



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-04

Inger Söderberg, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Definitioner och förkortningar	3
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	12
Riskanalys.....	12
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	13
RESULTAT OCH ANALYS	14
Egenkontroll	14
Klagomål och synpunkter.....	17
Händelser och vårdskador.....	17
Riskanalys.....	17
Övriga resultat.....	17
Mål och strategier för kommande år	18

Sammanfattning

Mål

God vård i livets slut

God läkemedelshantering

God hygienisk standard

Säker dokumentation

Säker läkemedelshantering

Utveckla avvikelshantering

Förbättrad intern och extern samverkan

Viktigaste åtgärderna som vidtagits: Diskuterat hur ökad smärtskattning och munhälsobedömningar sista veckan i livet ska ske. För att upprätthålla god hygienisk standard har hygienronder och egenkontroller genomförts. För förbättrade diabetiskunskaper har webbutbildningen "Vård av äldre med diabetes" införts vid insulindelegering. Kommunens arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och rehabassistenter har utbildat omvårdnadspersonalen i förflyttningskunskap. Rutiner för hjälpmedelshantering har arbetats fram.

De viktigaste resultaten som uppnåtts: Ökat inregistreringarna i Palliativa registret. Sjuksköterskorna upplever att det finns en ökad medvetenhet hos omvårdnadspersonalen om att rapportera strukturerat.

En blick framåt

Ökad användning av NPÖ, nationell patientöversikt, en sammanhållen journal där anslutna vårdgivare får möjlighet att ta del av patientinformation efter samtycke från patienten.

Utveckla avvikelshantering i syfte att se mönster och vidta verksamhetsövergripande förebyggande åtgärder.

Definitioner och förkortningar

- HSL: Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- SFS: Svensk författningssamling
- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- SOSFS: Socialstyrelsens författningssamling
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- HSLF-FS 2017:40 Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete
- HSLF-FS 2016:40 Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- MAS: Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Mål att det ska vara god vård i livets slut och strategin är att arbeta med resultatet i palliativa registret, antal inregistreringar, smärtskattning. Målet har funnits i flera år och det behövs fortfarande. Mål god läkemedelshantering, strategi att förbättra samverkan med läkaren om vad en läkemedelsgenomgång, LMG, ska innehålla. Resultaten över antal LMG från tidigare år visar att antalet LMG kan bli bättre. Mål god hygienisk standard, strategi självskattning hur personalen tycker att det följer basala hygienrutiner. Mål - säker dokumentation, där strategin var att genomföra kollegial journalgranskning för att få en större granskning som även inkluderar ett kollegialt lärande utifrån att tidigare års resultat varit en liten journalgranskning. Mål - säker läkemedelshantering, där strategin varit att rutinen för delegering ska revideras och insulindelegeringen förbättras med webbutbildning "Vård av äldre med diabetes". Mål - utveckla avvikelshantering, med strategin att sammanställa avvikelserna på en övergripande nivå för att kunna se mönster eller trender och ge ett lärande i hela verksamheten. Mål - förbättrad intern och extern samverkan, med strategin om ett ökat teamarbete mellan enhetschef och legitimerad personal. Extern samverkan med fortsatt samverkan på olika nivåer mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård för att utveckla och få en bättre hälso- och sjukvård.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Enligt ledningssystemet för systematiskt förbättringsarbete är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till hög patientsäkerhet. Personalen ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare ingår det att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Socialnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård (HSL) och socialtjänsten och för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär till exempel att Socialnämnden ska;

- Fastställa övergripande mål för kvalitetsarbetet, samt kontinuerligt följa upp och utvärdera dessa mål
- Se till att verksamheten ges resurser så att förutsättning finns för måluppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Legitimerad sjuksköterska med ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas inom verksamheten. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. Vidare ska MAS se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare. Ansvaret avser den vård och behandling som patienten ges samt de krav som ställs på bland annat läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador.

Enhetschefens ansvar

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till hög patientsäkerhet.

Läkarkontakt

Läkare ingår inte i den kommunala hälso- och sjukvården. Regionens läkare har inte något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Distriktsläkare har ställning som konsult i förhållande till kommunen. Deras ansvar gentemot den boende består av ett övergripande ansvar för vård och behandling. Alla i särskilt boende har en patientansvarig läkare som kommer till boendet för samverkan med sjuksköterskan samt gör hembesök vid behov.

Hemsjukvård i ordinärt boende har läkare som regelbundet kommer och samverkar med hemsjukvårdens sjuksköterskor samt gör hembesök vid behov.

