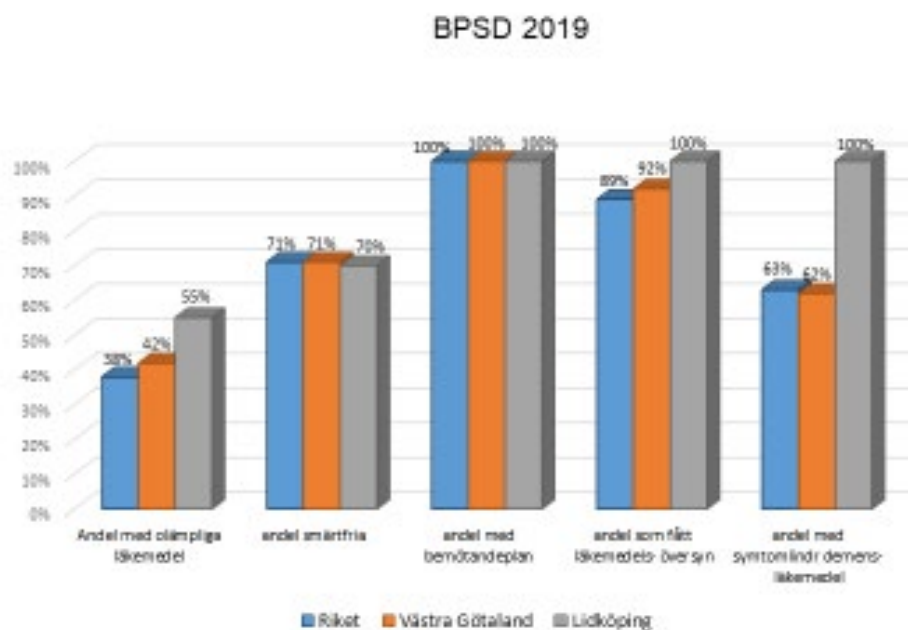
BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom.

Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

BPSD-registret startade i november 2010 med syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom.

Inom demensboende och inom demensens hemvård, Cura är detta arbetssätt inarbetat. Icke farmakologiska metoder (IFM) är ett arbetssätt som används för att i större utsträckning använda omvårdnadsåtgärder istället för läkemedel för att lindra olika symtom.

Genom utbildning av egen certifierad utbildare i BPSD har alla äldreomsorgens verksamheter utbildats, så de kan använda BPSD. Detta genomförs under 2018-2020, därigenom sprids arbetssättet med kartläggning, strukturerade bemötandeplaner och åtgärder vid demens till äldreomsorgens övriga verksamheter.



I BPSD mäts andel personer som står på olämpliga läkemedel, det mäts också att de är smärtfria, om de har en bemötandeplan, om de har fått en läkemedelsöversyn och om de med Alzheimers sjukdom har fått symtomlindrande läkemedel.

Analys:

Siffrorna visar att 100 % har en bemötandeplan, har fått en läkemedelsgenomgång och har symtomlindrande läkemedel vid Alzheimers. Däremot är andelen med olämpliga läkemedel (55 %) högre än i riket (38 %) och västra götaland (42 %). Andelen som är smärtfria ligger på samma nivå, 70 -71 %.

Förbättringsförslag 2020

Fullfölja utbildningen i BPSD inom alla äldreomsorgens verksamheter, så att de kan använda BPSD. Detta ska vara klart 2020.

Nätverk demens

I Skaraborg finns ett nätverk för dem som arbetar inom demens. Det finns ett uppdrag som har tagits fram i samverkansgrupp geriatrik, palliativ vård, demens och stroke.

Det ska vara ett nätverk i varje vårdssamverkansområde, norra, södra och västra. Alla som deltar i arbetet med demens ska ha representation i nätverket.

Syftet är att skapa samsyn och ett gemensamt lärande över vårdgivargränserna kring arbetsätt och rutiner som rör personer med demens. Målet är att förbättra vården för personer med demens.

