

# Patientsäkerhetsberättelse

Sektor Omsorg

Antagen av Kommunstyrelsen 2018-04-04, § 43

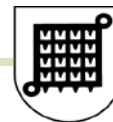


## Sammanställd av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska Maria Lohrant

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 .....	4
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	6
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	7
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	11
Riskanalys.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	13
Klagomål och synpunkter .....	14
Sammanställning och analys .....	15
Samverkan med patienter och närstående .....	16
Resultat .....	17
Övergripande mål och strategier från föregående år .....	25
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	26



## Sammanfattning

Det har hänt mycket under 2017!

**Digitalisering** Vårdplanering på distans har kommit igång och faller väl ut.

**Läkemedelshantering** En oberoende granskning av vår läkemedelshantering är utförd av leg. farmaceut. Vi har investerat i nya, säkrare läkemedelsskåp på två av våra SÄBO och i hemsjukvården.

**Vårdhygien** Arbetet med att skapa struktur kring tvättstuga för att alla ska ha möjlighet att byta om på arbetsplatsen har fortgått. Hygienombuden genomför självskattning av basala hygienrutiner 4ggr/år. Följsamheten till basal hygienrutiner är hög.

**Palliativ vård** Vi har skapat lokal rutin för palliativ vård utifrån de nationella riktlinjerna och implementerat denna på APT ute i verksamheterna.

**Demensvård** Ny personal går webbutbildning i demensvård. De får även delta i intern utbildning i demensvård innan de börjar arbeta.

### Utbildningsinsatser

- Sårläggning och förbandsmaterial, sjuksköterskor och sårombud
- Utbildning för Samverkande sjukvårdsuppdrag. D-HLR, RETTS, behandlingsriktlinjer. Sjuksköterskor.
- Utbildning av ny smärtpump, sjuksköterskor
- Utbildning av nattedialys, sjuksköterskor
- Hot och våld samt våld i nära relationer
- ICF med KVÅ-koder, sjuksköterskor
- Utbildning i D-HLR, sjuksköterskor och omsorgspersonal
- Utbildningsinsats inom psykiatri för omsorgspersonal i hemtjänst och socialpsykiatri.

Genomförda egenkontroller på SÄBO visar bra resultat. Trots att målet med nattfasta på max 11 timmar är uppnått har det ändå skett en ökning av personer med BMI mindre än 22. Det är i år 30%. Den vanligaste orsaken till risk för undrnäring som har identifierats är bakomliggande sjukdom.

**Trycksårsfrekvensen ligger på 18% av alla registrerade i Senior Alert. Av de dokumenterade trycksåren är flertalet av kategori 1 dvs rodnad.**

**Resultaten i Palliativregistret ligger på ungefär samma nivå som tidigare år med den skillnaden att 100% blivit lindrade från illamående i livets slut. Förbättrat resultat även med erbjudet efterlevnadsamål till 93,9%. Nu behöver vi bara lite hjälp från läkare att genomföra fler brytpunktsamtal.**

**Utifrån läkemedelsavvikelser där 63% utgör bortglömda doser och det vid ett tillfälle har lett till anmälan om risk för allvarlig vårdskada planeras under 2018 införas digitala signeringslistor. En påminnelse kommer om dos inte är signerad.**

**Antalet fall är färre än förra året men antalet allvarliga skador är något fler. Vi kommer fortsätta att satsa på balans- och styrketräning ihop med förebyggande åtgärder som halksockar, fallskyddsmattor och dyl.**



## Övergripande mål och strategier

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 planeras att införas under 2018 och nyckelfria läs som kan loggas är bra hjälpmedel som vi hoppas kunna införa.

- Trygg och säker vårdövergång. Nya nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta blir ett område att jobba vidare med den närmaste framtiden.

Dessutom ska vi i arbetet med äldre;

- Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande. Under 2017 arbetades det fram en äldreplan som ska antas av plitiken under 2018.

□



## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### Kommunstyrelsen ansvarar för att;

- den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens 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



## Struktur för uppföljning/utvärdering

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 kommunstyrelsen. Då redovisas det viktigaste och ev. nytt innehåll.

2017 genomfördes kvalitetsveckan i alla verksamheter inom sektor omsorg. "Kvalitetsveckan" ger en tydligare koppling till vårt ledningssystem då det är ett tillfälle att se sammanhanget mellan aktiviteter, egenkontroller och åtgärder och resultaten som levereras.



## Uppföljning genom egenkontroll

### 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 trycksårshälsa på SÄBO enl. Senior Alert. (nationellt kvalitets register)

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 våren 2017. 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.





