



**STORFORS
KOMMUN**

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

STORFORS KOMMUN

2017

2018-02-26
Hans-Bertil Hermansson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Måluppfyllelse 2017	7
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	8
Informationssäkerhet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Fall	9
Externa avvikelser	10
Klagomål och synpunkter	10
Missförhållande	10
Samverkan med patienter och närstående	11
Sammanställning och analys	11
Övergripande mål och strategi för kommande år	11



SAMMANFATTNING

Storfors kommun har som mål en hög patientsäkerhet där kunden kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och vårdpersonalen arbetar för att minska vårdskador. Vårdgivaren ska underlätta för kund och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dem att inkomma med synpunkter. Ansvaret för patientsäkerheten är fördelat mellan kommunstyrelsen, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschef samt hälso- och sjukvårdspersonal.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt på varje enhet. Avvikelser och risker finns med som en punkt på arbetsplatsträffar. Revidering av riktlinjer och rutiner har skett kontinuerligt både i samverkan mellan landsting- kommun, kommuner emellan och inom den egna kommunen. Uppföljning av verksamheten har skett genom egenkontroller, granskningar av verksamheten och jämförelser av tidigare års resultat

Åtgärder för att öka patientsäkerheten har bland annat skett inom områdena läkemedel, palliativ vård, kommunikation – SBAR en strukturerad kommunikationsmodell. Ett gemensamt system för systematisk kvalitetsarbete – Ensolution håller på att byggas upp.

Egenkontroll har skett genom granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation två gånger under året. Kundens delaktighet i vården och inhämtat samtycke från kund har följts upp.

Samverkan för att förebygga vårdskador har skett internt via tvärprofessionella team som har deltagit på vårdtagarmöten samt externt via samverkansgrupper och avtal.

Risikanalys har bland annat gjorts inför förändring av rehabiliterings – och sjuksköterskeorganisationen.

Informationssäkerhetsarbetet har bland annat bedrivits i form av revision av riktlinjer och rutiner

Feldelning i dosett och kvarglömda doser är de vanligast förekommande avvikelserna. Falltillbud ligger fortfarande på en hög nivå. En Lex Maria anmälan har skickats till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Få fallskador är rapporterade. Totalt har 14 klagomål/synpunkter och rapporter om missförhållande inkommit. Ingen Lex Sarah har skickats till IVO.

Samverkan med patienter och närstående har skett vid inskrivning i hemsjukvården. Blankett för klagomål och synpunkter överlämnas till vårdtagare och/eller närstående. Vid Lex Maria ärende ges alltid möjlighet för vårdtagare och/eller närstående att lämna synpunkter.

Mål för 2018

Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal och en validerad smärtskattning 2018

Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska i jämförelse med 2017

Alla enheter registrerar i demensregistret- BPSD 2018.

Förbättra följsamheten till de basala hygienrutinerna jämförts med tidigare mätningar



ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

Storfors kommun har som mål en hög kvalitet där kunden kan känna sig trygg och säker i kontakten med verksamheten och personalen. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ger vårdgivaren ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och på så sätt förebygga vårdskador samt bedriva verksamhet med hög kvalitet.

Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som skulle kunna inträffa och som medför brister i patientsäkerhet och vårdkvaliteten samt utföra egenkontroller som krävs för att säkra patientsäkerheten och vårdkvaliteten. Vidare ska verksamheten utreda händelser som kan påverka patientsäkerheten och vårdkvaliteten negativt och informera kunden snarast om vilka åtgärder man tänker vidta för att förhindra att liknande händelser ska inträffa igen.

Verksamheten ska underlätta för kund och närstående att delta i kvalitetsarbetet genom att uppmuntra dem till att inkomma med synpunkter.

ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET 2017

Varje medarbetare ska ges förutsättningar att kunna utföra sitt arbete på ett sådant sätt att god och säker vård kan ges. Vårdgivaren ska enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9) planera, leda, kontrollera, följa upp utvärdera och förbättra verksamheten.