Närsjukvårdsteam Demens och Psykisk ohälsa

Målgrupp är patienter med omfattande behov av vård- och omsorg i instabilt skede som är i behov av intensiva insatser eller där tillståndet förändras ofta och där stabilitet över tid är svår att uppnå. Teamet har startat igång, men har inte haft tillgång till sin fasta läkare.

6.7 FUNCA

FUNCA är ett verktyg för att förebygga och minska utmanande beteende och att förbättra delaktighet och självbestämmande för vuxna personer med insatser enligt LSS, personkrets 1 och 2. Vilket innebär: 1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. 2. Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

FUNCA har använts i 1 år. Norra Härene och Gamla Läckövägen använder FUNCA. Hos en del brukare på andra gruppboheter har också FUNCA använts. Verktöget är tillförlitligt samt lättarbetat med goda statistiska möjligheter. Det ger stöd i vardagsarbetet. Det har gjorts 26 kartläggningar.

De som är utbildade är de 8 personer som gick utbildningen 2019. Tyvärr har 2 av dem slutat.

6.8 Teamarbete

Ledningsteamens uppdrag är att:

Leda arbetet med att samordna och utveckla alla enhetens gemensamma resurser i enlighet med verksamhets- och handlingsplaner. Ge arbetslag och brukarteam ett samordnat stöd och bästa möjliga förutsättningar att fokusera på den enskildes behov och självbestämmande. Ta ett

pedagogiskt ansvar för omvårdnads- och stödpersonalen genom att stötta, handleda och vägleda dem i deras arbete.

7. Uppföljningar genom egenkontroll - Egenkontrollplan

Metod	Ansvarig	Ansvar för genomförande	Färdig att rapportera	Rapportera till	Sammanställer	Uppföljning
PPM punktprevalensmätning trycksår november	MAS	Verksamheterna Ledningsteam och brukarteam	Februari - Mars	Legitimerad pers, OC-EC- omv.personal	Samordnare kvalitetsregister	
Oplanerade transporter slutet januari- slutet mars (8v)	MAS	Sjuksköterskor	April - Maj	Legitimerad personal, OC- EC Samverkan PV	Vårdsamverkan	
Läkemedels kartläggning april	MAS	Sjuksköterskor	Maj	APT sjuksköterskor Samverkan PV	Koordinator Närvården	
Mått och mål oktober	Vårdsamverkan MAS	Sjuksköterskor	Februari	Legitimerad pers, OC-EC	Vårdsamverkan	
Senior alert	OC	Verksamheterna Ledningsteam och brukarteam	Uppföljningsdialog, årsvis	Legitimerad pers, OC-EC- omv.personal	Samordnare kvalitetsregister	
Svenska palliativregistret	MAS	Sjuksköterskor	Uppföljningsdialog, årsvis	Legitimerad pers, OC-EC- omv.personal	Samordnare kvalitetsregister	
BPSD Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens	MAS, OC	Verksamheterna Ledningsteam och brukarteam	Uppföljningsdialog, årsvis	Legitimerad pers, OC-EC- omv.personal	Samordnare kvalitetsregister	
Avvikelse internt	MAS	Legitimerad personal		Nämnden februari och september	MAS	Fall, läkemedel
Avvikelse externt 4 ggr/år	MAS	Legitimerad personal		Avvikelsegrupp Skaraborg	MAS	
Journalgranskning höst	MAS	Samordnare	December	Legitimerad personal	MAS	
Patientsäkerhetsberättelse, PSB	MAS	MAS	Februari	Nämnden, Legitimerad pers, OC, EC	MAS	
Förkortningar	MAS= medicinskt ansvarig sjuksköterska			OC=områdeschef EC=enhetschef		

7.1 Dokumentation

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 ska legitimerad personal föra patientjournal. De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten.

Syftet med att föra journal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är ett arbetsverktyg eller underlag för den som ansvarar för vården.

Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit. Patientjournalen har även en stor betydelse som underlag i vissa rättsliga sammanhang och för forskningen.

En vårdplan är kärnan i vården. En vårdplan ska upprättas på de hälso- och sjukvårdsåtgärder som är övertagna, bedömda och är sammanhängande över tid, till exempel vid övertaget

läkemedelsansvar, behov av specifik träning, vid identifierade risker så som risk för trycksår, undernäring och fall.

Kontroller

Personalen har bara rätt att ta del av de journaler och uppgifter, som man behöver i sitt arbete den aktuella arbetsdagen. Det är inte ok att kontrollera hur det har gått med en patient, som man tidigare vårdat eller kommer att vårda. För att kontrollera att detta efterlevs genomförs loggning av hälso- och sjukvårdsjournaler och omvårdnadsjournaler, 2 dygn/månad loggas allt på varje enhet. Journaler enligt socialtjänstlagen (SOL) och hälso- och sjukvårdsjournaler (HSL).

7.2 Journalgranskning

I Vård och omsorgs egenkontrollplan ingår att kvalitetsgranska den dokumentation som förs i hälso- och sjukvårdsjournaler. Delar av dokumentationsgruppen och IT-samordnare dokumentation HSL granskade 104 journaler, som var slumpmässigt utvalda.

Syfte

Syftet för granskning av journaler är att kvalitetssäkra dokumentationen enligt lagkrav, stärka arbetet och dokumentationen utifrån vårdprocessen, skapa underlag för en pedagogisk diskussion, skapa gemensamma dokumentationsrutiner samt lyfta fram förbättrings- och problemområden. Viktigt är att finna en röd tråd i dokumentationen samt att dokumentationen följer nationell informationsstruktur NI.

Granskningen fokuserade på:

- att sökordet Vårdplanering var uppdaterat, användes korrekt och med frastexter. Dokumentationen fick vara max ett år gammal förutom för funktionsnedsättning där den fick vara max två år gammal.
- att patientens medverkan syntes, främst via sökordet Vårdplanering
- att omvårdnadspersonalens HSL-dokumentation var enligt skriven rutin
- att åtgärder var kopplade till diagnos för att bilda en plan för vården
- att statistikkravet för 2019 från Socialstyrelsen tillgodosågs genom användande av KVÅ-koder (klassifikation av vårdåtgärder).
- att HSL-uppdrag användes för att ge omvårdnadspersonalen ordination på vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter de ska bistå patienten med
- att Att-Göra-Listan används och fungerar som signeringslista genom att åtgärder som ska utföras av legitimerad personal var kopplade från journal

Resultat:

Totalt granskades 104 av 999 aktiva journaler, 10 %.

7 journaler hade 100 % korrekt dokumentation av de undersökta 7 parametrarna.

