

Patientsäkerhetsberättelse

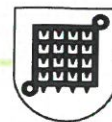
Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse Sektor Omsorg

Sammanställd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska

2019

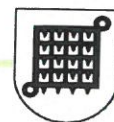




Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska innehålla uppgifter om hur man under det gångna året arbetat med patientsäkerhetsarbetet och hur man samverkat för att förebygga risker och vilka egenkontroller man gjort för att mäta vårdkvalitén.

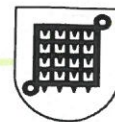
I berättelsen ska vårdgivaren redovisa avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt om händelser utretts enligt patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.



Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Övergripande mål och strategier	7
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	8
Struktur för uppföljning/utvärdering	10
Uppföljning genom egenkontroll	11
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	13
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	15
Riskanalys.....	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	17
Klagomål och synpunkter	18
Sammanställning och analys.....	19
Samverkan med patienter och närstående.....	21
Resultat	22
Övergripande mål och strategier från föregående år	29
Övergripande mål och strategier för kommande år	30



Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Det har hänt mycket under 2019

Digitalisering Digitala signeringslistor är implementerade. Breddinfört att legitimerad personal dikterar dokumentationen till journalsystem via app i mobiltelefon.

Dokumentation Medicinsk sekreterare dokumenterar diktat från legitimerad personal. Arbete med KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder) är implementerat.

Läkemedelshantering En oberoende granskning av vår läkemedelshantering är utförd av leg. farmaceut. Digitala delegeringstest har köpts in.

Vårdhygien Hygienombuden genomför självskattning av basala hygienrutiner 4ggr/år. Följsamheten till basal hygienrutiner är hög.

Demensvård Ny personal går webbutbildning i demensvård. De får även delta i intern utbildning i demensvård innan de börjar arbeta. Kommunen har certifierade utbildare i BPSD. Det har skrivits en handlingsplan för BPSD i kommunen. Lokalt vårdprogram för demens har skrivits och implementerats under året.

Utbildningsinsatser

- Utbildning för Samverkande sjukvårdsuppdrag. D-HLR, RETTS, behandlingsriktlinjer. Sjuksköterskor.
- KVÅ-koder, sjuksköterskor
- Sårutbildning högskolan, sjuksköterskor
- Utbildning kring madrasser, sjuksköterskor
- Utbildning kring inkontinens, sjuksköterskor
- Utbildning diabetes, sjuksköterskor
- Sårutbildning, sårombud
- Hygienutbildning, hygienombud
- Delegeringsutbildningar, omsorgspersonal

Genomförda egenkontroller på SÄBO visar bra resultat. Målet med nattfasta på max 11 timmar har ökat något under 2019. Antal personer med BMI mindre än 22 minskar. Det är i år 23%. Den vanligaste orsaken till risk för undernäring som har identifierats är bakomliggande sjukdom.

Även en del personer i ordinärt boende har fått riskbedömning i Senior Alert i år.

Trycksårsfrekvensen ligger på 6 % av alla registrerade i Senior Alert vilket är en förbättring från tidigare år.



Resultaten i Palliativregistret ligger på ungefär samma nivå som tidigare med en något förbättrad frekvens av användande av validerade smärtskattningsinstrument.

Antalet fall ökar i antal mot förra året men färre allvarliga skador. Vi kommer fortsätta att satsa på balans- och styrketräning ihop med förebyggande åtgärder som halksockar, fallskyddsmattor och dyl.



Övergripande mål och strategier

Anvisning

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

I kommunens övergripande verksamhetsplan finns inga specifika mål för den kommunala hälso- och sjukvården. Men några mål påverkar patientsäkerheten i rätt riktning. Tex.

- God och vällagad mat i egna kök. När maten smakar bra äter man bättre och risken för undernäring minskar.
- att få bo tillsammans på äldreboendet även om bara den ena parten har omsorgsbehov ökar trygghet och nöjdhet och bidrar till en god psykisk hälsa.
- heltidstjänster inom äldreomsorgen ökar kontinuiteten i personalgrupperna vilket är positivt ur patientsäkerhetssynpunkt.

Äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården har fortsatt arbetat i linje med regeringens mål och VästraGötalandsregionens satsning på "Bättre liv för sjuka äldre".

Fokusområden är:

- SIP, Samordnad Individuell Plan där kommunen jobbar efter rutiner framtagna av regionen och använder regionens webbutbildning om SIP.

- Mobil närsjukvård, Målet är att erbjuda de mest sjuka äldre primärvård/specialistvård via hembesök.

- Kunskapsbaserad vård. Vi arbetar enligt nationella och regionala riktlinjer och använder oss av kvalitetsregister för att kunna leverera en patientsäker vård av hög kvalitet.

- God och säker läkemedelsbehandling. Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enl. regionens medicinska riktlinje. Olämpliga läkemedel ska undvikas om de går. Patienterna ska få rätt medicin i rätt dos vid rätt tid! Hanteringen ska vara säker. Digitala signeringslistor har implementerats under 2019. Loggbara läkemedelsskåp finns på i stort sett samtliga SÄBO-platser.

- Trygg och säker vårdövergång. Nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta kräver ett nytt arbetssätt som jobbats vidare med i samverkan med Närhälsan under 2019.

