

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSEN 2019

Hälso- och sjukvård i Älvsbyns Kommun

Annika Nilsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAS/MAR

INNEHÅLL

Sammanfattning.....	5
Mål	5
De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året.....	5
Resultat som uppnåtts.....	6
Framtiden	6
Syfte med.....	6
patientsäkerhetsarbetet	6
Övergripande mål och strategier Patientsäkerhetsarbetet under 2019.....	7
Struktur för uppföljning/utvärdering/egenkontroll.....	7
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	8
Ledningssystem.....	8
Vårdgivare	8
Verksamhetschef/socialchef.....	8
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS/MAR)	8
Ansvaret innefattar även:.....	8
Enhetschef	9
Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal	9
Omvårdnadspersonal.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Beskrivning av hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts	10
Patienters och närståendes delaktighet	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Avvikelsehantering.....	12
Klagomål och synpunkter.....	12
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6.....	12
Patientnämnden	13
Inspektionen för vård och omsorg.....	13
Uppföljningar genom egenkontroll	13
Egenkontroller genomförda 2019.....	13
Riskanalys	14
Utredning av händelser - vårdskador.....	15
Informationssäkerhet.....	15
Uppföljningsområde 2020 informationssäkerhet	16
Journalgranskning	16
Riktad kontroll.....	16
Dokumentation	16

Egenkontroll	17
Avvikelser 2019	17
Avvikelser Fall 2019	17
Arbetet kring hantering av fall och fallprevention	17
Utvecklingsområden 2020 Avvikelsehantering/ fall	18
Läkemedelshantering.....	18
årlig granskning av läkemedelshantering	18
Läkemedelsgenomgångar	18
Olämpliga läkemedel.....	19
Läkemedel för äldre.....	19
Avvikelse läkemedel 1januari –31december 2019.....	20
läkemedels avvikelser 2019.....	20
Lex Maria (utredning utifrån patientsäkerhetslagen)	21
Utvecklingsområden 2020läkemedel	21
Bedömningsinstrument/ kvalitetsregister utifrån fall, nutrition, trycksår.....	21
Uppföljningsområde 2020 Bedömningsinstrument.....	21
Samtycke enl. Patentlag (2014:821).....	22
Uppföljningsområde 2020 samtycke	22
Journalgranskning HSL 2018.....	22
Sammanfattning av journalgranskningen.....	23
Utvecklingsområden 2020 journalgranskning.....	23
Loggkontroll.....	24
Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring:.....	24
Lokal rutin loggkontroller	24
Riskbedömningar.....	24
Riskanalys	25
Utvecklingsområden 2020 Riskbedömningar/ Riskanalys.....	25
samverkan mellan vårdgivare.....	25
Utvecklingsområden 2020 Samverkan mellan vårdgivare.....	25
Basala hygienriktlinjer	25
Utvecklingsområden 2020 vårdhygien.....	26
Medicintekniska produkter/ Hjälpmedel	26
Utvecklingsområden 2020 medicintekniska produkter	26
Klagomål och synpunkter.....	27
Lärdomar	27
Utvecklingsområden klagomål och synpunkter 2020	27

Händelser och vårdskador	27
Sammanställning och analys	27
Analys.....	27
Samverkan med patienter och närstående	28
Utvecklingsområden 2020 Samverkan med patienter och närstående	28
Mål och strategier för kommande år	29
Kompetensförsörjning	29
Brist på legitimerad personal.....	29
Åldrande befolkning innebär.....	29
Samverkan med Regionen.....	29
Sammanställning av Utvecklingsområden 2020	30
Uppföljningsområde 2020 informationssäkerhet	30
Utvecklingsområden 2020 Avvikelsehantering/ fall	30
Utvecklingsområden 2020 läkemedel	30
Uppföljningsområde 2020 Bedömningsinstrument.....	30
Uppföljningsområde 2020 samtycke	30
Utvecklingsområden 2020 journalgranskning.....	30
Utvecklingsområden 2020 Riskbedömningar/ Riskanalys.....	30
Utvecklingsområden 2020 Samverkan mellan vårdgivare.....	31
Utvecklingsområden 2020 vårdhygien.....	31
Utvecklingsområden 2020 medicintekniska produkter	31
Utvecklingsområden klagomål och synpunkter 2020	31
Utvecklingsområden 2020 Samverkan med patienter och närstående	31

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) syftar till att göra hälso- och sjukvården säkrare. I PSL står det att vårdgivaren har ett ansvar att bedriva ett kvalitetsarbete som är systematiskt och förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren ska varje år, den 1 mars, upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Där ska det framgå hur patientsäkerheten har utövats under föregående kalenderår, vilka åtgärder som genomförts för att öka säkerheten och vilka resultat som har uppnåtts samt vilka Utvecklingsområden som identifierats.

Älvsbyns kommun har hälso- och sjukvårdsansvar individer som bor i särskilt boende och boende för individer med funktionsvariationer samt individer i ordinärt boende där behov av hemsjukvård har utretts.

MÅL

Älvsbyns kommun har som mål att bedriva hög patientsäkerhet där individen kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att vårdpersonalen arbetar för att minska vårdskador och tillbud.

Patientsäkerhet i hälso- och sjukvården är prioriterat område och innebär att all legitimerad personal involveras i patientsäkerhetsarbetet.

DE VIKTIGASTE ÅTGÄRDERNA SOM VIDTAGITS UNDER ÅRET

Under 2019 har samverkan vid utskrivning från slutna vården varit en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Detta har krävt nya tankesätt och arbetsätt samt rutiner kring utskrivningsprocessen och fortsatt arbete kommer att ske kontinuerligt.

Samverkan mellan Älvsbyns kommun, Region Norrbotten och Norrbottens kommuner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Målet är att samverkan ska leda till att hälso och sjukvårdsinsatserna ska ske på ett säkert sätt för medborgarna i kommunen som är i behov av den kommunala hälso och sjukvården.

Avvikelse och tillbud följs upp kontinuerligt av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) via verksamhetssystemet.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt i verksamheten, där avvikelser och risker är en viktig del i det dagliga arbetet. Arbetet sker i teamsamverkan i det multiprofessionella teamet dvs sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, MAS, biståndshandläggare, enhetschef samt omsorgspersonal.

En av åtgärderna under 2019 har varit att utveckla utbildning gällande delegering av hälso och sjukvårdsinsatser samt att implementera de digitaliserade delegerade insatser.

Det har även pågått en utbildning i dokumentation för personal inom socialtjänsten samt för den legitimerade personalen för att kvalitetssäkra dokumentationen.

Under 2019 har arbetet med digitaliserad lösning för ledningssystemet i kommunen fortsatt och är ett annat viktigt område som hälso och sjukvården.

RESULTAT SOM UPPNÅTTS

- Vid utskrivningsprocessen har en god samverkan skett med region Norrbotten, dels med sjukhuset och dels med öppenvården och då framförallt med primärvården lokalt.
- Digitaliserad signering är implementerad och resultatet är ett smidigare arbetssätt och enklare hantering för överblick av de delegerade insatserna samt ökad säkerhet
- Ledningssystemet är fortfarande under uppbyggnad och arbetet fortsätter

FRAMTIDEN

Målet är en jämlik vård och att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Hänsyn ska tas till varje persons värdighet, självbestämmande/medbestämmande och stöd till att bibehålla sina förmågor. Personcentrerat arbetssätt är att arbeta efter att synliggöra hela personens behov de fysiska, sociala, psykiska, andliga och existentiella. Detta för att främja hälsa utifrån individens perspektiv.