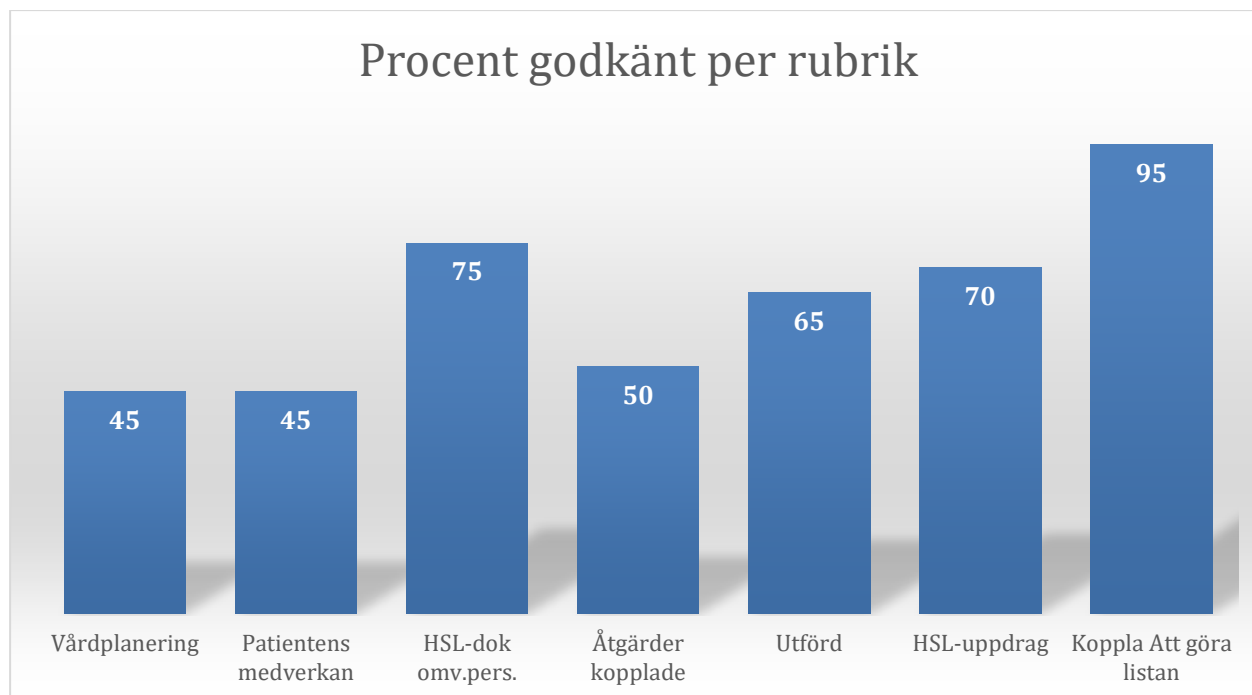
40 journaler hade 75 % eller högre korrekt dokumentation av de undersökta 7 parametrarna.

21 journaler hade mindre än 50 % korrekt dokumentation av de undersökta 7 parametrarna.

Av dessa hade 6 journaler lägre än 25 %.

Parametern HSL-uppdrag användes i 75 % av de journaler där omvårdnadspersonal bedömdes vara delaktiga i hälso- och sjukvårdsuppgifterna.

En aktuell vårdplanering fanns dokumenterad i 45 % av journalerna.



Förbättringsförslag 2020

Att vårdprocessen följs i dokumentationen, med patientens medverkan, vårdplanering, vårdplan, omvårdnads/ rehab diagnos och kopplade åtgärder.

Att utredande och behandlande åtgärder följer riktlinjerna för KVÅ, så att en korrekt statistik lämnas.

Att HSL-uppdragen kommer upp till 100 %, för att säkerställa vad, hur, vilka och när åtgärder ska utföras av omvårdnadspersonal.

Att att-göra-listan används till 100 % och att uppgifter där signeras när de är utförda.

7.3 Avvikelsehantering

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar och en skyldighet att rapportera negativa händelser och tillbud vilket utgör en grund för förbättrad patientsäkerhet. Med hälso- och sjukvårdspersonal menas sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal när de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vid en avvikelse som upptäcks av omvårdnadspersonal, ska denna genast kontakta ansvarig/tjänstgörande sjuksköterska som bedömer behovet av eventuellt omedelbara åtgärder, såsom till exempel läkarkontakt. Den som upptäckt en avvikelse skriver avvikelserapport.