Dessutom ska vi i arbetet med äldre;

- Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.

□



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Förutom linjeorganisationen kan det vara bra att även beskriva högsta ledningens stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet t. ex vårdhygien, smittskydd, Strama, Patientnämnden, patientsäkerhetsenhet eller motsvarande.

Socialnämnden ansvarar för att;

- den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagets krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i Färgelanda kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

Socialchef/Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns

MAS ansvarar för att;

- rutiner för hälso- och sjukvårdsarbete finns och är kända av personalen
- behovet av läkarkontakt tillgodoses
- att delegeringar utförs så att patientsäkerheten bibehålls
- rutiner finns för säker läkemedelshantering
- anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada
- kontrollera att krav och mål uppnås

Enhetschefer ansvarar för att;

- se de olika processerna i verksamheten
- att personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Stödfunktioner;

Vårdhygien - hygiensköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården

- utarbetar kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet
- erbjuder regelbunden utbildning och rådgivning
- skapar verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard

Tandvårdsenheten

- erbjuder årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård



Patientnämnden

- Klagomål och synpunkter ska i första hand hanteras av kommunens verksamheter. Patientnämnden kan stötta patienter som ändå inte känner att de fått klarhet i en negativ händelse.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Anvisning

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Beskriv hur ni systematiskt följer upp patientsäkerhetsarbetet. Beskriv era rutiner för att analysera och återkoppla resultat till högsta ledningen från lokala, regionala och nationella mätningar samt hur ni initiera förbättringar som krävs utifrån resultaten.

Ex.

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via patientsäkerhetsronder. *Beskriv hur patientsäkerhetsronderna går till och hur återkopplingen sker till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Smittskyddsenheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar två gånger om året. *Beskriv hur smittskydd återkopplar analysen till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Strama analyserar antibiotikaförskrivningar månatligt. *Beskriv hur Strama återkopplar resultaten till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Resultat av egenkontroller och uppföljningar sammanställs fortlöpande och läggs in i kvalitetsledningssystemet.

MAS och enhetschefer analyserar först var för sig, och sedan tillsammans resultaten och presenterar på ledningsgrupp, äldrechefsmöten och APT. Personalens delaktighet med erfarenheter och förslag är viktig för att driva kvalitetsarbetet framåt.

Vid dessa möten på både lednings- och verksamhetsnivå, utvärderas resultaten och man tar ställning till hur det fortsatta arbetet skall bedrivas, om insatser behövs och vilka delar man ska satsa på.

På ledningsgruppsmöten deltar socialchef/verksamhetschef samt utvecklingschef och görs då uppmärksamma och delaktiga i verksamheternas resultat och planering av åtgärder.

Åtgärder planeras och läggs in i kvalitetsledningssystemet där tidsplan och resultat visas.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs för nämnden. Då redovisas det viktigaste och ev. nytt innehåll.

2019 har sektorn haft verksamhetsmöten där fokus på kvalitet och utveckling ska gå som en röd tråd genom året.



Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning

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

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Beskriv vilka källor som ni har använt i er egenkontroll för ökad patientsäkerhet, omfattning och frekvens samt vad analysen kom fram till.

Beskriv gärna hur resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten.

Exempel på källor som ni kan ha följt upp och analyserat:

PPM-VRI

PPM-BHK

Infektionsverktyget

Strukturerad journalgranskning

PPM-trycksår

Antibiotikaförskrivning

Patientkultutmätning

Senior alert

Avvikelse rapporter

Egenkontroller i kommunal hälso- och sjukvård.

Regelbundna loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Magna Cura.

Journalgranskning av leg.personals journalföring.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) av fall-trycksår-nutrition-munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av fallrapporter/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

punktprevalensmätning av trycksårsfrekvens på SÄBO enl. Senior Alert. (nationellt kvalitets register)
Har inte genomförts 2019 nationellt.

Registrering i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Registrering i BPSD (nationellt kvalitets register)

Uppföljning av läkemedelsavvikelser/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av regionen.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Utförs av leg. apotekare.



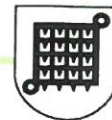
"Egenkontroll - vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg" har genomförts under hösten. Utarbetad av Vårdhygien, NU-sjukvården.

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. 4ggr/år

Deltar i HALT, Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar. Har nationellt inte genomförts under 2019.

Regelbundna loggkontroller i SAMSA (system att följa vårdprocessen vid in och utskrivning från slutenvård)

Loggkontroll signeringssystem Appva.



Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till era mål och strategier. Tex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- Arbetet med att registrera KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder) har implementerats.
- Medicinsk sekreterare har anställts 2018 i syfte att omfördela tid som legitimerad personal lägger på dokumentation. Implementering har skett under 2019 och är helt breddinfört. Detta arbetssätt har ökat patientsäkerheten då legitimerad personal har möjlighet att diktera direkt efter ett besök medan händelsen är dem färsk i minnet. Det har även fått effekt i att legitimerad personal frigörs tid till att utföra uppgifter som endast legitimerad får utföra. Dessa uppgifter ökar i och med skärpt lagstiftning. Dokumentationen har fått en tydligare struktur i journalsystemet.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsinsatser som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- Ny personal på demensenheter har fått utbildning för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har två utbildare inom systemet och blir på så vis självförsörjande vad gäller fortbildning inom BPSD för nyanställd personal. Det planeras in utbildningar i ett årshjul.
- Handlingsplan för BPSD har skrivits.