Arbetet med att upptäcka risker och förebygga negativa händelser och i det minska vårdskador är en fortsatt utmaning.

SYFTE MED

PATIENTSÄKERHETSARBETET

- ❖ Att vården ska bedrivas ur ett evidensbaserat arbets-/förhållningssätt.
- ❖ Patientsäkerhetsarbetets syfte är att minska vårdskadorna, dvs en skada som hade kunnat förhindrats om rätt åtgärder hade satts in när en individ kom i kontakt med vården
- ❖ Att det finns tydliga processer och rutiner med syfte att minska vårdskador och att medarbetare ges förutsättningar för att kunna utföra arbetet så att god och säker vård kan genomföras.
- ❖ Målet är att varje patient ska känna trygghet i kontakten med den kommunala hälso-och sjukvården. Det förutsätter att personalen ger vård med rätt förutsättningar och kan utföra det förväntade arbetet på sådant sätt att patienten känner trygghet och säkerhet.
- ❖ Tydliga processer och rutiner gör att vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska enligt SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

STRUKTUR

ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER PATIENTSÄKERHETSARBETET UNDER 2019

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

STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING/EGENKONTROLL

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Hälso och sjukvårdsenheten har en internkontrollplan upprättat för att säkerställa att alla delar blir genomförda. Planen beskrivs nedan. Implementering har skett delvis under 2019 och kommer att fortsätta under 2020 i samband med införandet av digitaliserat ledningssystem.

- ❖ *Journalgranskning*
- ❖ *Loggkontroller*
- ❖ *Avvikelser/rapporter* följs upp kontinuerligt av MAS via verksamhetssystemet. Detta redovisas för vårdgivaren 1ggr/år. Händelser som bedömts som Lex Maria och skickats till Socialstyrelsen rapporteras direkt till arbete och omsorgsutskottet/kommunstyrelsen. Sammanställning av Lex Maria redovisas till utskottet och verksamheten regelbundet av MAS.
- ❖ *Läkemedelshantering*: Granskning av läkemedelshantering årligen av MAS, apotekare och sjuksköterska
- ❖ *Läkemedelsgenomgångar* under 2020 har ett projekt planerats för att minska olämpliga läkemedel i äldreomsorgen och omsorgen om funktionshindrade. Genomförandet påbörjas i februari-mars 2019 och kommer att fortsätta under 2020
- ❖ *Bedömningsinstrument: Kvalitetsregister: Palliativa registret. Senior Alert. BPSD.*
- ❖ *Klagomål/synpunkter*. Rutiner implementeras i verksamheten så att alla medarbetare ska aktivt arbeta med klagomål/synpunkter.
- ❖ *Öppna jämförelser*: parametrar skickas in till öppna jämförelser
- ❖ *Samverkan med andra vårdgivare*: Samverkan kring utskrivningsprocessen. Fortsatt arbete med att säkerställa samordnad individuell plan (SIP) används när individen behöver hjälp från olika vårdgivare både externt och internt. Uppföljning årligen av samverkan med Hälsocentralen, kring läkarmedverkan samt samverkan för att göra individen och deras närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.
- ❖ *Uppföljning av riktlinjer och rutiner*: Ett antal grupper är tillsatta för att utveckla patientsäkerheten:
- ❖ *Kvalitetsgrupp*: Syfte att identifiera kvalitetsförbättringar kring rutiner och riktlinjer för HSV teamet.
- ❖ *Delegeringsgrupp*: Syfte att uppdatera och utveckla delegeringarna i verksamheten. Rutinen följs upp årligen.
- ❖ *Dokumentationsutvecklingsgrupp*: syfte att förbättra dokumentationen samt utveckla den multiprofessionella teamsamverkan utifrån utbildningen som pågått under 2019
- ❖ *Samverkansgrupp* kring hantering av hjälpmedel
- ❖ *Årlig inspektion av ex lyftselar*

ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET

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

LEDNINGSSYSTEM

Vårdgivaren ska beskriva de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. De aktiviteter som ingår ska beskrivas samt aktiviteternas inbördes ordning dvs Rutiner ska beskriva hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Ledningssystemet ska användas till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningssystemet är under uppbyggnad och under 2019 fick verksamheterna tillgång till ett IT stöd för hantering av ledningssystemets delar, fortsatt arbete med detta sker under 2020

VÅRDGIVARE

Kommunstyrelsen har enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller HSL:s krav på en ”god vård”. Den ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet.

VERKSAMHETSCHEF/SOCIALCHEF

Inom hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och representerar vårdgivaren, enligt 4 kap, 2§ HSL.

Verksamhetschefen (socialchef) ska tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) fastställa former för fortlöpande samråd i frågor som gäller verksamhetens struktur, resursanvändning, kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefens ledningsansvar är begränsat av de uppgifter som MAS ansvarar för.

Verksamhetschef, MAS och enhetschef samverkar kring patientsäkerhetsfrågor och planering av verksamheten.

MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA (MAS/MAR)

Enligt 11 kap, 4§ HSL ska det inom kommunen finnas en sjuksköterska med särskilt medicinskt ansvar. Ansvaret beskrivs i Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) kap 4. 6§ :

- ❖ att det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när individens tillstånd fordrar det,
- ❖ att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för personerna,
- ❖ att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en person i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

ANSVARET INNEFATTAR ÄVEN:

Det som beskrivs i patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369)

- ❖ Personerna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- ❖ Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),

- ❖ Personen får den hälso- och sjukvård som en läkare ordinerat.
- ❖ Att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.
- ❖ Uppdraget som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Verksamhetschef, MAS och enhetschef samverkar kring patientsäkerhetsfrågor och planering av verksamheten. MAS ansvarar för att egenkontroller genomförs i verksamheten.

ENHETSCHEF

- ❖ Enhetschefen ansvarar för att personal inom det egna verksamhetsområdet informeras om och känner till vad som står i gällande riktlinjer.
- ❖ I enhetschefens ansvar ingår även att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att tillhandahålla en god vård.
- ❖ Enhetschef ansvarar för att göra alla medarbetare delaktiga i kvalitetsarbetet.
- ❖ Enhetschefen leder och utvecklar sin enhet och ser till att gällande riktlinjer och rutiner är kända och följs av medarbetaren.

Verksamhetschef, MAS och enhetschef samverkar kring patientsäkerhetsfrågor och planering/styrning av verksamheten.

LEGITIMERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRDPERSONAL

I hälso- och sjukvårdspersonal ingår legitimerade yrkesgrupper såsom sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeuter som har sin anställning i kommunen.

Dessa grupper har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och starkt bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls samt att rapportera risker och negativa händelser till MAS och enhetschef. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

OMVÅRDNADSPERSONAL

Omvårdnadspersonalen är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på uppdrag/ordination/delegation från legitimerad personal. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt rapportera avvikelser till enhetschef/legitimerad personal.

I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst.

SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR

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

5 § Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. Hälso- och sjukvård 6 § Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att personer drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Hälso- och sjukvårdsenheten arbetar kontinuerligt med samverkan. I denna samverkan ingår Regionens slutenvård samt hälsocentral. Hur det har bedrivits föregående år beskrivs i sammanställningarna nedan. Allt arbete bedrivs utifrån att kvalitetssäkra verksamheten och förebygga vårdskador.