Kommunstyrelsens ansvar

Kommunstyrelsen har det yttersta ansvaret för verksamheten. Kommunstyrelsen fastställer övergripande mål för kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följer upp verksamheten och utvärderar målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med kommunstyrelsen direktiv och gällande lagstiftning. Rapporterar till kommunstyrelsen.

MAS ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att kunden ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAS upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp, utveckla och utöva tillsyn över hälso- och sjukvården.

MAS samverkar med verksamhetschef i hälso- och sjukvårdsfrågor samt rapporterar direkt till kommunstyrelsens vård och omsorgsutskott i hälso- och sjukvårdsärenden.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att göra alla medarbetare delaktiga i kvalitetsarbetet. Enhetschefen leder och utvecklar sin enhet och tillser att gällande riktlinjer och rutiner är kända och efterföljs av medarbetaren. Enhetschefen rapporterar till verksamhetschef.



Personalens ansvar

Personalen ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet. Personalen ansvarar för att följa gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera avvikelser till enhetschef/legitimerad personal. Personalen har olika ansvarområden så som inkontinensombud, hygienombud. Målet med ombud är ett extra engagemang och en fördjupad kunskap inom området för att kunna sprida det till sina kollegor.

STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING

Risکانالys utförs fortlöpande då verksamheten bedömer om det finns risk för att händelser kan inträffa vilka kan leda till brister i patientsäkerhet och vårdkvalitet. Ansvarig för riskanalysarbetet är enhetschef. MAS sammanställer riskanalysarbetet en gång per år och redovisar till verksamheten och kommunstyrelsens vård och omsorgsutskott.

Egenkontroll utförs i den frekvens och omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna säkra kvalitet och patientsäkerhet. Ansvarig för egenkontrollen är antingen MAS eller enhetschef. MAS sammanställer egenkontrollarbetet en gång per år och redovisar till verksamheten och kommunstyrelsens vård och omsorgsutskott.

Varje vårdskada/risk för vårdskada ska utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Ansvarig för analys och åtgärd är enhetschef som avslutar händelsen eller skickar händelsen vidare till MAS för fortsatt utredning. MAS utreder händelsen ytterligare.

Händelser som bedömts som allvarlig vårdskada anmäls till inspektionen för vård och omsorg (IVO) av MAS och rapporteras kommunstyrelsens vård och omsorgsutskott. MAS sammanställer vårdskada/risk för vårdskada varje tertiäl och redovisar till verksamheten och kommunstyrelsens vård och omsorgsutskott.

Varje synpunkt/klagomål ska utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Ansvarig för utredning av synpunkter/klagomål är enhetschef. MAS sammanställer synpunkter/klagomål varje tertiäl och redovisar till verksamheten och kommunstyrelsens vård och omsorgsutskott.

På ledningsnivå följs sammanställningarna upp tertiälvis och beslutade åtgärder utvärderas. Sammanställningarna diskuteras för att identifiera trender och mönster som indikerar brister i kvaliteten. I de fall sammanställningen/analysen visar att förbättrande åtgärder behöver göras för att säkerställa kvaliteten justeras processer och rutiner i samverkan med medarbetarna.

En årlig sammanställning av patientsäkerhetsarbetet redovisas till verksamheten och kommunstyrelsens vård och omsorgsutskott i form av patientsäkerhetsberättelse.

HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET

Vårdgivaren ska senast den 1 mars årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år



2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. Vilka resultat som uppnåtts

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt på varje enhet. Avvikelser och risker finns med som en punkt på arbetsplatsträffar. Uppföljning av riktlinjer och rutiner har kontinuerligt skett både i samverkan mellan landsting- kommun, kommuner emellan och inom egna kommunen.

Läkemedel. Genomförande av systematiska läkemedelsgenomgångar i samverkan med Storfors vårdcentral samt inspektion av läkemedelsförråd och kontroll av läkemedelshanteringen tillsammans med apotek har skett under året. Fortsatt arbete med att minska läkemedelsavvikelserna pågår. Undersköterskor har, via webutbildning, utbildats inom diabetesområdet.

Individens behov i centrum (IBIC). Införande och utveckling av arbetssättet har skett under året. Målet är att vården blir individuellt anpassat för varje person.