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

### 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

- Modul för hälso- och sjukvårdsdokumentation enl. ICF är inköpt. Utbildning och implementering påbörjades under 2017 och fortgår under 2018.
- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.

### 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 demensenheterna har fått utbildning för att jobba med registret.

### Sve Dem

- Kvalitetsregister för registrering av demenssjukdomar. Uppstart och implementering under 2017

### 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 halkskyddssockor för de vårdtagare med identifierad fallrisk.

### Nattfasta

- Fortsatta egenkontroller för att minska nattfastan för boende på SÄBO

### Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. apotekare.
- investering i nya läkemedelsskåp för säker förvaring av läkemedel och sårvårdsmaterial
- det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som är delegerad

### Palliativ vård

- Ett lokalt palliativt vårdprogram har utarbetats och implementerats på enheterna

### D-HLR

- Utbildning av omsorgspersonal i D-HLR har genomförts under 2017

### Sårvård

- Utbildning i sårvård har genomförts och kommunens sjuksköterskor och sårombud har deltagit i sårvårdsmässa

### Hot och våld

- Utbildningsinsats i hot- och våld
- utbildningsinsats om våld i nära relationer



## Nätverk

- Kommunen har representanter i nätverk om palliativ vård, vårdhygien och demens för att få till sig det senaste inom dessa områden.



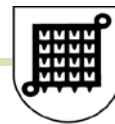
## Samverkan för att förebygga vårdskador

### Lokalt

- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering
- MAS-möten med legitimerad personal 1g/mån.
- MAS-information på APT 1g/år i alla äldreomsorgens och ESS verksamheter
- 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 3-4 ggr/termin
- 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)
  - 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 hygienskoterska (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



## Riskanalys

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.

Riskanalys 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.



## Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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.



## Klagomål och synpunkter

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 2017 inkom ett klagomål på hälso- och sjukvården.



## Sammanställning och analys

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Ett ärende är anmält till IVO, risk för allvarlig vårdskada.

Inga inkomna klagomål har varit relaterade till kommunal hälso- och sjukvård.

### Vårt eget system för avvikelshantering visar att;

Antalet fall har jämfört med förra året minskat med 17%. Under året har det varit 6 fall som lett till allvarliga skador. Det är en ökning med 33%. (från 4 till 6 allvarliga fall).

I 50% av alla dokumenterade fall bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en ökning totalt sett med 28%. Allt fler har också halksockar, ffa på natten. Fortfarande sker de flest fall under natten, 32% vilket är en minskning från föregående år.

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat med 12%. Av dessa är 63% bortglömda doser. En anmälan till IVO har skickats under året med risk för allvarlig vårdskada relaterat till bortglömd dos.

3 avvikelser med medicintekniska produkter vilket är en minskning från föregående år då 5 avvikelser rapporterades.

### Vi har skickat

- 9 avvikelser till NU-sjukvården (flera avvikelser rör SAMSA)

### Vi har mottagit

3 avvikelser från NU-sjukvården. (2 avvikelser rör SAMSA och en teknik som inte fungerat vid vårdplanering).

### Analys

Under 2017 har antalet avvikelser i den egna verksamheten minskat. Vi har skickat något färre avvikelser än förra året.

Antalet fallrapporter minskar men allvarliga skador har ökat. Vi har arbetat aktivt med att erbjuda höftskyddsbyxor (kostnadsfritt), halksockar, fallskyddsmattor och träning. I stort sett samtliga hemsjukvårdspatienter får också minst årligen en läkemedelsgenomgång av distriktsläkare.

Efter riskbedömningar i Senior Alert tar sjukgymnast fram individuella övningar till vårdtagarna som omsorgspersonalen hjälper till med. Regelbundet återkommande grupp-gympa arrangeras på några SÄBO och målet är att det ska snart erbjudas på alla äldreboenden i kommunen.

På demensenheterna jobbar man med BPSD och den genomsnittliga NPI-poängen är lägre på våra boenden jämfört med 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 fätöljen" 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. I genomsnitt ligger Färgelanda högre i andel bemötandeplaner än riket.



## Samverkan med patienter och närstående

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 vårdplaneringen.