I länet finns samverkansavtal och överenskommelser mellan kommunerna och landstinget (Region Norrbotten). Det är lite olika hur dessa avtal och överenskommelser följs upp. Det finns olika konstellationer där vissa av dessa frågor hanteras och där Norrbottens kommuner representerar hela länets kommuner. *Vid flertalet av dessa samverkansorgan saknas representation från den kommunala hälso- och sjukvårdens kompetens vilket kan leda till patientsäkerhetsbrister*

- ❖ Samverkan sker på ledningsnivå tillsammans med primärvården genom möten 1gg/termin
- ❖ Gemensamma avtal för samverkan mellan kommunen och landstinget finns upprättat.
- ❖ Uppföljningar av lokala och länsövergripande avtal
- ❖ Länets MAS/MAR har gemensamma träffar regelbundet antingen med fysiska träffar eller så kallade SKYPE-möten
- ❖ Möten för samverkan kring avvikelser som rör vårdens övergångar d.v.s. mellan kommun/primärvård eller kommun/slutenvård
- ❖ Regelbundna träffar mellan verksamhetschef/socialchef, enhetschef HSL och MAS gällande patientsäkerhet diskuteras och åtgärdas
- ❖ Övrig samverkan: samverkan internt inom socialtjänsten, nätverksträffar i länet, samordningsmöten med hälsocentralen

BESKRIVNING AV HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Nedanstående är behov av uppföljning och uppdatering av befintliga rutiner, dessa är ständigt pågående:

- ❖ *Samordning för att säkra behov av insatser hos enskild person som är behov av insatser från kommunen* -En grupp har arbetat med att utveckla samordnad individuell plan. Sker fortlöpande och i samverkan med biståndshandläggare och hälsocentralen.
- ❖ *Samverkan med andra vårdgivare:* under 2019 har regelbundna möten med Regionen med mål att kvalitetssäkra samverkan mellan Regionen och Älvsbyns kommun.
- ❖ *Delegering av hälso och sjukvårdsinsatser.* Delegeringsgruppen har arbetat med uppdatering av rutinen. Uppföljning av denna sker årligen.
- ❖ *Kvalitetssäkring av inkontinensvården:* Två sjuksköterskor är utsedda som expertsjuksköterskor inom inkontinens och håller i implementeringen av riktlinjen samt håller i interna utbildningar under 2020 kommer uppföljning av rutiner att ske.
- ❖ *Nationell värdegrund:* Värdegrund är ett ämne som har tagits upp regelbundet på ROS träffar under 2019
- ❖ *Dagordningar för möten:* Gemensamma dagordningar för möten har upprättats i verksamheten för att det ska bli tydligt för vad som ska behandlas på det aktuella mötet
- ❖ *Loggkontroller* har genomförts under 2019 som ett led i kvalitetssäkring gällande informationssäkerheten och personers integritet.
- ❖ *Vårdhygien och basala hygienriktlinjer:* egenkontroll utfördes under 2019. Där enhetschefer har gått ut slumpmässigt dag och genomfört egenkontroll av de basala hygienriktlinjerna.

- ❖ *Dokumentationssystemet* uppdaterades under 2019 med ICF -sökord samt KVÅ koder. Dokumentationsutbildning har genomförts under 2019 för personal inom socialtjänsten. Utbildningsinsats har även genomförts under året för den legitimerade personalen. Denna utbildning fortsätter under 2020.
- ❖ *Avvikelsehantering*: avvikelsehanteringen är fortsatt aktuell och arbetet har fortskridit under 2019 och fortsätter under 2020.
- ❖ Varje år sker utbildning till personal i förflyttningsteknik
- ❖ *Delegeringsutbildningen* har om bearbetats under 2019 för att få likvärdig utbildning både under sommaren och övrig tid under året. Implementering sker under 2020
- ❖ Arbete med att bygga ett *digitalt ledningssystem* har fortsatt under året som gått
- ❖ I samband med medarbetarsamtal har det framkommit ett antal punkter som kommer att läggas in under *övriga patientsäkerhetsfrågor*
- ❖ *Resurs och samordningsträff (ROS)* sker dagligen för samverkan i teamet.

PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Patienter och närstående ska informeras och göras delaktiga i förbättringsarbetet, det kan vara i samband med avvikande händelser eller vid risk. Synpunkter och klagomål ska tillvaratas i förbättringsarbetet.

Personer som flyttar in till särskiltboende erbjuds inflyttningssamtal för att personal ska få information om den enskildes behov. Därefter sker en vårdplanering utifrån personens individuella behov. Personer som flyttar in på ett äldreboende eller särskilt boende för omsorgen får en omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt en kontaktperson. Insatser av arbetsterapeut och fysioterapeut ges efter individuella behov.

Riskbedömningar genomförs för att minska risker för undernäring, fall, dålig munhälsa och trycksår. Riskbedömningen sker utifrån underlag i kvalitetsregistret Senior Alert. Utifrån behov av insatser upprättas en plan i journalen.

När en person får behov av insatser från flera aktörer (socialtjänst, hälso- och sjukvård via kommunen och hälsocentralen) ska personen erbjudas en samordnad individuell plan (SIP) som upprättas i samråd med patienten/närstående

Hemsjukvårdspatienter aktualiseras via Hälsocentralen/ vid utskrivning från slutenvården. En fast vårdkontakt utses inom regionen samt inom kommunens hälso- och sjukvård.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET

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

AVVIKELSEHANTERING

All personal har kännedom om hur man dokumenterar en avvikelse. Personal skriver avvikelser och uppföljningarna genomförs regelbundet vilket säkrar kvalitén och säkerheten.

Alla avvikelser kontrolleras och skrivs ut av enhetschefer för att sedan bedömas av teamet på den enhet avvikelsen inträffat. Teamet består av enhetschef, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska. Avvikelserna hanteras för bedömning och orsaken till händelsen diskuteras. Därefter planeras åtgärder in för att undvika att händelsen upprepas igen. Efter bedömning tar enhetschefen med sig bedömningen till personen samt personalgruppen för vidare planering och åtgärd. Arbetsterapeut, sjukgymnast/ fysioterapeut eller sjuksköterska dokumenterar åtgärdsförslag i uppföljningsmodulen samt slutför avvikelsen.

Avvikelser som avser legitimerad personal dvs. sjukgymnast/ fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska (legitimerad personal) har bearbetats regelbundet när de inkommer i systemet.

Dialog och uppföljning sker tillsammans med enhetschef för HSV teamet.

Rutinen ses över varje år för att utvecklas vidare.

Avvikelsemodulen är uppdaterad med riskanalys och sannolikhetsbedömning enligt Socialstyrelsens modell

Avvikelserna registreras i verksamhetssystemet VIVA.

Antalet registrerade avvikelser för särskilt boende, omsorgen om funktionshindrade samt hemsjukvården var

2017 totalt 1591 st

2018 totalt 1635st

2019 totalt 1304

KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

SOSFS 2011:9, 5 KAP. 3 §, 7 KAP 2 § P 6

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 framgår det i 3 §:

att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och patient och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, och föreningar, andra organisationer och intressenter.

De rapporter, klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som pekar på brister i verksamhetens kvalitet. Med dessa utredningar som underlag ska resultaten av de aktiviteter som genomförts och de åtgärder som vidtagits säkra verksamhetens kvalitet.

Alla klagomål ska utredas av den enhetschef som är ansvarig för berörd verksamhet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är delaktig i utredning där behov finns. MAS sammanställer klagomål och synpunkter året som gått

Det finns förbättringsmöjligheter för hanteringen av klagomål och synpunkter då den övergripande hanteringen för verksamhetsutveckling är otydlig.

Verksamheten behöver uppmuntra individer som har insatser från verksamheten och deras närstående att komma med synpunkter och klagomål.