Sjuksköterskan kontaktar vid behov läkare på hälsocentralen dagtid. Kvällar, nätter och helger kontaktas jourläkarcentralen i Sandviken. Brukaren skickas till sjukhus efter konsultation med läkare, när läkaren inte finns tillgänglig och tillståndet kräver läkarvård. Vid tillstånd som inte kräver omedelbar läkarkontakt sätts brukaren upp till nästa läkarkonsultation.

Stödfunktioner

Kommunen har avtal med Vårdhygien, region Gävleborg. Två gånger årligen träffar länets MAS hygiensjuksköterskor och smittskyddsläkare. Hofors kommun har tillgång till hygiensjuksköterska 4 dagar per år. Under dessa dagar genomförs hygienronder och utbildningar.

Ledningen har även tillgång till resurser från Smittskyddsenheten på Region- en och från Strama (ett frivilligt nätverk med syftet att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier till och inom Sverige).

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd. Årligen träffas länets MAS och representanter för Patientnämnden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbete är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Formerna för hur sam- verkan regleras beskrivs i samverkansdokument.

- Socialnämnden tecknar årligen avtal med primärvården om läkar- medverkan på särskilda boenden och i hemsjukvård.
- Avtal om hemsjukvård mellan länets kommuner och region Gävle- borg.

-
- Rehabenheten samverkar med regionen och Hjälpmedel SAM, framförallt i hjälpmedelsfrågor.
 - Lifecare SVP/SIP, ett informations/kommunikationsverktyg för personer som är utskrivningsklar från slutenvården i regionen används. Länsgemensam överenskommelse finns.
 - Vårdenhetschef från primärvården samt kommunens verksamhetschefer, enhetschef för sjuksköterske- och rehabteamet, enhetschef för hemtjänsten och medicinskt ansvarig sjuksköterska, träffas varje kvartal och samverkar kring gemensamma frågor.
 - Avtal med Vårdhygien och regelbundna träffar med länets MAS, hygiensjuksköterska och smittskyddsläkare.
 - Avtal med Patientnämnden tecknas årligen och representanter träffar länets MAS:ar årligen.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns på varje enhet. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har ansvar för flera enheter.

Sjuksköterska finns tillgänglig på telefon dygnet runt.

Samordnad individuell plan, SIP, görs vid behov vid utskrivning från slutenvård, ankomst till korttidsplats, inskrivning i hemsjukvård i samarbete med primärvården.

Vid inskrivning i hemsjukvård får patienten en pärm med kontaktuppgifter till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Vid utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål medverkar vid vissa tillfällen patient och/eller deras närstående.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

En avvikelse är när det inte blir som det var tänkt och detta får eller hade kunnat få negativa konsekvenser för våra brukare. Att allt inte alltid blir som det var tänkt är naturligt men det är viktigt att alla avvikelser dokumenteras. Det är för att vi ska kunna lära oss av erfarenheterna och minska risken att liknande händelser inträffar igen. Det finns rutiner och processer för rapportering och utredning av avvikelser och synpunkter och klagomål.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal som utför uppgift på delegation är skyldig att rapportera avvikelser som rör hälso- och sjukvård.

En avvikelsemodul i verksamhetssystemet Treserva används, vilken möjliggör ett enklare sätt för personalen att registrera avvikelser.

Modulen möjliggör enkel och snabb sammanställning och analys av avvikelser och skapar därmed bättre förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete inom området.

Enhetschef ansvarar, i samarbete med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, för att analysera avvikelser. Avvikelser ska tas upp i personalgruppen för att få ett lärande i verksamheten. Förändringar föreslås som ska minska risken att händelsen inträffar igen.

Externa avvikelser skickas vidare av MAS som bevakar svar och återkopplar till den som skrivit avvikelsen.

Inkomna externa avvikelser utreds av ansvarig enhetschef och svar skickas vidare av MAS.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter, klagomål ger oss värdefull information och möjlighet att utveckla och förbättra verksamheten.

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och som har betydelse för patientsäkerheten tas emot av den personal som möter brukare eller anhöriga som har synpunkter. Personalen hänvisar till enhetschef eller annan lämplig person och erbjuder träff för att få synpunkterna och kunna utreda dessa.

Klagomål och synpunkter kan även lämnas via kommunens hemsida.

2019 har det inte inkommit några klagomål och synpunkter som rör den kommunala hälso- och sjukvården.