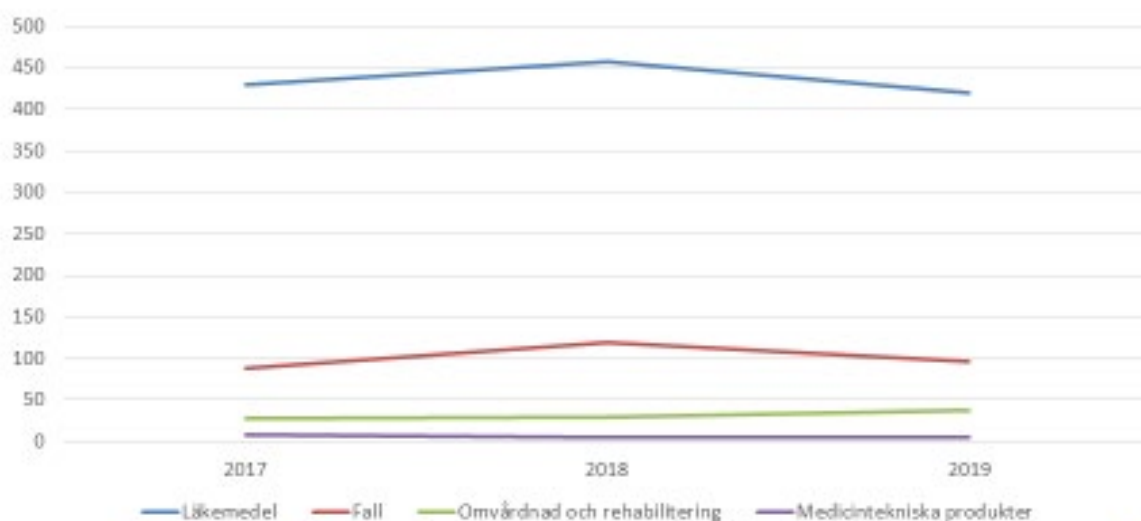
Samtliga avvikelser ska analyseras samt dokumenteras i patientens journal, förutom de avvikelser som inte är direkt knutna till en enskild patient.

Grundprincipen är att avvikelsen utreds lokalt inom varje enhet/område. Legitimerad personal inleder alltid med analys av händelsen, enhetschefen deltar sedan tillsammans med omvårdnadspersonalen i fortsatt analys av händelsen och åtgärder för att förhindra upprepning.

Det är viktigt att lärdomarna över vad som har hänt, orsakerna till avvikelserna och vilka åtgärder som krävs för att förhindra att en upprepning sker återförs till verksamheten. Enhetschefen ansvarar för att löpande återföra information inom sina verksamheter.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS granskar samtliga avvikelser. Bedömer och analyserar om tillräckliga åtgärder är vidtagna, om en avvikelse kräver fördjupad utredning och eventuellt anmälan till någon annan instans till exempel Socialstyrelsen, Läkemedelsverket eller IVO, Inspektionen för vård och omsorg.

Avvikelser inom läkemedel, fall, omvårdnad/rehabilitering och medicintekniska produkter 2017- 2019.



Avvikelser:

Läkemedelsavvikelser

Under 2019 har 420 läkemedelsavvikelser rapporterats, varav 413 inom vård- och omsorgsförvaltningen. Av rapporterna framgår att antalet läkemedelsavvikelser minskat från 458 (2018).

Läkemedelsavvikelserna ledde till att läkare fick kontaktas för 6 % av avvikelserna.

Sjukhus eller vårdcentral behövde inte uppsökas i någon av avvikelserna.

Däremot fick det allvarliga konsekvenser i form av obehagliga symtom, oro/ångest och smärta i 9 % av de rapporterade läkemedelsavvikelserna.

Fallavvikelser

97 fallincidenser med skada har rapporterats. Antalet var 2018 119 stycken.

Riskbedömda var 74 % av de som var med om en fallincidens.

32 % fick uppsöka sjukhusvård och 8 % hade en fraktur.

Omvårdnads- och rehabiliteringsavvikelser har ökat till 37, från 29 år 2018.

Analys:

För att få en bättre samsyn och dra lärdom av de avvikelser som har skett har specifika avvikelser gått igenom av MAS på APT för legitimerade med ett urval efter arbetsgrupp. Riskbedömningar enligt riskmatris av sannolikhet för upprepande och allvarlighetsgraden i avvikelsen har tagits upp.