Rutinerna för klagomål och synpunkter är uppdaterade och implementeras successivt i ett arbete som kommer att fortgå under 2020

PATIENTNÄMNDEN (PaN) är en opartisk och självständig instans som kan informera om rättigheterna i vården. Patientnämnden hjälper patient/närstående att framföra sina klagomål och få svar på dessa. Vid behov hjälpa patienten med kontakt med vårdgivaren. Främja kontakterna mellan patient och personal. Ska bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet.

INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG (IVO) hanterar de allvarligaste händelserna

UPPFÖLJNINGAR GENOM EGENKONTROLL

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder. En tidig identifiering av riskområden i vård och omsorg innebär att fel och brister kan förebyggas. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data för ett systematiskt arbete.

EGENKONTROLLER GENOMFÖRDA 2019

Läkemedelsgenomgångar Läkemedel olämpliga	Har genomförts i samverkan med hälsocentralen
Loggkontroller	Följs upp 3 ggr/år enl upprättad rutin
Avvikelser/rapporter	Varje vecka, hanteras av team i verksamheten. Består av leg personal, enhetschef samt undersköterska
Klagomål och synpunkter	Följs upp 1ggr/år
Basala hygienriktlinjer och klädregler	Följs upp 1 gång/år
Delegeringsrutin	Följs upp årligen inför nytt delegeringar
Inkontinens rutin	Följs upp 1ggr/år
Nutritionsrutin	Följs upp 1ggr/år

PROCESS - ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits kopplat till mål, strategier och resultat dvs. strategiska åtgärder som ni har genomfört för att nå era mål.

Beskriv även arbetssätt, verktyg, åtgärder och samarbeten som har haft betydelse för att förbättra patientsäkerheten under året.

Patientsäkerhetsarbetet är ett pågående arbete samverkan/samarbeten som haft betydelse under året har varit de kontinuerliga träffarna

- ❖ Samverkan ledningsnivå tillsammans med primärvården genom möten 1 gg/termin
- ❖ Gemensamma avtal för samverkan mellan kommunen och Region Norrbotten
- ❖ Uppföljningar av lokala och länsövergripande avtal
- ❖ Länets MAS/MAR har gemensamma träffar några gånger/år. Positivt ur det länsövergripande perspektivet
- ❖ Möten för samverkan kring avvikelser som avser vårdens övergångar d.v.s. mellan kommun/primärvård eller kommun/slutenvård
- ❖ Regelbundna träffar mellan verksamhetschef/socialchef, enhetschef HSL och MAS gällande patientsäkerhet diskuteras och åtgärdas
- ❖ MAS har regelbundna möten med den legitimerade personalen kring hälso- och sjukvårdsfrågor Där MAS har ansvar för mötet
- ❖ Enhetschef har haft möte med legitimerad personal kring verksamhetsfrågor där enhetschefen har ansvar för mötet.

RISKANALYS

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

Beskriv hur ni hanterar risker, vilka riskanalyser och anpassningar som ni har genomfört där ni bedömt att det fanns risk för att en händelse skulle kunnat inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM. .En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Syftet med en 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. En risk innebär att en negativ händelse kan inträffa som kan leda till en vårdskada.

Att analysera risker syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt.

En riskanalys kan utföras både på lokal och verksamhetsnivå och övergripande organisatorisk nivå. Den kan avse en befintlig arbetsprocess eller göras inför en förändring.

I läkemedelshanteringen återfinns risker. I de olika delarna som ska fungera exempelvis från ordination till överlämning till person. Hanteringen kräver samverkan, förståelse över huvudmannagränserna och den interna samverkan. Den risk som har uppmärksammats under året åtgärdas via digitalisering av delegerade insatser.

Vid förskrivning av hjälpmedel och vid anpassning av boendemiljöer arbetar arbetsterapeuter och fysioterapeuter med riskanalys och riskbedömning som är underlag vid bedömningar och utvärderingar.

Risker identifieras, skattas och värderas utifrån Socialstyrelsens riskmatris. Detta arbetssätt är en del av bedömningsprocessen vid förskrivning av hjälpmedel för att minimera risk för vårdskada vid användandet av hjälpmedel

Vid negativa händelser så ska alltid en händelseanalys genomföras vid utredningstillfället

Som hjälpmedel i riskanalyserna används rutin för avvikelshantering, fördjupade fallriskanalyser, BPSD samt Senior Alert och utifrån dessa så upprättas handlingsplaner utifrån den enskilde.

UTREDNING AV HÄNDELSER - VÅRDSKADOR

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

Beskriv händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa. En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

När en negativ händelse inträffar skrivs en avvikelserapport. Denna utreds för att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vad som orsakat händelsen. Underlaget ska ligga till grund för planering och åtgärder i syfte att hindra att liknande händelser ska inträffa igen.

Avvikelse skrivs ut av enhetschefer och bedöms av teamet. Teamet består av enhetschef, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska. Avvikelsehanteringen hanteras för bedömning och orsaken till händelsen diskuteras, därefter planeras åtgärder in.

När utredningen visar att en vårdskada uppstått eller att det funnits risk för allvarlig vårdskada sak detta anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

INFORMATIONSSÄKERHET

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

- 1. de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,*
- 2. de riskanalyser som har gjorts,*
- 3. de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,*
- 4. den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,*
- 5. den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.*

Informationshantering inom hälso-och sjukvården och socialtjänsten ska vara organiserad så att den tillgodoser patient/brukarsäkerhet och god kvalitet. Personuppgifter ska hanteras så att integritet respekteras och de dokumenterade personuppgifterna ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte har tillgång till dessa. Syftet är att tydliggöra organisation och roller för informationssäkerhetsarbetet samt att all personal har kunskap om gällande informationssäkerhetsregler.

Under 2019 har en grupp bildats för ombearbetning av riktlinjer och rutiner gällande informationssäkerheten i kommunen, där har MAS deltagit i gruppen. Arbetet fortsätter under 2020. Loggkontroller har genomförts vid 3 tillfällen under året och dessa har varit utan anmärkning. Loggkontrollerna är genomförda utifrån föreskrifterna. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, samt Patientdatalag (2008:355)*

Den omarbetning av riktlinjen har tydliggjort hur kontroller ska genomföras och de riskanalyser som ska ses över och där det behövs lokala rutiner. Fortsatt beskrivning visas under *resultat och analys*

UPPFÖLJNINGSSOMRÅDE 2020 INFORMATIONSSÄKERHET

Att fortsätta i gruppen för arbetet med informationssäkerhet på övergripande nivå.
Att upprätta lokala rutiner implementeringen av riktlinjen.

JOURNALGRANSKNING

Genomförs av MAS årligen. Under 2019 har journalgranskning genomförts på särskilt boende. Frågorna har utarbetats utifrån det som står i föreskriften: *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, samt Patientdatalag (2008:355)*

RIKTAD KONTROLL

Riktad kontroll kan genomföras då misstanke om obehörig åtkomst finns eller då annat skäl finns som motiverar riktad kontroll – ingen sådan är begärd under 2019.

DOKUMENTATION

Under 2019 har en utbildningsinsats genomförts för att utveckla dokumentationen i Socialtjänsten. Syftet har varit att utbilda baspersonal i socialdokumentation enligt ICF i dokumentationssystemet och att coacha kontaktmannaskapet och undersköterskans profession. Genomförande av utbildningsinsatsen har pågått under 2019 för socialtjänsten,

Hälso och sjukvårdspersonalen har en riktad utbildning inom sina områden. Syftet är att utveckla och stärka dokumentationen samt implementera ICF sökord, en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa. (*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*)

Det innebär även att använda KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder).