Patientnämnden

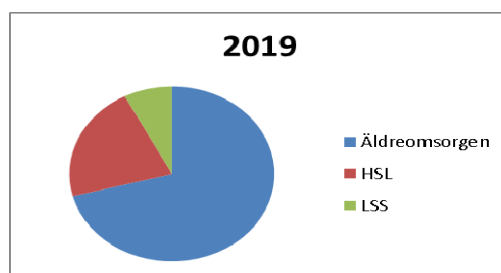
Under 2019 har inget ärende inkommit till Patientnämnden som rör Hofors kommun.

Egenkontroll

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

Avvikelser angående läkemedelshandling

Läkemedel



	2017	2018	2019
Äldreomsorgen	200	215	251
HSL	93	75	76
LSS	23	31	27
Totalt	316	321	354

Läkemedelsavvikelserna har ökat sedan året innan. Resultat läkemedelsavvikelse se 16.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar har registrerats:

Enheter:	2016	2017	2018	2019
Hantverkaren	16 av 27 brukare	12 av 27 brukare	27 av 27 brukare	14 av 27 brukare
Hesselgrenska	30 av 46 brukare	15 av 52 brukare	27 av 46 brukare	24 av 46 brukare
Persgården inkl korttids	21 av 44 brukare	9 av 44 brukare	15 av 32 Korttids ej inkl 2018	12 av 32 brukare Korttids ej inkl 2019
Spelmannen	22 av 38 brukare	25 av 38 brukare	23 av 38 brukare	19 av 38 brukare
LSS/ Psyk	LSS 9 av 30 brukare Psyk 0 av 9 brukare	LSS 7 av 31 brukare Psyk 3 av 10 brukare	LSS 15 av 32 Psyk 0 av 10 brukare LMG Psyk görs av psykiatrin	LSS 10 av 30 brukare Psyk 3 av 10 brukare
Hemsjukvården	36 av 74 brukare	27 av 89 brukare	29 av 80	39 av 88 brukare
Totalt:	134	98	136	124

Resultat läkemedelsgenomgångar se 16.1.

Svenska palliativregistret

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning. Socialnämnden har under 2019 registrerat 54 avlidna i registret, av totalt 118 avlidna i kommunen.

Mål	Målvärde	Hofors 2016	Hofors 2017	Hofors 2018	Hofors 2019
Öka andelen personer, med behov av palliativ vård i livets slutskede, som smärtskattas sista levnadsveckan	100 % av alla döende	22 %	36 %	40,7 %	35,2 %
Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få munhälsobedömning sista levnadsveckan	90 % av alla döende	69 %	82 %	48,1 %	50 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %			88,9 %	83,4 %

Resultat palliativa registret se 16.1.

Demensvård

Registrering i BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

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.

Registret kan med hjälp av struktur i vårdarbetet minska BPSD och kan bidra till:

- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad vård
- Gemensamt språk för personalen
- Tydliga mål
- Teamarbete
- Verksamhetsutveckling
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Vårdtyngdsmätning

Socialnämnden har registrerat i BPSD sedan 2013. I dagsläget är 9 enheter anslutna till registret. Under 2019 har 20 registreringar gjorts, vilket är en stor minskning från föregående år då 45 registreringar gjordes.

All personal på demensenheterna har gått utbildning i BPSD, personalen på särskilt boende har fått information. BPSD administratörer finns på varje demensavdelning.

Munhälsa

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende ska sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper enligt rutin för riskbedömning som är framtagen 2019.

ROAG = Revised Oral Assessment Guide.

Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att personalen är med vid den årliga munhälsobedömningen, som brukaren enligt lag har rätt till, för att få information om hur munhålan skall skötas.

Personalen skall ges möjlighet att delta i den utbildning som utföraren av munhälsobedömningar ger.

Resultat munhälsa se 16.1.

Vårdhygien/smittskydd

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning utgör ett problem inom kommunal vård och omsorg, liksom i övrig hälso- och sjukvård. Kontakterna mellan olika vårdaktörer är många och kan innebära risk för smittspridning. Vårdhygienens övergripande mål är att förhindra smittspridning mellan vårdtagare samt mellan personal och vårdtagare. Vårdarbetet måste bedrivas på ett sådant sätt att smittspridning inte sker från vare sig infekterade personer eller från de friska smittbärarna.

- Egenkontroll – vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg
- Hygienrond
- Utbildning för omvårdnadspersonal
- Hygienråd

Ovanstående aktiviteter har genomförts i verksamheten.