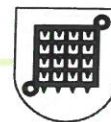
Fallprevention

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker för fall i Senior Alert.
- Erbjuder höftskyddsbyxor för de vårdtagare med identifierad fallrisk för att undvika höftfrakturer.
- Erbjuder halkskyddssockar för de vårdtagare med identifierad fallrisk.
- Det finns ett plexiglasskydd, halvskydd, till säng att erbjuda i de fall där vårdtagare är benägna att rulla ur sängen.
- Det finns tryckfördelande matta brevid sängen i de fall vårdtagare har benägenhet att rulla ur sängen.
- Två lyftar finns där vårdtagaren reses upp till sittande ställning efter fall. Den här typen av lyft är lättare att använda i trånga utrymmen och patienten behöver inte flyttas på golvet i samma utsträckning för att få plats att komma upp. Den är även lättare för personalen att hantera mobilt.

Nattfasta

- Fortsatta egenkontroller för att minska nattfastan för boende på SÄBO

Palliativ vård



- En struktur finns som stöd för sjuksköterskorna vid efterlevandesamtal.
- Regelbundna nätverksträffar för sjuksköterskor kring palliativ vård, anordnas av palliativa teamet.
- Statistik följs regelbundet från palliativregistret och diskuteras med legitimerad personal.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. apotekare.
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som är delegerad enligt årshjul.
- Loggbara läkemedelsskåp på i stort sett alla SÄBO
- Digital signering har implementerats i hela kommunen.

SIP

- Ett nytt arbetssätt utifrån lagstiftning (Lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården).
- Ny struktur i sjuksköterskegruppen där en sjuksköterska är huvudansvarig för SIP

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det delas ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Rutin har skapats för att säkerställa hantering av antidecubitusmadrasser (madrasser som motverkar trycksår).
- Två sjuksköterskor har gått högskoleutbildning i sårvård.
- Regelbundna nätverksträffar med sårombud i kommunen. Utbildning med olika teman vid träffarna.

Nätverk

- Kommunen har sjuksköterskerekopresentanter i nätverk om palliativ vård, vårdhygien, demens och samverkande sjukvård för att få till sig det senaste inom dessa områden.
- Kommunen har rehabrepresentanter i nätverk kring hjälpmedelsforum, dialogmöten och Dalslandsgemensamt nätverk kring samarbetsfrågor.

Rehabilitering

- Rehabiliteringsassistenter frigör tid för arbetsterapeuter och fysioterapeuter så att de kan utföra arbetsuppgifter som endast legitimerad personal kan utföra. Det har medfört att fler har kunnat genomföra träningsprogram och träning i grupp har ökat.

Delegerade uppgifter

- Rutin och struktur finns för hur delegerade uppgifter beställs från hemsjukvård till hemtjänst.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering
- MAS-möten med legitimerad personal
- Närsjukvårdsmöten 2ggr/termin. Hemsjukvård/vårdcentral/folktandvård/ambulansvården
- Avtal med primärvården om läkarinsatser för patienter i hemsjukvården och boende på SÄBO. Dessutom viss handledning och utbildning för personalen.
- Möte med lokala IT-enheten 1 gång/ månad
- Årliga möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Regionalt

- Representanter från regionen bjuds in till lokala närsjukvårdsmöten. Inbjudan görs till den verksamhet där frågor behöver diskuteras. Regionen kan från sitt håll bjuda in sig till dessa möten för information och diskussion.
- Nätverk för;
 - legitimerad personal (rehab, palliativvård, vårdhygien, demens, samverkande sjukvård, dialogmöten hjälpmedelsforum och Dalslandsgemensamt nätverk för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.)
 - MAS:ar i Fyrbodal och VG-regionen
 - enhetschefer för legitimerad personal
 - socialchefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård
 - Avtal med regionen för upphandling av Nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
 - Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
 - Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
 - Vård & Omsorgscollege i Fyrbodal. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.
 - Samarbete med samverkande sjukvård
 - Vårdsamverkan i arbetsgrupper kring säker hemtagning från slutenvården psykiatri



Risikanalys

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv er rutin för riskanalyser dvs. hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Beskriv gärna inom vilka områden som riskanalyser har genomförts samt omfattning.

Vår rutin följer rekommendationerna i Socialstyrelsens Handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk& händelseanalys. Rutinen är en kort beskrivning av hur riskanalys skall utföras. Handboken används som stöd vid genomförande av riskanalyser.

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. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalys är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

Det är önskvärt att arbetet med riskanalyser påbörjas i samband med planering eller utveckling av en process, finns med under hela processens livscykel och justeras successivt när ny kunskap eller avvikelser kommer fram.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalys.

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

En analys på lokal nivå utförs på enhetens egna processer eller i samarbete med närliggande enheter på gemensamma processer. Lättast att påverka är de egna, lokala processerna.

En analys på övergripande organisatorisk nivå kan göras inför större förändringar som påverkar flera verksamheter. Riskanalys på övergripande nivå är ofta mer komplex och tidskrävande än en analys på lokal nivå.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Anvisning

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

Avvikelser

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterade risker och händelser.

Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i avvikelsemodulen i Magna Cura.

I rapporten beskrivs hur händelsen tas om hand, omedelbart samt på lång sikt. Här finns även möjlighet att kort beskriva orsak till händelsen om man vet detta.

Samtliga rapporter skall kvitteras av leg.personal, enhetschef samt MAS i nämnd ordning. Vid allvarliga händelser informeras MAS direkt som utreder och tar ställning till om en anmälan om vårdskada eller risk för vårdskada enl Lex Maria skall göras.

Avvikelser med medicintekniska produkter kan även bli aktuella för anmälan till Läkemedelsverket och tillverkare.

MAS gör varje månad en sammanställning av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser som mailas ut till leg.personal och enhetschefer och redovisas i kvalitetsledningssystemet.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och vad man ev. skall åtgärda för att det inte skall inträffa igen.

De avvikelser som dominerar är läkemedelsavvikelser om osignerad dos samt fallrapporter.



Klagomål och synpunkter

Anvisning

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter analyseras och hur resultaten återkopplas till verksamheten.

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns. Dessa kan mottas både skriftligt och muntligt. Även anonymt, med då kan man inte få någon återkoppling. Blankett för klagomålshantering finns på kommunens hemsida, på medborgarkontoret, samt ute på boendeenheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar ev. åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärendena tas upp på APT och ev. ledningsgrupp eller äldrechefsmöten om de berör flera enheter eller hela verksamheten. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetssätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete.

Under 2019 inkom inget klagomål på hälso- och sjukvården.



Sammanställning och analys

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av klagomål och synpunkter.

Beskriv också hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Tips! Gör en samlad analys av Lex Maria, ärenden från IVO, Patientnämnden och Nationellt IT-stöd för HändelseAnalyser (NITHA).

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Inget ärende är anmält till IVO för allvarlig vårdskada.

Vårt eget system för avvikelshantering visar att;

Det sker ett aktivt proaktivt arbete genom kvalitetsregister och omvårdnadsplaner med fallförebyggande åtgärder. Detta till trots syns en minimal ökning av fall under 2019. Det har varit 7 fall som lett till allvarliga skador.

I 32% av alla dokumenterade fall bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en ökning totalt sett från förra året då höftskyddsbyxa användes i 17% av fallen. Vid risk för fall erbjuds den enskilde höftskyddsbyxor som frakturförebyggande åtgärd. Halksockar används framför allt på natten. Fortfarande sker de flest fall under natten. Frakturförebyggande mattor finns att lägga bredvid sängen om vårdtagare har tendens att rulla eller kasa ur.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat i antal under 2019. 37% av avvikelserna handlar om osignerad given dos, 13% om signering oförsvarbart lång tid efter given dos. Förra året dominerade kvarglömd dos vilket har minskat till 9% (48% 2018) troligen på grund av digitalt signeringssystem.

8 avvikelser med medicintekniska produkter som främst rör handhavande av antidecubitusmadrasser (madrasser för att undvika trycksår).

Vi har skickat

- 2 avvikelser till NU-sjukvården. Den ena angående läkemedelslista som inte stämmer och den andra om ett venflon som inte var borttaget innan hemgång.

- 1 avvikelse till Närhälsan Färgelanda angående ordination av läkemedel

Vi har mottagit

2 avvikelser från NU-sjukvården. Den ena handlar om medföljande personal till sjukhus och den andra om ett feltaget blodprov.

Analys

Under 2019 har antalet avvikelser i den egna verksamheten ökat. Vi har skickat färre avvikelser än förra året. Det externa avvikelssystemet är ändrat och avvikelserna ska skickas direkt till enhetschef på berörd enhet.

Antalet fallrapporter ökar men allvarliga skador i samband med fall har minskat något. Vi har arbetat aktivt med att erbjuda höftskyddsbyxor (kostnadsfritt), halksockar, fallskyddsmattor och träning. Många nekar till frakturförebyggande åtgärder i form av höftskyddsbyxa, vilket är frivilligt. Samtliga



patienter inskrivna i hemsjukvård får minst årligen en läkemedelsgenomgång av distriktsläkare.

Efter riskbedömningar i Senior Alert tar sjukgymnast fram individuella övningar till vårdtagarna som omsorgspersonalen eller rehabiliteringsassistenter stöttar patient att utföra. Regelbundet återkommande grupp-gympa arrangeras på SÄBO och målet är att det ska erbjudas på alla äldreboenden i kommunen.

På demensenheterna jobbar man med BPSD och den genomsnittliga NPI-poängen är lägre på våra boenden jämfört med både VGR och riket. Rörelsefriheten är stor för personer med demenssjukdom och skyddsåtgärder används inte. Det gör att många fallrapporter handlar om att personer "rullat ur sängen", "kanat ur fåtöljen" eller går iväg och glömmer rollator eller att man faktiskt inte kan gå längre. Dessa incidenter genererar många fallrapporter men sällan skador. Med BPSD arbetar vi även aktivt med bemötandeplaner. 100% av de registrerade i BPSD-registret har bemötandeplan.