Fallförebyggande arbete

Det är viktigt att se till helheten runt de personer som faller ofta. Styrke- och balansträning, kosten och läkemedelsöversyn kan ge god effekt. Dessa delar ingår i Senior alert. Vi måste fortsätta arbeta förebyggande genom ett aktiverande arbetssätt och främja fysisk aktivitet i så stor utsträckning som möjligt. Ett fortsatt bra teamsamarbete är också viktigt, där teamet gör täta uppföljningar av insatta åtgärder.

Förbättringsförslag 2020

Att det sker ett systematiskt arbete med alla avvikelser, där händelsen och åtgärder analyseras och går igenom på enheten.

Att fortsätta analysera avvikelser gemensamt på APT med legitimerade och att utveckla arbetet med riskmatrisen.

Lex Maria HSLF-FS 2017:41

Det är en skyldighet för vårdgivare att snarast anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Det utreds och anmäls av den som vårdgivaren har utsett. I kommunal hälso- och sjukvård är det medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen

(2010:659) 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.

Med allvarlig vårdskada avses enligt samma bestämmelse vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Resultat:

Under 2019 har 2 Lex Maria anmälningar utretts. Efter att utredningarna skickats till IVO fick de kompletteras och sen kom svaren från IVO.

- 2019-02-21 - Beslut från IVO att de avslutar ärendet utan ytterligare åtgärder, de är nöjda med de kompletteringar som gjorts. Anmälan gällde fördröjd behandling av neurologiska symtom efter en tryckavlastande ryggoperation.
- 2019-05-06 - Beslut från IVO att de avslutar ärendet utan ytterligare åtgärder. IVO bedömer att vårdgivaren efter begärd komplettering har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Anmälan handlade om att patienten inte fick tillräcklig vård i samband med kraftiga smärtor. Patienten bedömdes av läkare på akuten, korttidsenheten och vårdcentralen. Efter en månad upptäcktes frakturen vid ett nytt besök på akuten. Händelsen medförde ett ökat lidande och en bestående funktionsnedsättning.

7.4 Influensavaccination

Alla patienter med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser har informerats och erbjudits vaccination mot influensa, då de flesta även tillhör riskgruppen. Enligt rekommendationer från Smittskyddsinstitutet dokumenteras alla givna vaccinationer i ett nationellt journalsystem, Svevac.

Resultat: Under influensasäsongen 2019 -2020 har 633 patienter vaccinerats mot influensa. Antal vaccinerade inom olika enheter är LSS gruppbostad =22, LSS personlig assistans =15, Hemsjukvård =299, Äldreboende =208, Demensboende =76, Cura hemvård =7 och Galeasens korttid =8.

7.5 Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

En ny författning (HSLF-FS 2017.67) trädde i kraft 1 januari 2019, där varje kommun månadsvis har en uppgiftsskyldighet att lämna uppgifter om de vårdåtgärder som har vidtagits avseende de personer som har fått kommunal hälso- och sjukvård, när det är legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal som har vidtagit åtgärderna. Det är både utredande och behandlande åtgärder som avses.

7.6 NPÖ, Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt, NPÖ, även kallad sammanhållen journalföring gör det möjligt för legitimerad vårdpersonal att med samtycke från patienten ta del av information som finns hos andra vårdgivare, så som sjukhus och vårdcentraler.

Syftet är att kunna få en mer heltäckande bild av patientens vårdhistorik och vårdbehov vilket i sin tur gör att vårdpersonal kan ge en mer kvalitetssäkrad vård. Användningen av fax för att överlämna dokumentation kommer att upphöra.

Resultat:

120 unika användare har loggat in i NPÖ under tidsperioden 190101 - 191130. Det innebär att all legitimerad personal använder funktionen.

På kvällstid och under natten är det många sökningar, på dagtid är det enstaka personer som använder NPÖ ofta.

Från 190101- 191130 har 2038 unika sökningar gjorts.

Med unik menas kombinationen personal och patient, vilket betyder att samma personal kan ha gjort flera sökningar på en och samma patient men det räknas som en (1).

Förbättringsförslag 2019:

Att legitimerad personal använder klassifikation av vårdåtgärder i alla journaler.