Detta sätt att dokumentera innefattar biståndshandläggare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Utbildningsinsatsen för den legitimerade personalen sträcker sig över en 3 års period dvs fram till 2021

RESULTAT OCH ANALYS

EGENKONTROLL

Nedan beskrivs egenkontrollerna

AVVIKELSER 2019

Totalt antal avvikelser under 2019 är 1304 st. fördelning enligt nedan tabell

Tabell totalt avvikelser, SoL,HSL

År	totalt avvikelser	Sol/omsorg	Fall	Fraktur	Läkemedel
2017	1591	86	1164	16	325
2018	1635	55	1180	22	345
2019	1304	23	972	18	256

AVVIKELSER FALL 2019

Risikfaktorena för fall kan delas in i inre och yttre riskfaktorer. Hög ålder, kvinnligt kön, kognitiv nedsättning, sjukdomar i rörelseapparaten, kronisk artrit, gång- och balanssvårigheter, känselnedsättning, tidigare kända fall, användande av särskilda mediciner såsom antidepressiva läkemedel, vätskedrivande osv är alla inre riskfaktorer. Att bo på ett äldreboende, ha en stillasittande livsstil, näringsbrist och undernäring, lösa mattor, ojämna underlag, dålig belysning, opassande skodon hör till yttre riskfaktorer.

Totalt sett så visar årets siffror på en minskning av fallfrekvensen och det ses även en minskning av antalet frakturer

2017 var det totalt 1164 st Det var totalt 16 st frakturer

2018 var det totalt 1180 st Det var totalt 22st frakturer

2019 var det totalt 972 st . Det var totalt 18 st frakturer

ARBETET KRING HANTERING AV FALL OCH FALLPREVENTION

För person som ramplar har flera åtgärder prövats för att minska risken för fall, hela tiden sker utvärdering av insatta åtgärder. På varje enhet finns det team (bestående av enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och kontaktperson) som träffas regelbundet och bearbetar aktuella avvikelser och möjliga åtgärder. Det är viktigt att personens integritet och självbestämmande tas tillvara och att personen ska ges möjlighet att röra sig fritt. Det som visar sig är att ett fåtal personer står för de flesta fall trots insatser och åtgärder

Att helt kunna eliminera fallrisk är omöjligt då alla människor har rätt till ett värdigt liv som innebär rätt att kunna röra sig fritt i sin lägenhet och i de lokaler som finns i anslutning till lägenheten.

Om avvikelserna gäller fall, ska en fallriskbedömning göras och ibland kan då orsaken till risken för fall minskas, hjälpmedel som kan rekommenderas kan vara höftskyddsbyxa för att förhindra skador på höft och bäcken, fallskyddsmatta eller larm.

Det är viktigt att personen får, utifrån sin förmåga, vara delaktig i exempelvis ändra kanal på tv:n, plocka upp saker från golvet, ta på sig kläder själv eller bara promenera fritt i gemensamma lokaler.

I de situationer när en person har många fall, har teamet täta uppföljningsmöten för att försöka hitta lösningar.

I verksamheten förekommer inga begränsningsåtgärder som ex bälten och brickbord

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 AVVIKELSEHANTERING/ FALL

Att fortsätta med utvecklingen av avvikelsemodulen i dokumentationssystemet

Enheterna bör se över rutiner för hur en mer övergripande uppföljning av avvikelserapporterna ska se ut, utifrån den uppdatering som sker av den övergripande riktlinjen.

Enheterna bör se över hur samverkan ska se ut mellan legitimerad personal och enhetschef och undersköterskor beträffande det förebyggande arbetet.

Att påbörja implementering av upprättad rutin för fallprevention i hela socialtjänsten

LÄKEMEDELSHANTERING

ÅRLIG GRANSKNING AV LÄKEMEDELSHANTERINGEN

En gång per år kommer en Apotekare och går igenom verksamhetens rutiner för läkemedelshantering och förvaring av läkemedlen tillsammans med sjuksköterska vid hälso- och sjukvårdsenheten.

Syftet är att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen.

Framkomna behov av uppdatering har åtgärdats och rutinen uppdaterats samt implementeras där behov föreligger.

LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR

Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt i de särskilda boendena och för hemsjukvårdspatienterna vid läkartiderna och när förnyelse av patientens recept sker 1 ggr/år eller när behov uppstår.

OLÄMPLIGA LÄKEMEDEL

En översyn av vilka läkemedel i kategorin olämpliga läkemedel som var ordinerade till personer i den kommunala hälso- och sjukvården genomfördes tillsammans med hälsocentralen under 2019.

En handlingsplan upprättades för en fördjupad läkemedelsgenomgång (se tabell nedan).

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har identifierat vilka personer som hon har omvårdnadsansvar över och som har behandling med olämpliga läkemedel och

Tabell över vilka delar som ingått i den fördjupade läkemedelsgenomgången.

Kartlägga allmäntillståndet.

Skattningsskala PHASE 20 (säbo och HSV)

Skattningsskala PHASE Proxy (vid svår kognitivsvikt) (BPSD)

Prover som ska tas:

LÄKEMEDEL FÖR ÄLDRE

När det gäller frågor generellt kring läkemedel så är de läkemedelsspecifika indikatorer ett lite trubbigt mått på förskrivningskvalitet eftersom de saknar information om bakomliggande orsaker till terapivalen. De mäter endast förskrivning av läkemedel utan att relatera till någon information

om diagnos eller andra individ karakteristika utöver ålder och kön. Läkemedelsregistret är ofta den enda källan till information i detta fall.

Neuroleptika används vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).

Det vill säga vid svårare aggressivitet och vid psykotiska tillstånd, när en patient har svårare hallucinationer och man ser att patienten mår dåligt av detta. Problemen kan vara svåra att lösa och därför så provas många gånger preparat i ett försök att hjälpa personen.

AVVIKELSE LÄKEMEDEL 1JANUARI –31DECEMBER 2019

LÄKEMEDELS AVVIKELSER 2019			
År	2019	2018	2017
Totalt antal läkemedelsmissar	256	345	317
utebliven dos	204	272	256
övriga	52	55	61

För att minska antalet avvikelser samt hantering av sk signeringslistor kopplade till hälso-och sjukvård har kommunen ett projekt med att digitalisera delegerade uppdrag som implementerades under 2019.

Antalet läkemedelsavvikelser visar en nedgång av antalet för 2019 vilket är en positiv utveckling

För att tydliggöra frekvensen av läkemedels tillfällen under ett år så visas ett räkneexempel i tabellen.

Tabell läkemedelshantering

Läkemedelsmissar totalt	Totalt antal läkemedelstillfällen Ett räkneexempel
Läkemedelsmissar för antal patient	Exempel: Antalet brukare/patienter: 456 st Antalet läkemedelstillfällen/3ggr/dagl. Detta ger : 1368 läkemedelsdoser/dag
	9576 läkemedelsdoser/vecka 41 040 läkemedelsdoser/mån Och 497 952 läkemedeldoser/år Dvs 0,063 % av antalet utdelade läkemedelsdoser/år

LEX MARIA (UTREDNING UTIFRÅN PATIENTSÄKERHETSLAGEN)

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO inspektionen för vård och omsorg. Denna regel kallas Lex Maria.

- ❖ Hälso- och sjukvårdspersonalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren
- ❖ Vårdgivaren har en skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada
- ❖ Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO.