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

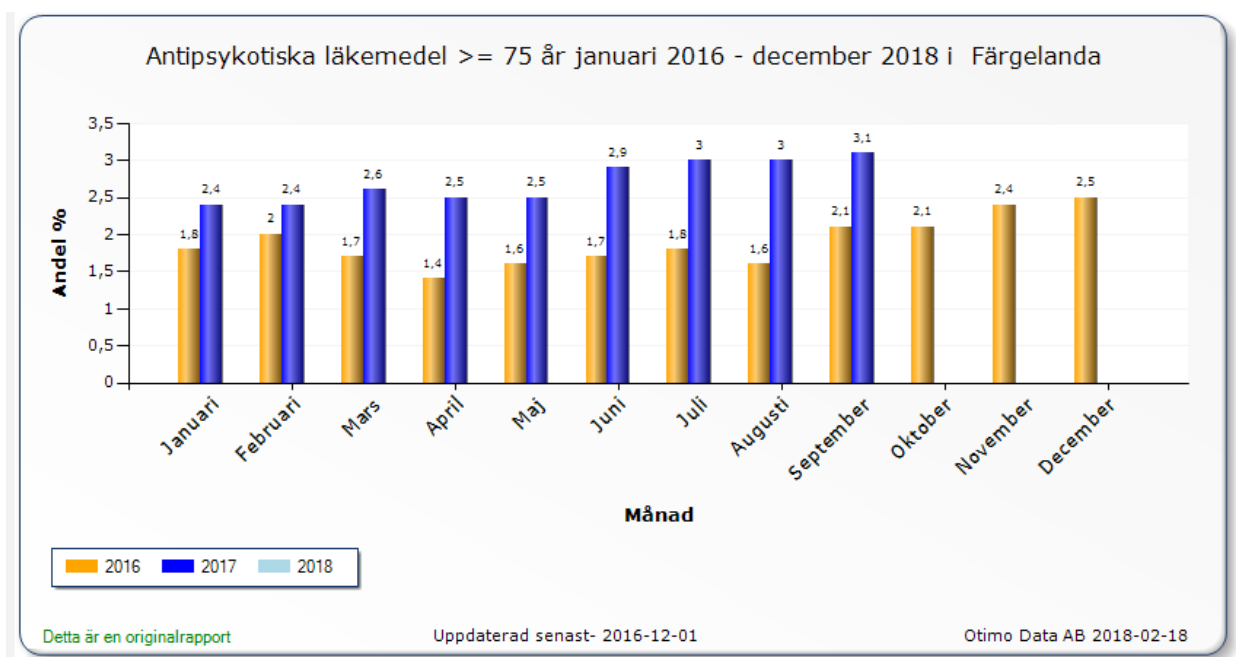
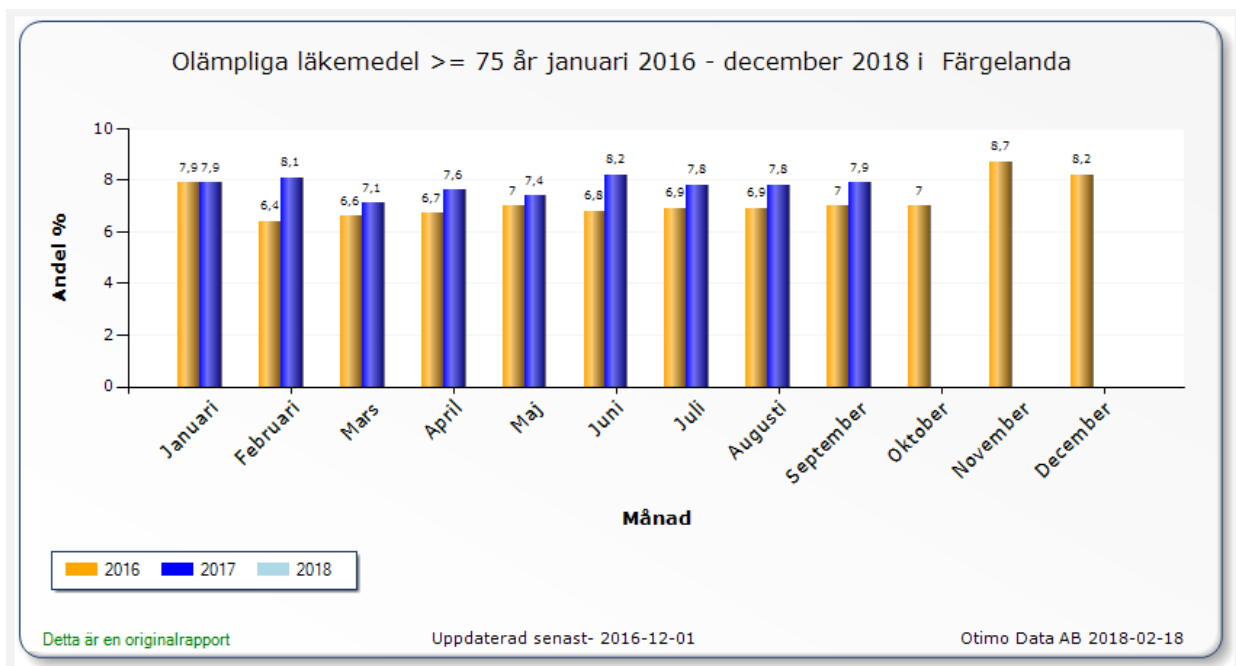
### Redovisning av kvalitetsarbete