Att användningen av NPÖ för att erhålla underlag för fortsatt vård från annan vårdgivare blir ett självklart val.

8 Hantering av Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som finns lokalt inom en enhet/ett område tas emot och utreds av respektive enhetschef.

Klagomål och synpunkter som kommer från Patientnämnden, Socialstyrelsen, IVO, Inspektionen för vård och omsorg och/eller från patienter eller anhöriga tas emot och utreds av MAS.

MAS har efter utredning även delegation från Vård- och omsorgsnämnden att anmäla allvarliga händelser till IVO, Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria. Att anmäla allvarliga brister hos medicintekniska produkter till Läkemedelsverket har enhetschef för rehab delegation på, för produkter förskrivna av kommunens rehabiliteringspersonal. För övriga medicintekniska produkter ansvarar verksamhetschefen för hälso- och sjukvård för anmälan.

9 Delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

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

Sedan 2016 används en webbaserad utbildning, där genomgången korrekt utförd utbildning genererar ett diplom, som ligger till underlag för den legitimerade i dennes beslut om det finns en kompetens för arbetsuppgiften som skall delegeras.

Samtliga sjuksköterskor hade möjlighet att vid ett av fyra tillfällen få en genomgång med medicinskt ansvarig sjuksköterska om vad som är aktuellt gällande delegeringar inför sommaren.

10 Undvikbar slutenvård

Akuta oplanerade transporter är en mätning som sedan 2014 genomförs av varje kommun i Skaraborg under en bestämd mätperiod varje vår. Mätningen var 190128- 190324.

Det är medicinskt ansvariga sjuksköterskor som har startat upp och återkommande genomför mätningen med hjälp av sjuksköterskorna i varje kommun.

Mätningen omfattar alla patienter med kommunal hälso- och sjukvård, oberoende av om de tillhör äldreomsorg, funktionsnedsättning eller socialpsykiatri.

I anslutning till en akut händelse beslutas att patienten behöver åka akut till sjukhusets akutmottagning. Patienter med remiss för t.ex. röntgen eller patienter med öppen retur omfattas inte av mätningen.

Resultat:

I Skaraborg har 3 % av kommuninvånare kommunal hälso- och sjukvård (7902 st.). Av dessa gjorde 8 % eller vid 635 tillfällen en oplanerad akut transport till sjukhus under mätperioden.

De fördelades på följande sätt:

30 %, dvs. 192 transporter från äldreboende, SoL

57 %, dvs. 364 transporter från ordinärt boende

9 %, dvs. 58 transporter från korttid, SoL

3 %, dvs. 21 transporter från gruppboende

Det är liknande siffror för Lidköping, däremot är det skillnader mellan de olika vårdcentralerna.

Resultat:

Lidköpings resultat

Totalen

- 396 vårddyggn på 134 transporter ger ett snitt på 3 vårddyggn per patient.
- 10 % av alla var läkarbedömda – 2018 var det 22 %.

- 51 % kommer från hemsjukvården
- 9 % har hemsjukvårdsläkare
- 16 % har en medicinsk vårdplan

- På vardagar 7-17.00 har 42 % åkt in, det var 68 % 2018
- 2,8 vårddyggn i snitt på de som åkte in på vardagar
- 14 % var läkarbedömda av de som åkte in på vardagar, 10 % totalt sett
- 44 % har åkt in på kvällstid

- Vårdbegäran har skickats för 88 %
- BViS har använts i bedömningen i 11 %.
- Symtom från hjärta, kärl, immunsystem eller andning är orsak i 40 %.

Varje vårdcentral har fått en muntlig och skriftlig rapportering av hur deras resultat ser ut.

Analys:

Fler oplanerade transporter, 134 mot 101 år 2018. Av de som åker in akut har få en hemsjukvårdsläkare eller en medicinsk vårdplan eller är läkarbedömda.

Bedömningsinstrumentet BViS har använts i liten omfattning, främst på kvällstid och på natten.