Läkemedelsavvikelserna ökar i antal men det har skett en förskjutning i vad avvikelserna består i. Det syns med en gång i systemet att ett läkemedel inte är signerat och sjuksköterskorna kan reagera på det. Därav färre kvarglömda doser. Sjuksköterskorna arbetar medvetet med att kontrollera signeringslista och att skriva avvikelser där det saknas signering. De följer upp med personal vad som skett.



Samverkan med patienter och närstående

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

Kommunens pensionärsråd ställer frågor och informeras om kommunal hälso- och sjukvård..

Enhetschefer anordnar närståendeträffar där även sjuksköterskor deltar med information och svarar på frågor.

Vårdtagare får upprepade erbjudande om riskbedömningar och förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist, riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion enligt Senior Alert.

Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården. Det har genomförts utbildning i demenssjukdom för närstående till demenssjuka i samarbete med Närhälsan.

Vid läkemedelsgenomgång skall vårdtagarens och ev. närståendes synpunkter och önskemål efterfrågas.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande. Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Möjlighet finns alltid att både skriftligt och muntlig framföra ris och ros för att bidra till kvalitetsutveckling av verksamheten.

Anhörigstödjare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga.



Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Anvisning

Nedan rubriker är upplagda i rapportmallen. Behöver de justeras görs detta av en superadminstratör i **rapportmallen**.

För att klistra in bilder från ex Senior Alert klicka på ikonen **Infoga Bild** och ladda upp på bläddra. JPEG format rekommenderas.



Läkemedel och äldre

Konsumtion av olämpliga läkemedel är relativt stor i kommunen. Ett långsiktigt förebyggande arbete med tex omvårdnadsåtgärder som BPSD-åtgärd är att föredra. Vissa gånger fungerar det inte med enbart omvårdnadsåtgärder och då måste läkemedel sättas in. Detta ansvarar läkare för.

Kommunen har önskat öka kompetensen inom BPSD som metod och har 2 utbildade sjuksköterskor för att hålla kunskapen levande både inom sjuksköterskegruppen och hos baspersonalen. Utbildningar är inplanerade i årshjul.

Arbetet med digital signering har breddinförts under 2019 och samtliga enheter inom sektor omsorg omfattas av detta.

Dokumentation/ kommunikation

Medicinsk sekreterare finns anställd i hemsjukvården för att i första hand dokumentera för legitimerad personal. Detta förväntas frigöra tid för legitimerade till att kunna utföra sådana uppgifter som endast legitimerade kan utföra. Det innebär en kvalitetshöjning att rätt person gör rätt sak samt att leg. personal dikterar direkt efter ett utfört besök, när händelsen är nära i minnet. Det syns en kvalitetshöjning i journalerna som är mer strukturerade och lättare att hitta i. Arbetssättet startades upp under 2018 och är inarbetat under 2019.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med ex genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i gruppgymnastik på SÄBO. En minimal ökning av fall syns under 2019. I störst utsträckning sker fall på SÄBO demens.

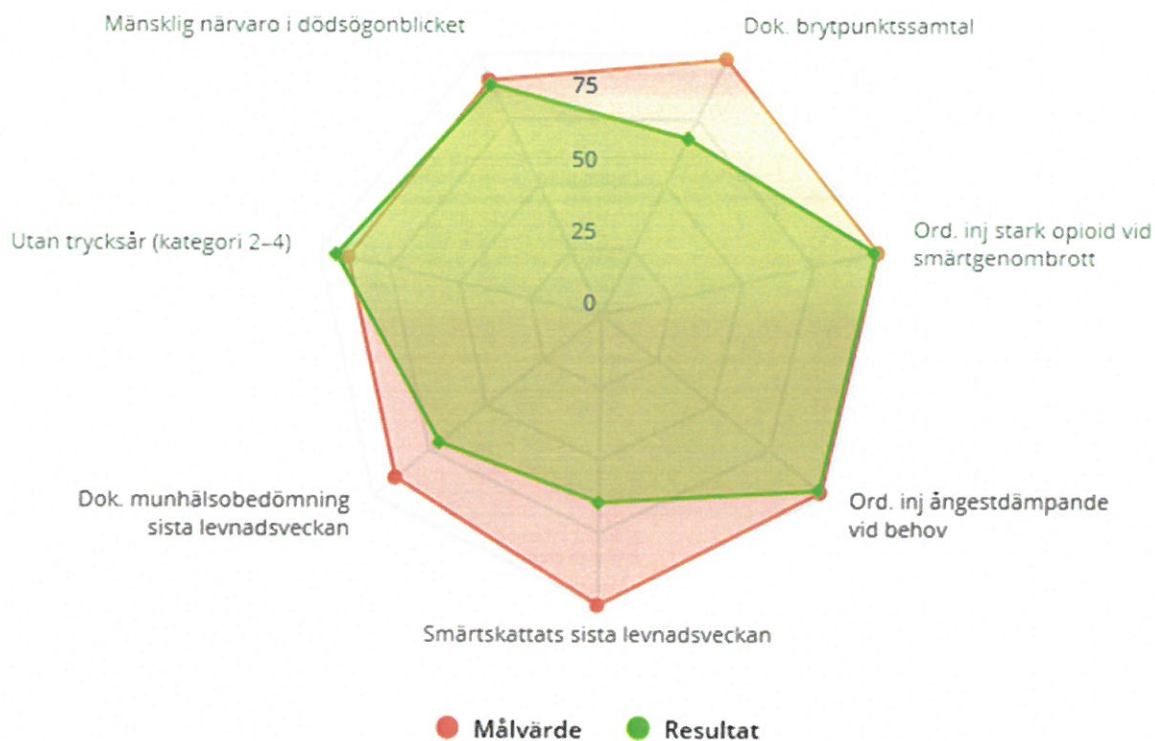
Palliativt arbete

Resultatet visar att vi har hög mänsklig närvaro i dödsögonblicket och att ingen har avlidit med trycksår. Vi behöver arbeta vidare med att använda validerade instrument att smärtskatta sista levnadsveckan men man kan ändå se en ökning från förra året.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2019-12