Två avvikelser under 2019 har inneburit Lex Maria anmälan

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 LÄKEMEDEL

Fortsatt läkemedelsgenomgång gällande olämpliga läkemedel

Fortsatt arbete med att minska antalet läkemedelshändelser

BEDÖMNINGSSINSTRUMENT/ KVALITETSREGISTER UTIFRÅN FALL, NUTRITION, TRYCKSÅR

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Senior alert ska användas inom alla de vård- och omsorgsenheter som möter äldre personer med behov av vårdprevention, både inom kommunal- privat- och landstingsverksamheter.

Genom riskbedömning, åtgärder och uppföljning ges möjlighet att på ett systematiskt sätt arbeta förebyggande inom dessa områden. Registrering i register ger möjlighet att ytterligare se förbättringsområden i ett helhetsperspektiv, för att minska antal fall, trycksår och undernäring och för att kunna följa sina resultat

Riskbedömning genom användning av underlag för fall, nutrition, trycksår har använts under 2019, bedömningarna återfinns i den enskildes journal och används som ett underlag för planering av den fortsatta omvårdnaden hos personer med risk. Arbete med registrering i det nationella registret kommer att fortsätta under 2020

Det har framkommit behov av att tydliggöra vilka övriga bedömningsinstrument som finns i verksamheten.

UPPFÖLJNINGSSOMRÅDE 2020 BEDÖMNINGSSINSTRUMENT

Att utveckla användandet av evidensbaserade bedömningsinstrument

Att kartlägga vilka bedömningsinstrument som ska användas i den kommunala hälso- och sjukvården

Fortsatt arbete med att upprätta rutin för registrering i Senior Alert

SAMTYCKE ENL. PATENTLAG (2014:821)

1 kap. Inledande bestämmelser 6 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

4 kap. Samtycke 1 § Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

2 § Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden. Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

Verksamheten inhämtar samtycke som rutin vid nyregistrering hos hälso- och sjukvården i kommunen. Vilket dokumenteras i verksamhetssystemet som kommunen använder för journalhantering.

När det gäller samtycke så har alla ett samtycke till informationsöverföring. Detta bör följas upp årligen genom journalgranskning att detta finns dokumenteras. Underlag som lämnas ut bör följas upp årligen

UPPFÖLJNINGSSOMRÅDE 2020 SAMTYCKE

Att årligen följa upp den information som lämnas ut till personen och deras anhöriga

Att genomföra en uppföljning kring hur/var samtycke ska registreras i dokumentationssystemet för att kunna följa upp det bättre

JOURNALGRANSKNING HSL 2018

PDL 3kap 6 § En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av personen. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

- 1. uppgift om patientens identitet,*
- 2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,*
- 3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,*
- 4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,*
- 5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt*
- 6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling. Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. Lag (2014:827).*

I dokumentationssystemet som används i Älvsbyns Kommun så dokumenteras de 6 punkterna i journalen med automatik.

Det som beskrivs ovan har granskats under 2019 därtill tillagt om samtycke har registrerats samt om det finns individuella planer för de personer som finns i den kommunala hälso och sjukvården.

Genomgången är på de särskilda boenden Nyberga och Ugglan. Urvalet i planerna är om det funnits beskrivning av planerade insatser utifrån de diagnoser som finns i personens liv, övriga parametrar redovisas nedan

Totalt anta platser 115

Totalt journaler som är granskade 61

SAMMANFATTNING AV JOURNALGRANSKNINGEN

Samtycke ska finnas för hantering av personuppgifter. När det gäller samtycke från personen att lämna uppgifter till anhöriga så finns det men det finns behov av uppföljning hos de personer som bor på särskilt boende.

Samtycke till informationsutbyte med annan vårdgivare finns men uppgifterna är i behov av uppföljning hos de personer som bor på särskilt boende.

Samtycke till att ingå i nationella register finns men uppgifterna är i behov av uppföljning hos de personer som bor på särskilt boende.

Registrering av överkänslighet finns men uppgifterna är i behov av uppföljning hos de personer som bor på särskilt boende.

Vårdplaner/rehab planer finns upprättade. det observeras dock att uppgifterna är i behov av uppföljning vilket ska ske 1ggr/år. Genomgående är att planer är upprättade men uppföljning är mer sparsamt beskrivet i underlagen.

Senior Alert är ett screening verktyg för ett antal problemområden som munhälsobedömning, inkontinens, fall, nutrition och trycksår. Screeningen genomförs i stor utsträckning när det gäller Fall/nutrition/trycksår men när det gäller munhälsobedömning och inkontinens finns det behov av orientering av behov av utbildning/uppdatering av screeningsverktyget

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 JOURNALGRANSKNING

Uppdatering av uppgifterna om samtycke på särskilt boende

Uppdatering av uppgifterna om samtycke gällande informationsutbyte med annan vårdgivare

Uppdatering av uppgifterna om samtycke att ingå i nationella register

Uppdatering av registrering gällande överkänslighet

Uppdatering av vårdplaner/rehab planer gällande uppföljning

Att se över orsaken till att munhälsobedömning och inkontinensbedömning inte genomförs i önskad utsträckning samt planera in åtgärder.

Att färdigställa rutin för att registrera i nationellt kvalitetsregister

Att under 2020 genomföra 1 journalgranskning inom hälso-och sjukvårdsenheten

LOGGKONTROLL

HANDBOK TILL SOSFS 2008:14, INFORMATIONSHANTERING OCH JOURNALFÖRING:

Enligt patientdatalagen (2008:355) gäller den inre sekretessen för alla dokumenterade personuppgifter om personer eller andra enskilda registrerade, det vill säga även vårddokumentation, kvalitetsregisteruppgifter m.m. som behandlas enligt patientdatalagen.

Den som arbetar åt en vårdgivare får endast ta del av sådana patientuppgifter om han eller hon deltar i vården av personen, eller av något annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Bestämmelsen, som finns i 4 kap. 1 § patientdatalagen, gäller både manuellt och elektroniskt behandlade patientuppgifter, och även uppgifter om avlidna personer (prop. 2007/08:126 s. 143).

Med vård avses även undersökning och behandling, se 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 1 § tandvårdslagen (1985:125).

Inre sekretess gäller inte enbart hälso- och sjukvårdspersonal vid en viss enhet och dess arbete på enheten, utan bestämmelsen är generell och omfattar all personal oavsett var den tjänstgör och oavsett varför uppgifterna behövs (prop. 2007/08:126 s. 238 ff.).

Bestämmelsen i 4 kap. 1 § patientdatalagen lägger ett ansvar på individen att inte ta del av mer uppgifter än vad som är nödvändigt för att utföra sitt arbete åt vårdgivaren.

Övriga bestämmelser i 4 kap. patientdatalagen lägger ett ansvar på vårdgivaren att ha kontroll över och begränsa åtkomsten till patientuppgifter.

LOKAL RUTIN LOGGKONTROLLER

Vårdgivare behöver ha en systematisk logguppföljning är dels för att kunna kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt patientuppgifter, dels att avhålla personal från att läsa patientuppgifter som de inte behöver i sitt arbete.

Rutinen baseras på patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)

Det finns en lokal rutin för loggkontroller och det är utfört 3 loggkontroller under 2019 fördelade under året. Inga kontroller har visat att obehörig har kommit åt personuppgifter.

RISKBEDÖMNINGAR

Riskbedömningar genomförs inför kommande ärenden och åtgärder. Det handlar om risker för personen, risker för personal. I avvikelse modulen så sker riskanalys utifrån den händelse som inträffat och åtgärder sätts in. Det finns rutiner för hur riskbedömningar ska ske utifrån hjälpmedelsförskrivningen. Vid fall så genomförs en fördjupad fallriskanalys. Instrumentet för riskbedömning ser olika ut beroende på risken. Kvalitetsregister används som instrument för bedömningar.