Samarbetet mellan kommunens sjuksköterska och läkaren i primärvården är avgörande för bedömning av rätt vårdnivå. Att ge patienten en planerad vård kan förhindra akuta transporter. Även vid en akut situation kan det vara av stor vikt att sjuksköterskan tillsammans med läkaren från primärvården planerar och åtgärdar akuta symtom, ev. skriver remiss för röntgen eller annan bedömning på sjukhuset istället för att direkt skicka patienten.

Majoriteten av transporterna till sjukhus har varit befogade och nödvändiga för patienten.

Förbättringsförslag 2020:

Att bedömningsinstrumentet BViS alltid används för bedömning av akuta tillstånd.

Att det finns en fast läkarkontakt för alla med kommunal hälso- och sjukvård.

Att det finns möjlighet till en snabb direktkontakt mellan sjuksköterska och läkare på vårdcentralen i akuta situationer.

11. Samverkan

Framtidens vårdinformations miljö, FVM.

Samverkan har skett mellan Västkom, Västra götaland regionen, Cerner och kommunerna i Västra götaland angående möjligheten för kommunerna att ansluta sig till det verksamhetssystem som Västra götaland regionen har upphandlat av Cerner. Kommunens kontaktpersoner har aktivt deltagit i arbetsgrupper inom kommunen och i V6-kommunerna för att bedöma och beräkna de nyttor och kostnader som gäller för varje kommun, för att ett beslutsunderlag ska finnas för det politiska beslut som skall fattas senast 2020-03-31.

Övriga samverkansparter

- Patientnämnden
- Närhälsan
- Hamnstadens vårdcentral
- Apoteken
- Centrum för läkemedelsnära produkter inom Västra Götalandsregionen. Innefattar diabetes, inkontinens, särskilda näringsprodukter och stomi.
- Reformerat tandvårdsstöd till äldre och funktionshindrade Tandvårdsenheten Västra Götalandsregionen
- Kommunalförbundet Skaraborgs möten för medicinskt ansvariga sjuksköterskor
- Trepartsgrupp, psykiatri

12. Informationssäkerhet

Att information hanteras säkert är ett krav som har skärpts upp genom GDPR, den nya dataskyddslagen.

Det innebär att information som är viktig för verksamheten identifieras och får lämpligt skydd genom tekniska och administrativa åtgärder.

- Att behörighetstilldelning för olika yrken finns dokumenterat.
- Att säker inloggning med E-legitimation kommer att krävas istället för SITS-kort när användningen av NPÖ och liknande system för informationsöverföring mellan vårdgivare kommer att öka.
- Att regelbunden slumpartad loggranskning sker.
- Att inträde i alla läkemedelsförråd loggas.
- Att endast behöriga (legitimerade) har nyckel/tagg till legitimerades expeditioner.

- Att väskor och/eller mappar används vid transport av journalhandlingar, såsom signeringslistor, läkemedelslistor och blodprover.

NIS-direktivet som EU har antagit syftar till att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem inom den europeiska unionen. Den 1 augusti 2018 trädde en ny lagstiftning i kraft, som implementerar direktivet i Sverige, och flera av områdena inom direktivet berör verksamheter inom kommuner, landsting och regioner. De verksamheter som berörs är Energi, Transport, Hälsa- och sjukvård, Dricksvatten och Digital infrastruktur.

Hälsa- och sjukvård

1 § Med samhällsviktiga tjänster rörande hälsa- och sjukvård där incidenter skulle medföra en betydande störning vid tillhandahållandet av tjänsten avses

1. hälsa- och sjukvård som bedrivs av en vårdgivare och som omfattas av hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125) eller detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel,

a) där antalet anställd legitimerad vårdpersonal eller på annat sätt anlita legitimerad vårdpersonal överstiger 50 årsarbetskrafter, eller

b) där minst 20 000 expedieringar av receptbelagda läkemedel utförs per år.