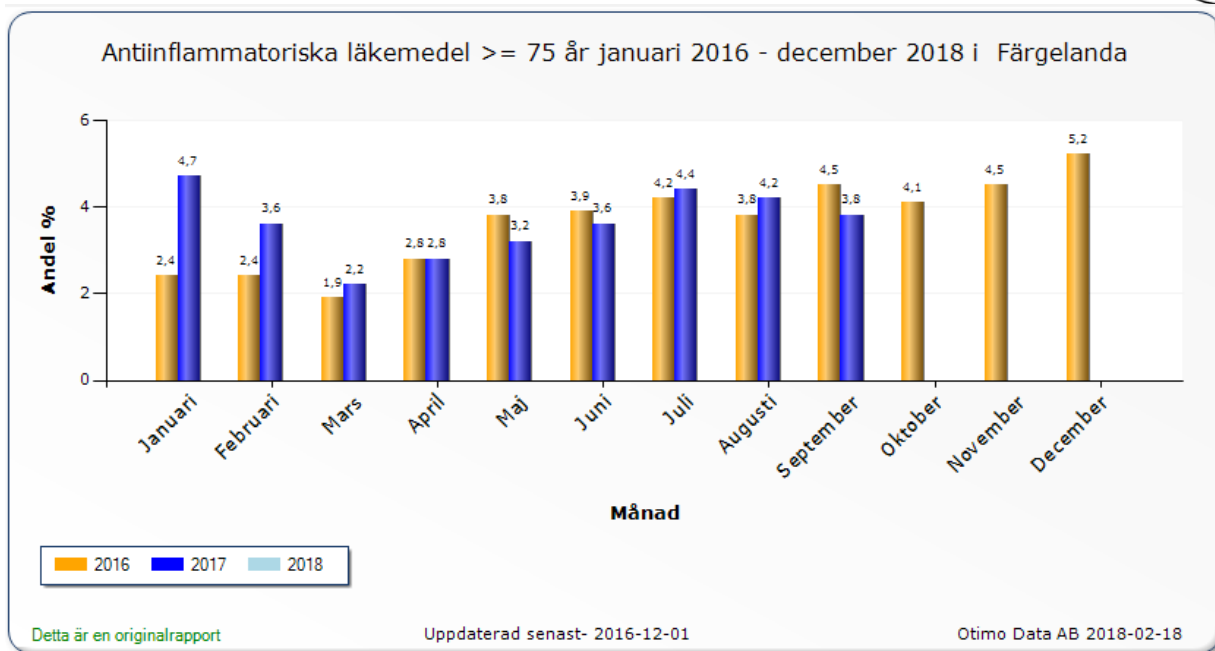
#### Läkemedel och äldre

#### Statistik från Kvalitetsportalen

Receptbelagda läkemedel som förskrivs och också hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Aktuell månad jämförs med samma månad föregående år. Källa: Kvalitetsportalen.se (2018-02-18)

*OBS! Resultatet gäller för alla = 75 år och äldre i Färgelanda kommun. Den kommunala hälso- och sjukvården kan bara påverka de som vi har ett övertageläkemedelsansvar för. Övriga sköts via primärvården.*





## Redovisning av genomförda egenkontroller

### 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. Avvikelse ska användas som underlag för förbättringsarbete.	84% av avvikelserna är signerade av legitimerad personal. 16% av avvikelserna är inte signerade av legitimerad personal. 90% är signerade av chef. 10% av avvikelserna är inte signerade av chef. Det har skett en diskussion under andra halvåret kring avvikelsehanteringen. Flera avvikelser för det första halvåret är signerade under andra halvåret.

### Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Kunskapstest	År	Kvaliteten på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	Utbildning i läkemedel- och insulinhantering inför delegering har omarbetats och uppdaterats. Webbutbildning för de som får sin förstagångsdelegering. De uppdaterade utbildningarna har tagits väl emot.

### Demensvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudas en skattning var 6:e mån.	Under året har 35 boende skattats utifrån beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Man har genomfört totalt 72 skattningar. I genomsnitt har det gjorts 2 skattningar /registrerade



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			boende under året. Genomsnittlig NPI-poäng på våra boenden är 11,6 jämfört med rikets 20 poäng. Högre poäng = fler och besvärligare symtom.