Vårdhygien

Det hålls träffar med hygienombuden med halvårsintervall. Kommunen ligger bra till i egenkontrollen av basala hygienrutiner.

Redovisning av genomförda egenkontroller

Anvisning

Förtydliga för läsaren vad färgerna innebär?

Grön/Röd = bedömning av genomförd egenkontroll...

[Skulle då kunna läggas in som fast text i avsnittet]

Avvikelsehantering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Omhändertagande av avvikelserapporter i Magna Cura	Halvår	Legitimerad personal, enhetschefer och MAS skall läsa, vb kommentera och alltid kvittera alla avvikelser. Avvikelseerna skall används som	94% av avvikelserna är hanterade av legitimerad personal, 87% är hanterade av chef vilket är ett bättre resultat än



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
		underlag för förbättringsarbete.	tidigare mätningar.

Lex Sarah

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Årlig information av enhetschef.	År	Alla enheter inom Sektor Omsorg skall senast sista februari maila APT protokoll från årets första APT där det framgår att information om Lex Sarah lämnats.	Rutinen om att informera om skyldigheten att rapportera missförhållanden vid årets första APT fungerar.

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Kunskapstest	År	Kvalitén på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	Utbildning i läkemedelshandling samt diabetes och insulinhantering fungerar väl. Kommunen har köpt digitala test som rättas automatiskt. Sjuksköterska går fortfarande igenom testet med den delegerade och för förstagångsdelegation ska även ett praktiskt prov genomföras.

Demensvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudits en skattning var 6:e mån.	Totalt har 46 personer skattats utifrån beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Det har genomförts totalt 98 skattningar under året. Det är en liten ökning från föregående år. Genomsnittligt NPI ligger i Färgelanda på 13,53 men har vissa månader varit så låga som 10,58, jämförts med rikets 19,5 vilket är bra. 100% av de skattade har en bemötandeplan.

Loggkontroll Magna Cura

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll i Magna Cura	Kvartal	Kontroll görs så att ingen personal tar del av information som man inte behöver i sitt yrkesutövande.	Loggkontroll genomförd på slumpvis utvalda personer på Lillågården. Aktiviteten i systemet är olika men inga överträdelse är funna.

Magna Cura - verksamhetssystem

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll i Magna Cura	Kvartal	Kontroll görs så att ingen personal tar del av information som man inte behöver i sitt yrkesutövande.	

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Journalgranskning	År	Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.	Kvalitén på journaler är varierande. Vissa som granskats uppfyller alla krav och vissa saknar stora delar. Mer utbildning inom dokumentation behövs. Vissa sjuksköterskor är nyanställda och med relativ kort erfarenhet vilket skulle kunna avspegla resultatet. Inför 2020 ska ett nytt dokumentationssystem implementeras och en nytt sätt att dokumentera på vilket borde ge ett bättre resultat.

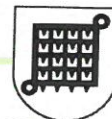



SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	100% av biståndshandläggare SoL loggade. Inga överträdelse funna. God variation i hantering av system.