Inkontinens

Urininkontinens är vanligt förekommande bland äldre personer. Uppskattningsvis är 70-80 procent av de boende i särskilda boendeformer urininkontinenta. Svår urininkontinens är ofta en bidragande orsak till att äldre personer inte kan bo kvar hemma. Urininkontinens kan ha flera olika orsaker. Det kan handla om skador på de nerver som styr blåsfunktionen eller förändringar i blåsan, urinröret eller kringliggande organ. Hos kvinnor kan östrogenbristen ge symtom på urininkontinens och hos män kan det handla om prostataförstoring. Vidare kan besvär orsakas av förstoppning, av vissa läkemedel eller av infektioner. Nedsatt förmåga att tolka signaler eller svårigheter att kunna förflytta sig till toaletten kan orsaka urininkontinensliknande besvär. Resultat inkontinens se 16.1.

Kommunikation - SBAR utbildning

SBAR: Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation, är ett sätt att kommunicera strukturerat för att minska risken att information glöms bort eller misstolkas. I förlängningen är syftet att minska riskerna för vårdskador.

Resultat SBAR se 16.1.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

- Fördubblat registreringar i nationella kvalitetsregistren Svenska Palliativregistret, arbetat med resultatet
- Kommunens arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och rehabassistenter har utbildat omvårdnadspersonalen i förflyttningsskunskap
- Rutiner för hjälpmedelshanteringen har arbetats fram
- Samverkan med regionens primärvård
- Hygienronder har genomförts
- Under senare delen av 2019 har ett nytt journalsystem tagits i bruk. Implementering av den nya journalen kommer att pågå även under 2020
- För förbättrade diabetiskunskaper har webbutbildningen "Vård av äldre med diabetes" införts vid insulindelegering

Risikanalys

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

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.

Risikanalys i verksamheten har under året genomförts inför flytt av korttids. Det har varit till nytta att gemensamt med berörd personal prata om vad förändringen kan medföra genom att "vända på alla stenar".

Utredning av händelser - vårdskador

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

Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Denna regel kallas Lex Maria.

Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som 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.

En händelseanalys innehåller beskrivning av när händelsen inträffade, vad som hände, vilka konsekvenser händelsen fått, en analys och bedömning av bidragande/bakomliggande orsaker, vilka åtgärder – beslutade/vidtagna/planerade (vem/vilka ansvarar, tidsplan) som vidtagits samt uppföljning (vem/vilka ansvarar, tidsplan).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att efter en händelseanalys göra en bedömning om anmälan ska ske till IVO.

Lex Maria

Ingen Lex Maria anmälan har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg under 2019.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Den nationella patientöversikten gör det möjligt för legitimerad personal inom socialnämnden i Hofors kommun, att ta del av information som finns registrerad i en annan vårdgivares IT system. För att få tillgång till NPÖ, krävs speciell behörighet och utbildning. Utbildningen har genomförts under 2016. Kvalitetsaspekter för brukarna är att det blir en säker informationsöverföring mellan vårdgivare.

NPÖ har hittills inte använts pga tekniska problem, därför har ingen loggkontroll i NPÖ skett.

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Någon journalgranskning har inte genomförts under 2019 då verksamhets-systemet bytts ut, vilket medfört en stor förändring i sättet att dokumentera.

Loggkontroll Treserva

Loggkontroll genomförs varje månad och den har varit utan anmärkning.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Läkemedel

Målet att delegeringsrutinen ska revideras har nåtts under hösten.

Registrerade läkemedelsgenomgångar, LMG, har minskat något sedan föregående år. LMG har diskuterats med sjuksköterskorna på ett flertal möten.

Egenkontrollen för LMG som är gjord tillsammans med sjuksköterskorna visar att de anser att LMG inte sköts enligt den rutin som finns från regionen och även lokalt i kommunen. Planeingen inför LMG enligt länsgemensamma rutinen sker inte. Brukare eller anhörig erbjuds inte att vara med på LMG. Näransvarig/personal från enheten deltar inte. Brukare eller anhörig informeras heller inte om resultatet och uppföljning. Dessa problem har tagits upp vid samverkan tillsammans med hälsocentralens ledning. Målet med förbättrad samverkan med läkaren vad en läkemedelsgenomgång ska innehålla har inte nåtts.

Läkemedelsavvikelse se 16.2.

Palliativ vård

Socialnämnden har under 2019 registrerat 54 avlidna i palliativa registret, av totalt 118 avlidna i kommunen.