Riskbedömningar på en övergripande nivå kommer att planeras in i ett system som är inköpt i kommunen under 2019. Systemet innefattar ledningssystem för Älvsbyns kommun med tillhörande riskbedömningar

Det pågår ett arbete med att identifiera vilka riskbedömningsinstrument som ska användas i hälso och sjukvården. Detta arbete har pågått under 2019 och fortsätter under 2020

Det har framkommit att riskbedömningar i samband med delegerade uppdrag och instruktioner behöver ses över ex TENS (elektronisk smärtbehandling).

RISKANALYS

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

Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

Det är viktigt att resultaten speglar alla delar i vårdgivarens organisation (somatisk vård, barnsjukvård, psykiatrisk vård, primärvård, eventuell hälso- och sjukvård i särskilt boende och hemsjukvård.

I de riskbedömningar som genomförts under föregående år har analyser gjorts och handlingsplaner upprättats för fortsatt arbete. I de riskbedömningar som gjort i samband med delegerade uppdrag kommer gruppen som arbetar med utveckling av de delegerade insatserna att fortsätta sitt arbete under 2019.

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 RISKBEDÖMNINGAR/ RISKANALYS

Fortsätta utveckling av de riskbedömningsinstrument som verksamheten använder
Det har framkommit att dokumenterade riskbedömningar behöver bli bättre i verksamheten

SAMVERKAN MELLAN VÅRDGIVARE

Hälso och sjukvårdsenheten beskriver att det överlag fungerar det bra, under året har samverkansmöten genomförts för att tillsammans komma överens om arbetssätt och rutiner. Utifrån lagstiftningen 2018 gällande utskrivningsprocessen har nya arbetssätt arbetats fram och sker löpande

Utifrån det som framkommit beskrivs utvecklingsområdena nedan.

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 SAMVERKAN MELLAN VÅRDGIVARE

Utveckla samverkan tillsammans med de olika vårdgivarna
Fortsätta implementera samverkans rutiner utifrån lagstiftning

BASALA HYGIENRIKTLINJER

Mätning av de basala hygienriktlinjerna genomfördes 1ggr under 2019

Den basala hygienriktlinjen syftar till att förebygga infektioner relaterade till vård eller behandling eller till arbete inom vård och omsorg.

För att förhindra smitta och smittspridning i samband med vård eller ingrepp krävs att personal som är anställda inom vården och omsorgen har en god kunskap om hur smitta och smittspridning sker samt att det finns bra rutiner och riktlinjer.

Länets MAS nätverk har sammanställt riktlinje för den basala vårdhygien i Norrbotten
Kommunerna samverkar med Region Norrbotten för att minska smittspridningen.

Det skickades ut en enkät under hösten 2019 för att identifiera hur det ser ut i kommunen.

Det som framkom var:

- ❖ Att det behöver planeras in för regelbunden mätning av följsamheten
- ❖ Att det behöver upprättas en rutin för utbildning i vårdhygien mins en gång/år

- ❖ Att verksamheten kan vara i behov av att inrätta hygienombud och träffar för hela socialtjänsten.

Det behövs utbildningsinsatser regelbundet, med repetition och påminnelser kring de basala hygienriktlinjerna.

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 VÅRDHYGIEN

Att det behöver planeras in för regelbunden mätning av följsamheten

Att det behöver upprättas en rutin för utbildning i vårdhygien mins en gång/år

Att verksamheten ser över behovet av att inrätta hygienombud och träffar

MEDICINTEKNISKA PRODUKTER/ HJÄLPMEDEL

Alla verksamheter inom hälso-och sjukvård är skyldiga att upprätta kvalitetsledningssystem detta gäller även medicintekniska produkter (SOSFS 2005:12)

Genom riktlinjer och rutiner uppnås kvalitetssäkring då dessa ska tydliggöra ansvar, och roller samt vad som gäller utifrån lagar och föreskrifter.

Vägledande faktorer för kvalitetssäkring/utveckling är säkerhet, tillgänglighet, tillförlitlighet och ekonomi.

Förslag på rutin är framtagen och målet är att det ska färdigställas under 2020 Denna rutin beskriver förslag på vad som bör gälla beträffande bassortiment på särskilda boende, boende i omsorgen om funktionshindrade, korttidsboende, hemtjänst och dagverksamhet samt eget köp för brukare.

När det gäller medicintekniska produkter så finns register för de produkter som används på enheten och det finns. Bruksanvisningar finns tillgängliga för användarna. Det finns rutiner för återkommande utbildning i användandet av medicintekniska produkter. Det sker vid förflyttnings utbildning årligen för vikarier och under en 3års period för tillsvidareanställda. När det gäller besiktning av produkter så sker det årligen av de inköpta produkterna. Övrig besiktning sker av länservice

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 MEDICINTEKNISKA PRODUKTER

Att under 2020 fastställa riktlinjer/rutiner för medicintekniska produkter

Att under 2020 göra en översyn av inköpta produkter och att de är registrerade

KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Antal händelser är 7 st som hanterats i verksamheten. Ingen har gått vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan har hanterats i kvalitetsarbetet

LÄRDOMAR

De lärdomar som setts är att de flesta av inkomna klagomål och synpunkter handlar om att det har brustit i kommunikationen med anhöriga/närstående. Information kan bli bättre. tex genom tydligare information om verksamheterna, roller och förväntningar.

UTVECKLINGSOMRÅDEN KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER 2020

Säkerställa att individen och närstående har möjlighet att lämna in synpunkter och klagomål

Att individen och deras närstående får information gällande klagomål och synpunkter

Att utredningen synliggörs enligt föreskriften SOSFS 2011:9

Att det tydliggörs vem som ska sammanställa socialtjänsten/hälso- och sjukvårdens inkomna klagomål och synpunkter

Att göra rutinen känd i verksamheten.

HÄNDELSE OCH VÅRDSKADOR

Hantering av negativa händelser när det gäller hälso och sjukvård är väl förankrad i verksamheten. Det skickas in avvikelser på händelser i stort utsträckning. De flesta av dessa har inte lett till vidare utredning utan hanteras i verksamhetens kvalitetsarbete.

Det är viktigt att händelser identifieras och hanteras i verksamheterna. De händelser som inträffat handlar framförallt om läkemedel och uteblivna doser. För att underlätta hantering kring det praktiska vid överlämning och hantering av delegerade insatser så har kommunen nu satsat på digitalisering av de insatser som är delegerade för att underlätta organisationen kring delegerade insatser.

SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

6§ inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet

7§ på grundval av resultaten av de aktiviteter som angetts ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet

ANALYS

Utifrån de identifierade områdena för utveckling under 2019 har det mesta påbörjats eller genomförts . Arbetet fortsätter under 2020 för det som kvarstår.

Den fortsatta planeringen för utvecklingsbehoven sammanställt i slutet av dokumentet.

SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

I samband med att en individ har behov av hälso och sjukvårdsinsatser så sker en samordnad individuell plan tillsammans med närstående och patient.

Vid inflyttning till särskilt boende så är det enhetschefen som håller i ett så kallat inflyttningssamtal där många praktiska frågor hanteras tillsammans med närstående. Närstående/närstående erbjuds delta i genomförande planen om inte hinder föreligger hos individen

När en individ kommer till korttids för första gången så är sjuksköterskan med i ankomstsamtal med närstående och patient.