Senior Alert

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Utförda riskbedömning i Senior Alert	År	Målet är att minst 90% av boende på SÄBO ska ha fått en riskbedömning med åtföljande åtgärder och uppföljning under året.	Två av särskilda boendena uppfyller målsättningen att 90% av de boende ska ha fått en riskbedömning i Senior Alert. Ett boende behöver jobba vidare med riskbedömningar, planerade åtgärder och utvärderingar i Senior Alert. Ena gruppen som jobbar mot ordinärt boende uppnår målsättning om att 90% ska ha fått riskbedömning medan den andra gruppen behöver jobba vidare med detta.
■ Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h hos minst 80% av boende på SÄBO.	Nattfastan har ökat i kommunen till 11h och 40 min i genomsnitt. Variationerna mellan nattfastan är mellan 15,5h till 5,5h. En enhet håller ett genomsnitt under 11h, två av enheterna har nattfasta över 11h i genomsnitt. Målvärde är att inte överstiga 11h nattfasta.
● Uppföljning av fallrapporter/statistik	År	Målet är att antalet fall skall minska	De flesta fall sker under kväll och natt i sovrummet på SÄBO. 7 av fallen har bedömts som allvarliga under året. Ingen har rapporterats som allvarlig vårdskada. Höftskyddsbyxa används i 32% av fallen vilket är en dubbling från förra året och en positiv utveckling.
● Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	År	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	Det är fler inskrivna i hemsjukvården som fått riskbedömning i Senior Alert under 2019 (139) än under 2018 (110). I högre grad genomförs riskbedömningar i ordinärt boende. En positiv utveckling som startade 2018. Totala antalet trycksår har minskat, även de allvarigare trycksåren är färre under 2019 än tidigare. Det är generellt nästan hälften av förebyggande och utförda åtgärder under 2019 jämfört med 2018. Detta trots att trycksåren minskar i antal vilket skulle kunna indikera att patienter har en ökad rörlighet att själva kunna förflytta sig och ändra läge. Det finns nya madrasser i hjälpmedelsförrådet vilket skulle kunna förklara den minskade frekvensen av trycksår, men bara till viss del då det ändå är en planerad åtgärd och dessa har minskat.
● Uppföljning av nutritionsbedömning i Senior Alert	Halvår	Senior Alert ger information om antalet vårdtagare med BMI <22 och vikt nedgång med >5% sedan senaste mätning. Resultaten ska följas upp regelbundet och vara en del av utvärderingen av kvalitetsarbetet inom området nutrition.	Mätningar i Senior Alert visar att färre personer har BMI under 22 trots att bakomliggande sjukdom har ökat som orsak till risk för undernäring. Det planeras i mindre utsträckning för mellanmål, berikning av kost och energi- och proteinrik kost. En minskning av läkemedelsbehandling som bakomliggande orsak vilket skulle kunna vara en del av det aktiva BPSD-arbetet som genomförs i kommunen.
● Uppföljning av munhälsobedömningar i Senior Alert	År	Har alla på SÄBO erbjudits munhälsobedömning? Visar resultatet att förbättringsåtgärder behövs?	Under 2019 genomfördes 136 riskbedömningar för nedsatt munhälsa. 46 personer bedömdes ha risk för nedsatt munhälsa vilket är en förbättring från förra året. Förbättrat resultat där färre personer bedöms ha grad 2 och grad 3 än tidigare år.




Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Uppföljning av bedömd blåsdysfunktion	År	Egenkontrollen ska vara ett underlag för bedömning av om utredning och utprovning sker i tillräcklig omfattning.	Färre riskbedömningar av blåsdysfunktion har genomförts under 2019 än 2018. Där risker har identifierats har orsaksutredning och plan lagts för åtgärder. Vissa enheter har genomfört riskbedömningar på samtliga inlagda i Senior Alert medan andra enheter får jobba vidare under 2020 för att nå ett lyckat resultat.


VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	Under 2019 har 79 ,munhälsobedömningar genomförts av tandhygienist. 25 personer på SÄBO har utbildats i munhälsa av tandvården.


MTP-medicintekniska produkter

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Sammanlagt har 7 incidenter rapporterats kring medicintekniska produkter. Ingen allvarlig värdskada har inträffat. Avvikelser gäller främst felinställda luftmadrasser som används för att förebygga trycksår. Ny rutin har skapats under året och implementerats.



Samverkande sjukvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Riskanalys inför verksamhetsförändring	Halvår	Samverkande sjukvårds påverkan på den kommunala hemsjukvården ska följas upp regelbundet. Man ska titta på volym av uppdrag, tidpunkt för uppdrag, antal uppdrag som nekats samt efterhöra personalens uppfattning.	

Kvalitetsvecka Biståndsenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Journalgranskning	År	Egenkontrollen visar på flera positiva delar men det finns också förbättringspotential. Mer utförlig beskrivning finns i det samlade dokumentet.	

Läkemedelshantering, från ordination till kassation

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Läkemedelsavvikelser	Kvartal	MAS sammanställer läkemedelsavvikelserna i Magna Cura månadsvis. Resultatet redovisas här som egenkontroll.	Totalt 170 avvikelser som rör läkemedelshantering. Det är en ökning från tidigare kvartal. Flest avvikelser angående att signering saknas men även att delegerad har signerat oförsvärligt sent efter det att dosen givits. Endast ett fåtal tillfällen kvarglömd dos som under tidigare år varit flest avvikelser kring.
 Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. åtgärder ska planeras och vara klara innan nästa granskning.	Farmaceut från Apoteket AB har gjort en granskning av läkemedelshantering i hemsjukvården. Läkemedelshantering godkändes och endast små påpekanden om tips på justeringar fördes fram.



KAF - Kommunala Akutläkemedels Förrådet

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Kvalitetskontroll av KAF	År	Svaren som mailas in bedöms av apotekare och MAS får kommentarer om vad som behöver förbättras.	<p>Kvalitetsgranskningen av KAF visar generellt en fungerande läkemedelshantering.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sjuksköterska får inte alltid skriftligt ordinationsunderlag från ordinatören i efterhand vid muntlig ordination. Läkemedelsordinationer är inte alltid fullständiga Ett utrymme där KAF är placerat finns inte möjlighet att tvätta händerna i direkt anslutning

Palliativ vård och Palliativregistret

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Resultat i palliativregistret	År	Resultaten skall förbättras vid varje mätning. Målet är 100% på alla parametrar som redovisas i "spindel nätet".	Kommunen ligger bra till i flera av parametrarna som följs i palliativregistret. Det behöver jobbas vidare med att använda validerad skattningskala för smärtskattning. Kommunen uppnår ändå ett bättre resultat inom områden 2019 jämfört med tidigare år.