### 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 170901-171218 på slumpvis utvald personal inom LSS. En personal har haft bekymmer vid inloggning. Aktivitet ser olika ut. Inga överträdelser. Personal som inte längre är i tjänst avslutas.

### Magna Cura - verksamhetssystem

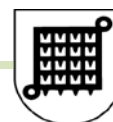
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Loggkontroll i Magna Cura	Kvartal	Kontroll görs så att ingen personal tar del av information som man inte behöver i sitt yrkesutövande.	Loggkontroll 170504. Ca 10% av omsorgspersonalen på Hävestensgården loggades. Inga överträdelser eller olovlig läsning hittades.

### 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.	Granskningen för hälso- och sjukvårdsdokumentationen 2017 visar att det är svårt att hitta dokumentation i vårt system. Ny modul för ICF kommer att implementeras under 2018. Granskningen visar att fokus behöver läggas på att skriva omvårdnadsplaner, förtydliga om närstående vill bli uppringda nattetid samt inhämtande av samtycke enl gällande lagstiftning.

### 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.	Under 2017 finns 97 unika personer inlagda i Senior Alert. Det har totalt gjorts 132 riskbedömningar. I november månad hade 100% unika personer en riskbedömning i Senior Alert. Även vårdtagare boende i ordinärt boende, med hemsjukvård, har börjat registreras i Senior Alert.
Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h hos minst 80% av boende på SÄBO.	Nattfastemätningen i Maj-2017 visar på ytterligare förbättringar. Allt färre boende på SÄBO har en nattfasta längre än 11h. Vid första mätningen 2013 var det bara 11% hade en nattfasta mindre än 11h. Nu är det över 50%!
Uppföljning av fallrapporter/statistik	År	Målet är att antalet fall skall minska	Antal fall har under 2017 minskat med 16% från föregående år. (Från 339 till 285) Antalet allvarliga fall har däremot blivit flera och vi har sammanlagt haft 7 frakturer på 6 allvarliga fall. Vid 50 % av fallen har vårdtagaren haft höftskyddsbyxa på sig. Det är en kraftig ökning från förra årets 22% användande av höftskyddsbyxa vid fall. De flesta fallen sker nattetid i sovrummet.
Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	Halvår	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	Punktprevalensen som i år utfördes på ett annat vis än tidigare år visade att i 19% av vårdtagare på SÄBO hade förekomst av trycksår. 65% av dessa var av Kategori 1=rodnad. 30% var av kategori 2=delhudsskada (avskavd hud



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			eller blåsa). 4% var av kategori 3= fullhudsskada utan sårhåla. 0% hade kategori 4= fullhudsskada med sårhåla och vävnadsdöd. Den vanligaste identifierade orsaken var risk att utsättas för ökat tryck, 27% av de registrerade i SA. 20% hade risk för nedsatt födointag. Dessa risker går hand i hand med vad man planerar för åtgärder där de fem vanligaste är: Tryckavlastande hjälpmedel, kroppspositionering, bedömning av hud x1/dag, mellanmål och minskad nattfasta.
● 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.	Andel personer med BMI mindre än 22 har ökat sedan senaste mätningen till 31%. 44% har en bakomliggande sjukdom som orsak. 21% har nattfasta mer än 11 timmar. Dessa är de två vanligaste bakomliggande orsakerna. 74% planeras få mellanmål i Senior Alert och 70% planeras få minskad nattfasta.
● Uppföljning av munhälsobedömningar i Senior Alert	År	Har alla på SÄBO erbjudits munhälsobedömning? Visar resultatet att förbättringsåtgärder behövs?	Under 2017 har 129 riskbedömningar enl ROAG genomförts. 74% av riskbedömningarna ledde till att åtgärder sattes in. 16% av riskbedömningarna visade att tandläkare behövde göra bedömning av åtgärd.
■ Uppföljning av bedömd blåsdysfunktion	År	Egenkontrollen ska vara ett underlag för bedömning av om utredning och utprovning sker i tillräcklig omfattning.	Under året har 55 riskbedömningar gjorts. 40 orsaksutredningare gjordes vilket är 10 fler än förra året. För 38 personer planerades åtgärder.