Mål	Målvärde	Hofors 2016	Hofors 2017	Hofors 2018	Hofors 2019
Öka andelen personer, med behov av palliativ vård i livets slutskede, som smärtskattas sista levnadsveckan	100 % av alla döende	22 %	36 %	40,7 %	35,2 %
Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få munhälsobedömning sista levnadsveckan	90 % av alla döende	69 %	82 %	48,1 %	50 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %			88,9 %	83,4 %

Målet att öka antalet inregistreringar i registret har nåtts då inregistreringen har fördubblats, men fortfarande är det bara 46 % av alla som avlider i kommunens verksamhet som registreras i palliativa registret.

Målen med att rapportera smärtskattning och munhälsobedömningen sista veckan i livet till palliativa registret har inte nåtts.

Vid arbete med resultatet i palliativa registret tillsammans med sjuksköterskorna diskuterades hur man ska öka bedömningarna av smärtskattning och munhälsobedömningar sista veckan i livet. Förslag från sjuksköterskorna var bland annat att göra bedömningarna i samband med att sjuksköterskan ger smärtstillande injektion, även att lära omvårdnadspersonalen att göra bedömningar.

Under 2019 har tre sjuksköterskor deltagit i Betaniastiftelsens utbildning "Symtom lindring i allmän palliativ vård", två sjuksköterskor och en undersköterska har deltagit i utbildning i allmän palliativ vård anordnad av regionens Palliativa teamet.

Egenkontrollen "Vård i livets slut/Palliativa registret" visar att alla yrkeskategorier inte är involverade i registreringen i Palliativa registret. På en enhet upplever omvårdnadspersonalen att de inte har tillräckliga kunskaper för att ge vård och omsorg i livets slut, de känner inte heller till de vanligaste symptomen och åtgärder. Den personal som har längre erfarenhet upplever att de har kunskaper.

Demensvård

Registreringarna i BPSD registret har minskat från föregående år. En enhet står för 16 av de 20 registreringarna. Nya enhetschefer på demensheterna ser att det behövs ett omtag.

Munhälsa

Rutin för riskbedömning av bland annat ROAG (Revised Oral Assessment Guide) har tagits fram under året. 16 stycken sjuksköterskorna och undersköterskorna som arbetar i sjukskötersketeamet har fått utbildning från folk-tandvården i ROAG.

Vårdhygien/smittskydd

"Egenkontroll – vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg" som tagits fram i samarbete med Vårdhygien på Regionen, har använts inom de enheter som inte haft hygienrond 2019. Sammantaget av dessa egenkontroller framgår att reglerna om att inte ha långt hängande hår/huvudduk, bära ringar, armband eller armbandsur och att inte ha långa naglar, nagellack, påbyggnadsnaglar, lösnaglar eller handskenor och dylikt inte följs.

Hygienrond

Hygienronder har tillsammans med hygiensjuksköterska från Vårdhygien och MAS genomförts på Persgården, Spelmannen, Mira, Aniara och Villan med hygienombud, enhetschef och sjuksköterska, under året. Ett hygienprotokoll fylls i och hygiensjuksköterska gör en uppföljning med enhetschef vid ett senare tillfälle.

Utbildning för 24 sjuksköterskor, undersköterskor i sjukskötersketeamet, arbetsterapeuter, sjugymnaster/fysioterapeuter har genomförts under året av hygiensjuksköterska.

MAS har genomfört hygienutbildning till semestervikarier.

Inkontinens

Förbättringsförslag för inkontinens 2018 med att se över möjligheten att höja kompetensen hos sjuksköterskorna inom inkontinensområdet, har delvis uppnåtts då tre av sjuksköterskorna har fått gå endagsutbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Behovet av detta mål är fortfarande stort.

Kommunikation - SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation

Samtliga sjuksköterskor i kommunen har utbildats i SBAR i syfte att förbättra kommunikationen mellan kolleger, omvårdnadspersonal och andra vårdgivare. SBAR utbildning till omvårdnadspersonalen påbörjades i december 2018 och fortsatte under 2019 med två särskilda boenden, kvarstår två särskilda boenden till 2020. Sjuksköterskorna upplever att det finns en ökad medvetenhet hos omvårdnadspersonalen om att rapportera strukturerat.