MTP - MedicinTekniskaProdukter

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Det har sammanlagt inkommit 8 avvikelser rörande medicinsktekniska produkter. De flesta berör antidecubitusmadrasser (madrasser som motverkar trycksår). Två avvikelser angående trasig dosett vilket hemsjukvården köpt in nya.

Risikanalys, vård- och omsorg

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Riskanalys: Omfördelning av sjuksköterskeansvar	År	Risikanalysen ska hitta ev. risker/problem som en omfördelning av sjuksköterskeansvaret skulle kunna leda till och föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna samt bestämma hur åtgärderna ska följas upp och utvärderas.	
■ Riskanalys: Omfördelning av chefsansvar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården	År	Målet är att omorganisationen skall ske utan att berörd personal upplever osäkerhet kring chefskapet eller kvalitetssänkningar i vård- och omsorgsarbetet.	
■ Riskanalys gällande läkemedelshantering Lillågården 2014	År	MAS redovisar varje månad en sammanställning av läkemedelsavvikelser per enhet och utifrån denna kan man mäta om antalet bortglömda doser minskar efter insatta åtgärder.	
■ Riskanalys: Medicinsk sekreterare	År	Risikanalysen ska hitta ev. risker/problem som en anställning av en medicinsk sekreterare skulle kunna leda till och föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna samt bestämma hur åtgärderna ska följas upp och utvärderas.	
■ Riskanalys: Bilkörning i yrket, hemsjukvården	År	Riskbedömning av bilkörning i yrket har genomförts för identifiera risker och hitta åtgärder för att säkra arbetsmiljö i den	



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
		grad det är möjligt.	
■ Riskanalys: Bemanning hemsjukvården sommaren 2018	År	En riskanalys har genomförts för att identifiera risker och att åtgärda dessa kring patientsäkerhet och i arbetsmiljö vid en lägre bemanning, tillfälligt under sommarsemester.	

Verkställande av insatser utifrån fattat beslut, SoL Äldreomsorg

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Socialstyrelsens Äldre- och Enhetsundersökning	År	Resultatet av enkäten kommer från socialstyrelsen och bedöms av äldreomsorgens enhetschefer under "Kvalitetsveckan" inom sektor omsorg. För resultat som inte håller önskad kvalitet planeras åtgärder. Uppföljning av resultat vid nästkommande enhetsundersökning.	
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura R/T verkställighet inom ÄO	År	Resp. enhetschef ansvarar för att följa upp och vb. sätta in åtgärder så att liknande avvikelser kan undvikas/minska i framtiden.	Det arbetas aktivt med avvikelshanteringen i de olika leden.

Kommunala riktlinjer för vårdhygien

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ BHK - mätning av basala hygienrutiner och klädregler	År	Följsamheten till de basala hygienrutinerna skall vara 100%. Sannolikheten att nå detta mål är liten. Därför eftersträvas en succesiv förbättring vid varje mätning.	
● Självskattning av basala hygienrutiner	Kvartal	Enhetschef lägger in resultaten i checklista i STRATSYS. Målet är 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna. Enhetschef och MAS redovisar resultat i kvalitets- resp. patientsäkerhetsberättelse.	
■ "Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infektionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	Ingen nationell mätning genomfördes under 2019 i Senior Alert.
● Egenkontroll - Vårdhygienisk standard på SÄBO	År	<ul style="list-style-type: none"> Egenkontrollen har fokus på centrala och aktuella vårdhygieniska områden Genomförs av ansvarig chef tillsammans med sjuksköterska och enhetens hygienombud Rekommendationen är att egenkontroll genomförs regelbundet, minst en gång/år. I Färgelanda i mars månad. Vid "nej" i någon av frågorna upprättas handlingsplan för förbättringsarbete <p>Egenkontrollen redovisas av enhetschef i checklista STRATSYS.</p>	Två av enheterna har levererat godkänt resultat. En enhet har inte lämnat något svar.
■ Inventering av madrasser	År	Utifrån resultat ska madrasser bytas ut så att samtliga är godkända. Både överdrag och madrass.	



Övergripande mål och strategier från föregående år

- Fortsatt arbete med digital signering
- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården och diktera till journal och kvalitetsregister
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Färdigställa pandemiplan
- Lokalt vårdprogram för demens
- Fortsatt fallpreventivt arbete

Planering för de två översta punkterna ligger under våren 2018.

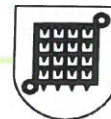
Måluppfyllelse 2019

Flera av målen som sattes för 2019 har uppnåtts. Under 2020 planeras att jobba vidare med:

- Implementera nytt verksamhetssystem med ICF som dokumentationsmodell
- Implementera nytt avvikelssystem för interna avvikelser
- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården både somatik och psykiatri
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Lokalt vårdprogram inom Strokevård efter nya nationella riktlinjer

Välfärdsteknologi

- SIP i hemmet med några deltagare via länk kommer att fortsätta undersökas under 2020



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården både somatiskt och psykiatri
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Implementera nytt verksamhetssystem med ICF
- Fortsatt fallpreventivt arbete.
- Lokalt vårdprogram för nya nationella riktlinjer i strokevård

Välfärdsteknologi

- Arbete för att kunna genomföra SIP i hemmet med några deltagare via länk kommer att fortsätta undersökas under 2020
- Implementera app med SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt Rekommendation) i hemtjänstens telefoner