### Antal registrerade trycksår i Senior Alert 2017

#### Senior Alert Trycksår 2017

	Antal registrerade i SA	Antal personer med trycksår	Antal trycksår	Antal kategori 1	Antal kategori 2	Antal kategori3	Antal kategori 4
Färgelanda kommun	97	18	23	15	7	1	0

#### Bakomliggande orsaker

Huden utsätts för ökat tryck	Nedsatt födointag	<u>Skiuvkraft</u>	Nedsatt hudelasticitet	Annan orsak	Ökad friktion	Nedsatt känsel	Långvarig period av <u>immobilitet</u>	Yttre faktorer	Madras eller sittdyna som ackumulerar värme/fukt
27	20	15	10	9	7	5	4	2	1

### Antal munhälsobedömningar registrerade i Senior Alert 2017

#### Senior Alert munhälsobedömningar 2017

	Antal personer registrerade i Senior Alert	Antal personer med risk för nedsatt munhälsa	Sammanlagt antal riskbedömningar av munhälsa	Antal genomförda riskbedömningar ROAG	Risk finns, kunde inte genomföra riskbedömning	Munhälsa riskbedömdes inte vid riskbedömningstillfället
Färgelanda	97	44	130	129	1	2



### Fallstatistik från eget avvikelssystem 2017

Enhet	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Tot	pp/år
Hävestensgården	11	17	8	16	14	15	9	9	15	16	8	9	153	
Lillågården	6	3	2	6	3	8	2	2	4	2	3	2	43	
Solgården	8	8	9	1	5	2	0	0	0	1	1	3	38	
HT	9	10	5	2	4	2	4	5	4	3	5	4	57	
Oasen/Kärnan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LSS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totalt</b>	<b>34</b>	<b>38/72</b>	<b>24/96</b>	<b>25/121</b>	<b>24/147</b>	<b>27/174</b>	<b>15/189</b>	<b>16/205</b>	<b>23/228</b>	<b>22/250</b>	<b>17/267</b>	<b>18/285</b>	<b>285</b>	
Allvarlig	0	2/2	1/3	0	0	0	0	0	3/6	0	1/7	0	7	
Höftskydd totalt	6=17%	8=21%	7=29%	4=16%	9=35%	7=26%	1=7%	1=6%	4=17%	11=50%	8=47%	11=61%	50%	
Höftskydd Hävest	9%	6%	25%	18%	50%	26%	11%	11%	26%	68%	75%	89%	32%	
Höftskydd Lillåg	0%	33%	0%	16%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	19%	
Höftskydd Solgår	63%	75%	55%	0%	40%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	84%	

Statistik från SKL fall/person/år på särskilt boende 2.0-4.2 psykiatrik avd. 4.0-6.2

Plats	Fm 7-12	Em 12-18	Kväll 18-22	Natt 22-07	Totalt
säng/sovrum	23	36	26	55	113
Toalett vid/till/från	23	11	10	25	58
Andra rum inne	21	29	12	11	59
utomhus	1	1		1	3
<b>Antal/totalt</b>	<b>68</b>	<b>77</b>	<b>48</b>	<b>92</b>	<b>285</b>

### FALLSTATISTIK 2017

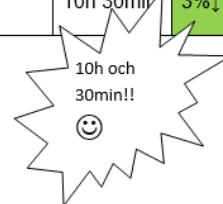
överarmsfraktur  
 2 collumfraktur  
 Näsfaktur  
 Lårbensfraktur  
 Armbågsfraktur  
 Axelfraktur

### Mätning av nattfasta på SÄBO 2017

Maj - 17	Totalt antal brukare	Kvällsmat ca kl	Frukost ca kl	Brukare m nattfasta <11h	Brukare m nattfasta > 11h	Kortaste nattfastan	Längsta nattfastan	Medeltid nattfasta	Brukare m nattfasta > 11h som tackat nej
<b>Medel</b>	69	18,30	8,30	↑45%	↓52%	4h	15,45h	10,25h	↑6%



Okt - 17	Totalt antal brukare	Kvällsmat ca kl	Frukost ca kl	Brukare med nattfasta <11h	Brukare med nattfasta >11h	Kortaste nattfastan	Längsta nattfastan	Medeltid nattfasta	Brukare med nattfasta >11h som tackat nej
<b>Medel</b>	65	17.30	08.30	47%↑	52%→	3h	17h	10h 30min	3%↓




### 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 2017 hade 86 personer tackat JA till en munhälsobedömning i hemmet. Tandvården har genomfört 76 munhälsobedömningar. Inom hemtjänsten har 14 personer utbildats i munhålsvård. SÄBO och LSS avstod 2017 utbildning i munhälsa.




### 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?	Under året har 3 incidenter rapporterats som berör medicintekniska hjälpmedel. Ingen allvarlig värdskada har inträffat. Incidenterna har varit trasigt lås på läkemedelsskåp och användande av fel blankett vid ordination av lyftsele.