I planering för de hälso och sjukvårdsinsatser som en patient behöver så tas kontakt när behov med närstående. Dialog sker fortlöpande om deltagande,

Det finns ett behov uttalat om att utveckla hur hälso och sjukvårdsenheten ska möta patient och närstående i den fortsatta samverkan när det gäller hälso och sjukvårdsinsatserna och i samverkan när det gäller patientsäkerhetsarbetet. Detta arbete har påbörjats i samverkan med hälsocentralen. Arbetet innebär implementering av den nationella vårdplanen för palliativ vård (NVP)

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE

Att fortsätta planeringen för hur samverkan mellan patient och närstående ska ske inom de hälso och sjukvårdsinsatser som det finns behov av.

Att planera för hur vi kan göra patienten och deras närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet

Att fortsätta arbetet med Nationell Vårdplan Palliativ vård (NVP)

MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Beskriv, utifrån analys av tidigare redovisade resultat kopplat till satta mål, kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet.

Patientsäkerhetsarbetet pågår aktivt i hälso-och sjukvårdsenheten mindre arbetsgrupper sätts in när risker identifieras.

Hemsjukvård är ett område där den externa samverkan är en fara för patientsäkerheten. Det finns länsövergripande samverkansriktlinjer som kontinuerligt behöver följas upp och utvärderas på lokal och regional nivå. *Ett stort problem är att det saknas ett tydligt forum för dessa strategiska frågor på regional nivå där kommunal medicinsk kompetens finns representerad.* Den kommunala hälso- och sjukvården blir allt större och mer avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter kommer att kunna utföras i hemmet. I samverkansorgan för dessa viktiga frågor behöver även medicinsk kompetens från kommunsidan vara delaktig. I Sverige finns ungefär 400 000 individer inskrivna i hemsjukvård vilket innebär att det är Sveriges största sjukvårdsområde.

De utmaningar som är inom patientsäkerhetsområdet generellt och de utmaningar som hälso-och sjukvården står inför kommande år är enligt nedan.

KOMPETENSFÖRSÖRJNING

BRIST PÅ LEGITIMERAD PERSONAL.

- Konkurrens om personal.
- Kommunen påverkas negativt av Regionens brist på hälso- och sjukvårdspersonal. Antalet vårdplatser minskar och trycket på kommunal vård ökar.

ÅLDRANDE BEFOLKNING INNEBÄR

- Ökat behov av hälso- och sjukvård.
- Många multisjuka med flera kroniska sjukdomar.
- Förändrade behandlingsstrategier. Fler kan vårdas i hemmet.
- Leder till en förskjutning av vården till kommunens ansvarsområde.
- Kommunens vård är primärvårdsbaserad och utvecklas i riktning mot ett ökat ansvar för kommunen
- Kommunens resurser ser annorlunda ut än sjukhusets slutenvård.
- Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal saknar utbildning för vårdförskjutningen

SAMVERKAN MED REGIONEN

- Viktigt med samverkan för att hela hälso- och sjukvårdskedjan skall fungera och att resurser användas på bästa sätt.
- Båda parter måste vinna på samverkan.
- Det skall vara tydlig gränsdragning mellan huvudmännen. Basal alternativt avancerad vård.
- Vården skall vara evidensbaserad av god kvalitet och patientsäker.
- Viktigt att prestationsersättning/ stimulansmedel fördelas till all hälso- och sjukvård både landstingsfinansierad och kommunal

SAMMANSTÄLLNING AV UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020

UPPFÖLJNINGSSOMRÅDE 2020 INFORMATIONSSÄKERHET

- Att fortsätta i gruppen för arbetet med informationssäkerhet på övergripande nivå.
- Att upprätta lokala rutiner implementeringen av riktlinjen.

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 AVVIKELSEHANTERING/ FALL

- Att fortsätta med utvecklingen av avvikelsemodule
- Enheterna bör se över rutiner för hur en mer övergripande uppföljning av avvikelserapporterna ska se ut, utifrån den uppdatering som sker av den övergripande riktlinjen.
- Enheterna bör se över hur samverkan ska se ut mellan legitimerad personal och enhetschef och undersköterskor beträffande det förebyggande arbetet.
- Att påbörja implementering av upprättad rutin för fallprevention

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 LÄKEMEDEL

- Fortsatt läkemedelsgenomgång gällande olämpliga läkemedel
- Fortsatt arbete med **att minska** antalet felaktiga läkemedelshändelser

UPPFÖLJNINGSSOMRÅDE 2020 BEDÖMNINGSSINSTRUMENT

- Att utveckla användandet av evidensbaserade bedömningsinstrument
- Att göra en kartläggning över vilka bedömningsinstrument som ska användas i den kommunala hälso- och sjukvården
- Fortsatt arbete med att upprätta rutin för registrering i Senior Alert

UPPFÖLJNINGSSOMRÅDE 2020 SAMTYCKE

- Att årligen följa upp den information som lämnas ut till individen och deras anhöriga
- Att genomföra en uppföljning kring hur/var samtycke ska registreras i dokumentationssystemet för att kunna följa upp det bättre

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 JOURNALGRANSKNING

- Uppdatering av uppgifterna om samtycke på särskilt boende
- Uppdatering av uppgifterna om samtycke gällande informationsutbyte med annan vårdgivare
- Uppdatering av uppgifterna om samtycke att ingå i nationella register
- Uppdatering av registrering gällande överkänslighet
- Uppdatering av vårdplaner/rehab planer gällande uppföljning mins 1ggr/år
- Att se över orsaken till att munhälsobedömning och inkontinensbedömning inte genomförs i önskad utsträckning samt planera in åtgärder.
- Att färdigställa rutin för att registrera i nationellt kvalitetsregister
- Att under 2020 genomföra 1 journalgranskning inom hälso-och sjukvårdsenheten

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 RISKBEDÖMNINGAR/ RISKANALYS

- Fortsätta utveckling av de riskbedömningsinstrument som verksamheten använder
- Det har framkommit att dokumenterade riskbedömningar behöver en översyn i verksamheten

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 SAMVERKAN MELLAN VÅRDGIVARE

- Fortsätta implementera samverkans rutiner utifrån lagstiftning
- Fortsatt utveckling av samverkan tillsammans med de olika vårdgivarna

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 VÅRDHYGIEN

- Att det behöver planeras in för regelbunden mätning av följsamheten
- Att det behöver upprättas en rutin för utbildning i vårdhygien mins en gång/år
- Att verksamheten ser över behovet av att inrätta hygienombud och regelbundna träffar

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 MEDICINTEKNISKA PRODUKTER

- Att under 2020 fastställa riktlinjer/rutiner för medicintekniska produkter
- Att under 2020 göra en översyn av inköpta produkter och att de är registrerade

UTVECKLINGSOMRÅDEN KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER 2020

- Säkerställa att individen och närstående har möjlighet att lämna in synpunkter och klagomål
- Att individen och deras närstående får information gällande klagomål och synpunkter
- Att utredningen synliggörs enligt föreskriften SOSFS 2011:9
- Att det tydliggörs vem som ska sammanställa socialtjänsten/hälso- och sjukvårdens inkomna klagomål och synpunkter
- Att göra rutinen känd i verksamheten.

UTVECKLINGSOMRÅDEN 2020 SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE

- Att fortsätta planeringen för hur samverkan mellan patient och närstående ska ske inom de hälso och sjukvårdsinsatser som det finns behov av.
- Att planera för hur vi kan göra patienten och deras närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet
- Att fortsätta arbetet med Nationell Vårdplan Palliativ vård (NVP)