Avvikelser

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från 321 till 354, ökningen är registrerad inom äldreomsorgen enheter. Läkemedelsavvikelserna ska analyseras av enhetschef och sjuksköterska tillsammans, detta har varit svårt under 2019 på grund av att sjuksköterskegruppen inte varit fulltaliga. En stor del av läkemedelsavvikelserna är oavslutade. Arbetet med att arbeta tillsammans enhetschefer och sjuksköterskor har påbörjats under 2019 och kommer fortsätta 2020. Målet med att utveckla avvikelsehanteringen har inte nåtts och behöver vara kvar som mål 2020.

Extern avvikelser

- 6 avvikelser har inkommit till kommunen från regionen; rörande felaktiga personuppgifter på labremisser (3), bristande kommunikation (1), patient skickades ensam från boende (1), legitimerad personal uteblev från samordnad individuell planering SIP (1).
- 10 stycken avvikelser har skickats från kommunen till regionens verksamheter, varav 3 rörande psykiatri, 2 till Hälsocentralen, 1 till akuten, 1 till strokeavdelning, 1 till ortoped, 1 till folktandvården och 1 till familjeläkarjouren. Bland annat rörande misstag gjort av läkare (2) informationsöverföring (2), bristande information (4). En har skickats till privat assistansbolag rörande uteblivet besök.

Se kvalitetsberättelsen för övergripande avvikelser.

Klagomål och synpunkter

Under 2019 har inget klagomål och synpunkt inkommit som rör kommunens hälso- och sjukvård.

IVO har under året inte gjort någon tillsyn i kommunen där hälso- och sjukvården varit delaktig.

Under 2019 har inget ärende inkommit till Patientnämnden som rör Hofors kommun.

Händelser och vårdskador

Under 2019 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomfört en händelseanalys, vilken inte ledde till Lex Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Lärdomarna utifrån händelseanalysen har varit att det är viktigt att dokumentera väl, vilket hade gjorts i detta fall, plus att avvikelser alltid ska skrivas när något inträffas som inte borde inträffa.

Lex Maria

Under 2019 har ingen Lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Riskanalys

Risicanalys i verksamheten har under året genomförts inför flytt av korttids. Varit till nytta att gemensamt med berörd personal prata om vad förändringen kan medföra genom att "vända på alla stenar".

Övriga resultat

Rehab

Under 2019 har bland annat kommunens arbetsterapeuter medverkat i framtagande av rutiner för hur hjälpmedel ska hanteras. Implementering av hjälpmedelsrutinerna kommer att ske under 2020.

Kommunens arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och rehab assistenter har varit kursledare för att utbilda omvårdnadspersonalen i förflyttningskunskap under 2019. Totalt 225 omvårdnadspersonal har genomgått utbildning i förflyttningskunskap, 171 personal från särskilt boende och 54 personal från hemtjänsten.

I utvärderingen kan man läsa att de flesta har gått utbildning tidigare och att det är endast ett fåtal som fått utbildning för första gången. Många som svarat säger att det varit länge sedan de gått någon utbildning - ofta svarar de 10 år sedan eller mer. De allra flesta har svarat att de kommer att ha mycket nytta av utbildningen. Många har svarat att utbildningen gett en ökad säkerhet och att de tagit till sig "säkerhetskontrollen" som alltid skall utföras innan lyftet genomförs. Många önskar en fortsättning/repetition med jämna mellanrum kanske vartannat år, gärna även att öva utan hjälpmedel.

Mål och strategier för kommande år

- God vård i livets slut: Arbeta med resultatet i palliativa registret, antal inregistreringar, smärtskattning och munhälsobedömning. Arbeta för att sjuksköterskorna registrerar i Palliativa registret tillsammans med omvårdnadspersonalen
- God hygienisk standard genom att delta i nationella punkt-prevalensmätning i basala hygienrutiner och klädregler, PPM BHK
- Säker dokumentation: Genomföra kollegial journalgranskning
- Ökad användning av NPÖ, nationell patientöversikt, en sammanhållen journal där anslutna vårdgivare får möjlighet att ta del av patientinformation efter samtycke från patienten. Öka antalet användare
- Utveckla avvikelshanteringen: Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på övergripande nivå för att se mönster och vidta verksamhetsövergripande förebyggande åtgärder
- Öka och vidmakthålla användandet av kommunikation SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation. Utbilda de enheter som är kvar att utbilda plus uppsamlingsutbildning för nya medarbetare
- Se över möjligheten att höja kompetensen hos sjuksköterskorna inom inkontinensområdet. Undersöka möjligheten till distansutbildning
- Öka registreringen och användandet av BPSD, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, på kommunens demensenheter, genom att ta ett omtag ute på enheterna och utbilda sjuksköterskorna.