Inkontinensvård. Fortsatt praktiskt arbete kring inkontinensvård på enheterna har skett under året. Inkontinensombud samt ansvariga sjuksköterskor för inkontinens har utsetts och rutiner har uppdaterats.

Kvalitetsledningssystem Ensolution. Ett datastöd för systematiskt kvalitetsarbete har införts in under året. Utbildning av enhetschefer har skett och introduktion för övriga medarbetare har startats upp.

Lyftkörkort. Medarbetarna har utbildats i att hantera olika typer av lyfthjälpmiddel under året. Kontinuerlig utbildning har skett i ”modern lyftteknik” där målet är att vården av personer ska ske på det mest skonsamma sättet.

Nationella kvalitetsregister. Fortsatt arbete med och registrering i de nationella kvalitetsregistren; Senior Alert, Palliativa registret och BPSD-registret har skett. Implementering av ROAG – munbedömningsinstrument i kombination med Senior Alert har pågått. Ombud har deltagit i regionala utbildningar.

Palliativ vård. Storfors har startat upp ett arbete att skapa ett vårdprogram utifrån nationella riktlinjen ”palliativ vård i livets slutskede”. Ett regionalt nätverk har startats upp i Värmland där två sjuksköterskor deltar som i sin tur kommer att utbilda medarbetarna i palliativ vård.

Verksamhetssystem Pulsen Combine. En fortsatt implementering och utbildning i verksamhetssystemet har skett under året. Rutiner har uppdaterats för att stämma med det nya verksamhetssystemet.

Vårdhygien. En regional samverkan mellan Smittskydd och Värmlands kommuner har pågått under året. Två sjuksköterskor har utbildats inom vårdhygienområdet och ett arbete pågår att



tydliggöra vårdhygienens roll i vårdarbetet. Ett arbete med att införa hygienronder i verksamheten har startats upp. Rutiner har uppdaterats och förankrats ute på enheterna.

SBAR- situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation. SBAR är en strukturerad kommunikationsmodell för att öka patientsäkerheten vid akuta situationer. Två sjuksköterskor har utbildats i SBAR och har startat upp utbildning för övriga medarbetare.

Övriga utbildningsinsatser. Sjuksköterskor har deltagit i ett antal fortbildningsdagar i ämnen som smärta, palliativ vård och äldre och läkemedel. Omvårdnadspersonal har fått utbildning i BT-mätning och benledning för att stärka kunskapen i delegerade arbetsuppgifter.

MÅLUPPFYLLELSE 2017

Övergripande mål och strategier 2017

- *Demensregistret – BPSD.* Ökad användning av inom alla verksamheter jämfört med 2016
Resultat: Endast en enhet registrerar i demensregistret.
- *Senior alert - förebyggande arbetssätt.* 80 % av personer med risk undernäring/fall/trycksår får minst 1 förebyggande åtgärd.
Resultat: Registrering har skett på två av enheterna medan registreringar saknas på två enheter. På de enheter som registrerar har alla kunder med risk fått minst en förebyggande åtgärd
- *Palliativa registret:* Förbättra användningen av validerad smärtskattning samt att fler personer i livets slutskede får ett/erbjuds ett brytpunktssamtal jämfört med 2016
Resultat: en förbättring ses inom bägge områden. 76% av registrerade har fått/erbjudits ett brytpunktssamtal och 37% av registrerade har fått sin smärta värderad genom validerat smärtskattningssinstrument.
- Förbättra följsamheten till de *basala hygienrutinerna* jämförts med tidigare mätningar
Resultat: Ingen registrering är gjord under 2017.

UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL

Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation har skett två gånger under året. Kundens delaktighet i vården och inhämtat samtycke från kund har följts upp. Få noteringar om kundens delaktighet och önskemål finns dokumenterade. Det finns heller ingen dokumentation om huruvida kunden blivit tillfrågad att komma med önskemål. Vidare finns samtycke till att läsa landstingets journaler dokumenterat i samtliga granskade journaler. Däremot samtycke till informationsöverföring, vilket i de flesta fall kan behövas vid utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser, fanns inte dokumenterat i någon journal. En diskussion om hur verksamheten ska synliggöra kundens delaktighet och önskemål och inhämta samtycke från kund bör startas upp för att tillgodose kunden integritet och bibehålla hög patientsäkerhet.