### 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.	Under andra halvåret 2017 har hemsjukvårdens sjuksköterskor utfört sammanlagt 36 uppdrag från samverkande sjukvård. Det har varit 12 IVPA, 19 hemtjänstuppdrag, 2 assistansuppdrag vårdcentral/jourcentral och 3 1177-uppdrag. 4 gånger totalt har hemsjukvården inte kunnat ta uppdrag under andra halvåret 2017.


### 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

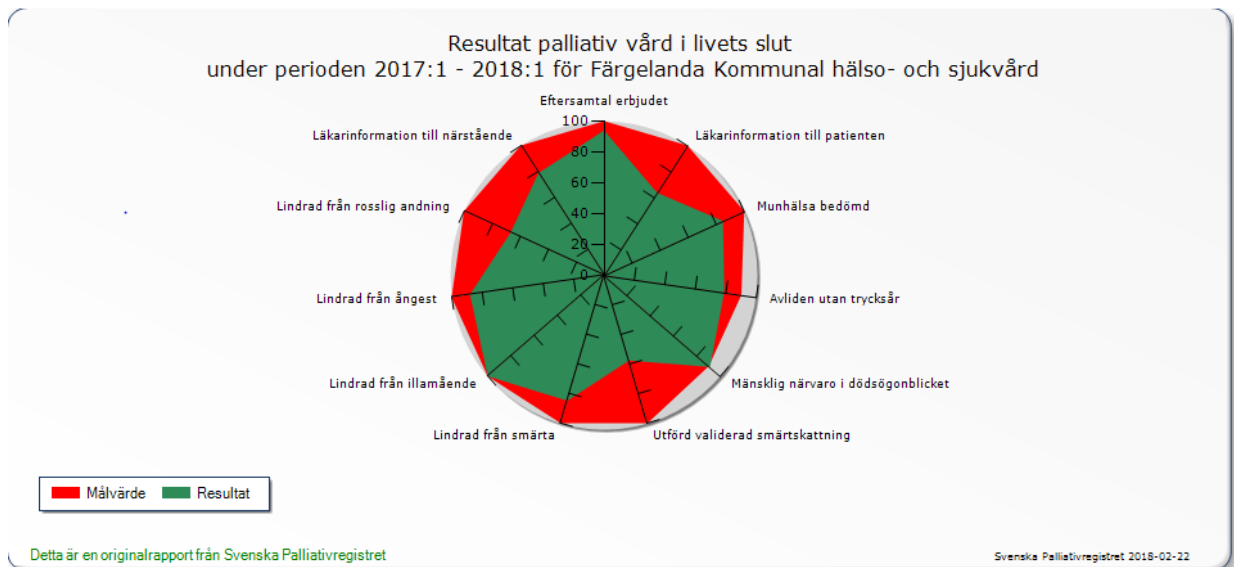
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Läkemedelsavvikelser	Kvartal	MAS sammanställer läkemedelsavvikelseerna i Magna Cura månadsvis. Resultatet redovisas här som egenkontroll.	Läkemedelsavvikelseerna sjunker till antal. Fjärde kvartalet 38 avvikelser totalt. Även jämfört med förra året fjärde kvartalet, en förbättring med 16%. Totalt under året har avvikelserna minskat jämfört mot föregående år trots en pik under tredje kvartalet. Läkemedelsavvikelseerna har totalt minskat med 14%.
 Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen 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 gjorde i september 2017 en granskning av läkemedelshanteringen i hemsjukvården. Läkemedelshanteringen 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.	

### 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".	Resultaten i palliativregistret har förbättrats vad gäller erbjudet efterlevnadsamtal, bedömd munhälsa, mänsklig närvaro i dödsögonblicket, smärtskattning, lindrad från illamående, lindrad från ångest och läkarinformation till närstående. Inom fyra områden har kommunen minskat något.



### MTP - MedicinTekniskaProdukter

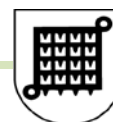
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Under året har 3 incidenter rapporterats som berör medicintekniska hjälpmedel. Ingen allvarlig vårdskada har inträffat. Incidenterna har varit trasigt läs på läkemedelsskåp och användande av fel blankett vid ordination av lyftsele.


### Risikanalyt, vård- och omsorg

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Riskanalys: Omfördelning av sjuksköterskansvar	År	Risikanalyser ska hitta ev. risker/problem som en omfördelning av sjuksköterskansvaret 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 läkemedelshanering 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.	