Uppföljning av den kommunala läkemedelshanteringen tillsammans med apotekare har skett under året. Generellt god ordning i förråd och rutiner. Däremot behöver verksamheten uppdatera rutinen hur nycklar till läkemedelsskåp. En nulägesbeskrivning av läkemedel på särskilt boende har skett under året. Förbrukningen av lugnande och sömnmedel minskar Storfors. Däremot är fortfarande användningen av medel mot förstoppning hög i förhållande till andra värmlandskommuner.

SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR

Samverkansmöten har ägt rum mellan kommunen och vårdcentralen, mellan kommunen och Karlskoga lasarett samt mellan kommunen och landstinget i Värmland (LIV). På dessa regelbundna samverkansmöten har man informerat varandra om förändringar i respektive verksamheter samt analyserat och följt upp avvikelser i syfte att förebygga vårdskador. Utifrån nya lagen om samverkan vid utskrivningsklar från slutenvården har en överenskommelse mellan LIV och samtliga kommuner i Värmland slutits. Via gemensam vårdplaneringsgrupp har en riktlinje skapats och tillsammans med vårdcentralen i Storfors har lokala rutiner för samverkan arbetats fram.

Kommunen och smittskydd (LIV) har samverkat och samverkansmöten sker regelbundet där MAS och två sjuksköterskor deltar. Inom palliativ vård har palliativa ombud från kommuner och LIV skapats som regelbundet träffas i nätverk. Samverkansavtal avseende sjukvårdsmaterial och särskilda näringsprodukter har uppdaterats under året. Utifrån ny läkemedelsförfattning från socialstyrelsen samverkar LIV och kommunerna i framtagandet av riktlinje kring läkemedelshantering. Kommunerna har gemensamt samverkat i att ta fram och uppdatera riktlinjer i MAS/MAR –grupp.

Regelbundna samverkansträffar har skett mellan kommunen och lokalt apotek samt folktandvården. Överenskommelser finns som uppdateras årligen.

RISKANALYS

Risker har fångats upp på arbetsplatsträff och vårdtagarmöten. Riskanalys enligt ”Säkrare vård och omsorg” (SKL) används. Åtgärder har följts upp.

De större riskanalyser som utförts 2017 har varit

- Omorganisering av sjuksköterskeverksamheten
- Införandet av nytt kvalitetsledningssystem Ensolution
- Läkemedelshanteringsprocessen

INFORMATIONSSÄKERHET

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för IT-säkerheten i kommunen. Enligt Storfors kommuns skriftliga rutiner för kort (SITS-kort) och certifikatutgivning (HSA) samt Registration Authority Practic Statement (Raps) skall det årligen genomföras en internkontroll, där man kontrollerar att utfärdandet sker under angivna former i enighet med de



framtagna skriftliga rutinerna. Revision har skett under 2017. En kontinuitetsplanen som ska beskriva hur organisationen hanterar avbrott i SITHS och HSA för att säkerställa att viktiga funktioner återställs inom rimlig har tagits fram.

Samtycke från kund till informationsöverföring finns beskrivet i rutin och dokumenteras i omvårdnadsjournal. Samtycke ges till informationsöverföring (kontakt med vårdcentral, samordnad vårdplanering mm.), sammanhållen journalföring (NPÖ) och information till närstående.

Kontroll av behörigheter har skett kontinuerligt via Enera (HSA och HOSP)

Rutin för Loggranskning håller på att tas fram utifrån Nya verksamhetssystemet Pulsen Combine.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET

Totalt har 45 avvikelser inom hälso- och sjukvården registrerats under året. Del två vanligaste läkemedelsavvikelserna är kvarglömda doser och fel i dosetter. Övriga avvikelser inom hälso- och sjukvården är felaktig eller fördröjd dokumentation. Även utebliven instruktion/information mellan medarbetar förekommer som avvikelser och kan påverka hälso- och sjukvårdsarbetet. En Lex Maria anmälan avseende fördröjd vård/ behandling har skickats till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Alla avvikelser hanteras inom respektive enhet.

Läkemedelsavvikelser/ övriga avvikelser enligt Hälso- och sjukvård

Avvikelser enl HSL	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Läkemedelsavvikelse	102	101	99	96	99	64	35	44	16
Trycksår				1	0	0	2	0	0
Övrig avvikelse	5	6	11	7	9	16	29	20	29
TOTALT	122	107	110	104	108	80	66	64	45

FALL

Falltillbud. En händelse då en person oavsiktligt och plötsligt hamnar på golvet eller marken. Fallet har inte gett upphov till skada.

Fallskada. En händelse då en person oavsiktligt och plötsligt hamnar på golvet eller marken. Fallet har gett upphov till skador på vävnad ex. blåmärke, skrubbsår, öppet sår vrickning, stukning eller fraktur

282 falltillbud och 5 fallskador har registrerats under året. Skadorna som registrerats har varit frakturer och sår. En minskning av fallskador kan troligen bero på att skador som övergående smärta och blåmärken inte registrerats som fallskada utan som falltillbud. Falltillbud hanteras på teammöten. De enheter som hanterar Senior Alert- registret har arbetat med falltillbud i registret.



Fall

Fall	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Falltillbud	264	260	208	201	232	287	438	299	282
Fallskada	78	133	77	74	65	61	79	11	5
TOTALT	342	393	285	275	297	348	517	310	287

EXTERNA AVVIKELSER

Åtta avvikelser är skickade till landstinget under året. De berör framför allt aktuella läkemedelslistor som inte skickats med hem. En avvikelse har inkommit till kommunen från landstinget och berör bristande rapportering när en kund las in på sjukhus.

Avvikelser mot externa utförare

Externa avvikelser	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sjukhus	3	12	8	5	10	5	3	4	9
Apotek	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Ambulans	0	0	0	2	0	1	0	0	0
TOTALT	3	12	8	7	11	6	3	4	9

KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Av totalt 8 inkomna klagomål/synpunkter under året berör 3 av dem inflytandet över sin vård och omsorg. Alla klagomål/synpunkter har hanterats inom verksamheten och har återkopplats till den som skickat klagomålet.

Troligen finns ett mörktal då personalen ofta löser problemet direkt och klagomålet synpunkten blir inte dokumenterat.

Klagomål och synpunkter

Klagomål synpunkter	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTALT	5	4	9	10	14	12	14	3	8

MISSFÖRHÅLLANDE ENLIGT SOL/LSS

Avvikelser avseende missförhållande har berört säkerhet/trygghet och bemötandeproblematik. Totalt har 6 avvikelser rapporterats. ingen lex Sarah anmälan har gjorts under året.

Missförhållande

Missförhållande	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTALT		0	6	7	17	8	7	3	6



SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE

Information och dialog om patientsäkerhet har förts vid inflyttning på särskilt boende samt inför att beslut ska verkställas inom LSS och hemtjänst. Information har getts om de nationella kvalitetsregistren och blankett för klagomål/synpunkter överlämnats till kund och/eller närstående/legal företrädare.

SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS

På ledningsnivå har sammanställningar och resultat följts upp och diskuterats för att identifiera trender och mönster som indikerar brister i kvaliteten. I de fall sammanställningen/analysen har visat att förbättrande åtgärder behöver göras för att säkerställa kvaliteten har processer och rutiner justerats i samverkan med medarbetarna.

Nya eller justerade processer och rutiner 2017:

- Justering av rutiner för vårdhygien
- Justering av rutinen läkemedelshantering
- Justering av rutin för mottagningsteam
- Upprättande av rutin kring samverkan vid utskrivning från slutenvården
- Upprättande av handlingsplan för inkontinens

ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR 2018

Mål

Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit brytpunktssamtal och en validerad smärtskattning 2018.

Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska i jämförelse med 2017.

Alla enheter registrerar i demensregistret- BPSD 2018.

Förbättra följsamheten till de basala hygienrutinerna jämförts med tidigare mätningar.

Prioriterade områden/ strategier 2018

Läkemedelshantering

Palliativ vård

Egenvårdsbegreppet