### 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.	Resultaten från socialstyrelsens enkät "Vad tycker äldre om äldreomsorgen" och "Enhetsundersökningen" användes vid planeringen av förbättringsåtgärder under kvalitetsveckan i början av 2017. Läs mer under processen Kvalitetsarbete och varje enhets planerade insatser under 2017.



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Uppföljning av avvikelser i Magna Cura R/T verkställighet inom ÅO	År	Resp. enhetschef ansvarar för att följa upp och vb. sätta in åtgärder så att liknande avvikelser kan undvikas/minska i framtiden.	Enhetscheferna är olika aktiva i sitt arbete med kommentarer och kvittens av avvikelser i Magna Cura. Vissa hantera detta mycket bra men andra inte är aktiva alls eller mycket lite. En ökning av signering av avvikelser syns.

### Kommunala riktlinjer för vårdhygien

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 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.	En enhet uppvisar 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna. De övriga ligger nära 100% i följsamhet.
 "Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infectionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	Totalt inkluderades 75 personer i Halt-mätningen. Av dessa hade 2 personer hudinfektioner och 1 person hade urinvägsinfektion som behandlades med antibiotika. I vårdtyngd ligger Färgelanda bättre än riket vad gäller inkontinens och desorientering men något högre än riket gällande nedsatt rörlighet. Angående riskfaktorer urinkateter, trycksår och andra sår ligger Färgelanda bättre till än riket. Antal kirurgiska ingrepp 2,7% ligger något högre än riket 2,2%.
 Egenkontroll - Vårdhygienisk standard på SÄBO	År	<ul style="list-style-type: none"> <li>Egenkontrollen har fokus på centrala och aktuella vårdhygieniska områden</li> <li>Genomförs av ansvarig chef tillsammans med sjuksköterska och enhetens hygienombud</li> <li>Rekommendationen är att egenkontroll genomförs regelbundet, minst en gång/år. I Färgelanda i mars månad.</li> <li>Vid "nej" i någon av frågorna upprättas handlingsplan för förbättringsarbete</li> </ul> Egenkontrollen redovisas av enhetschef i checklista STRATSYS.	Två av tre SÄBO har svarat på egenkontrollen. Dessa två har båda goda resultat för vårdhygienisk standard. Det planeras i verksamheterna att starta med regelbundna träffar mellan enhetschef och hygienombud.
 Inventering av madrasser	År	Utifrån resultat ska madrasser bytas ut så att samtliga är godkända. Både överdrag och madrass.	Inventeringen visade behov av utbyte av 2-3 madrasser på varje boende. Enhetscheferna planerar för inköp av nya madrasser. En egen årlig egenkontroll av madrasser ska utarbetas.





## Övergripande mål och strategier från föregående år

- implementera ny modul i verksamhetssystemet för att dokumentera enl ICF
- Förbereda verksamhetssystemet för statistikrapporter med KVÅ-koder som ska rapporteras till socialstyrelsen fr.o.m 2019
- Börja använda rehabbedömningar enl COPM i Senior Alert
- jobba vidare med styrke- och balansträning på SÄBO
- byta till nyckelfria läkemedelsskp som kan loggas
- börja med digitala signeringslistor
- införa webbutbildning som en del av delegationsutbildningen för läkemedelsdelegation
- alla verksamheter ska gå igenom Vårdhygiens checklista av vårdhygienisk standard
- all personal ska göra VG-regionens webbutbildning i palliativ vård
- de uppdaterade lokala nutriitionsrutinerna ska implementeras i verksamheterna och kostombud ska få utbildning

### Måluppfyllelse 2017

Flera av målen som sattes för 2017 har uppnåtts. Under 2018 planeras att jobba vidare med:

- Implementera ICF med KVÅ-koder för hsl-personal
- genomföra webbutbildning i palliativ vård
- Börja använda rehabbedömningar enl COPM i Senior Alert

Planering för de två översta punkterna ligger under våren 2018.

### Välfärdsteknologi

Vårdplanering på distans via länk har startats under 2017 med gott resultat.

Digitala signeringslistor beräknas startas upp och implementeras under andra halvan av 2018.



## Övergripande mål och strategier för kommande år

- implementera ny modul i verksamhetssystemet för att dokumentera enligt ICF med KVÅ-koder
- införa digitala signeringslistor
- all personal skall göra VG-regionens webbutbildning i Palliativvård.
- ett lokalt vårdprogram i demens ska skrivas och implementeras
- ett lokalt vårdprogram i astma/ KOL ska skrivas och implementeras
- implementera SBAR för omsorgspersonalen
- Förbättra följsamheten för basala hygienrutiner
- Förbättra bearbetning och hantering kring avvikelshantering
- färdigställa pandemiplan i kommunen