

SDN Lundby



Göteborgs  
Stad

# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare 2020

---

SDN Lundby

## Innehållsförteckning

<b>1 SAMMANFATTNING .....</b>	<b>4</b>
1.1 Sammanfattning.....	4
1.2 Medicinskt ansvarigas bedömning och kommentarer .....	4
<b>2 VERKSAMHETENS MÅL, ÅTGÄRDER OCH RESULTAT .....</b>	<b>6</b>
2.1 Verksamhetens mål, åtgärd, resultat och analys för patientsäkerhetsarbetet.....	6
2.2 Särskild redovisning av arbetet med Covid-19 för att hindra smittspridning .....	8
<b>3 ORGANISATION .....</b>	<b>10</b>
3.1 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	10
3.2 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	12
<b>4 PROCESS, RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>14</b>
4.1 Patienters och närståendes delaktighet .....	14
4.2 Klagomål och synpunkter .....	14
4.3 Avvikelse.....	14
4.4 Utredning av händelser och vårdskador .....	16
4.5 Egenkontroll .....	17
4.6 Riskanalys.....	17
4.7 Informationssäkerhet .....	18
4.8 Övriga resultat och analyser .....	19
<b>5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>22</b>



# 1 SAMMANFATTNING

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

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

## 1.1 Sammanfattning

### Anvisning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida. Sammanfattningen bör innehålla:

- Mål
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits
- De viktigaste resultaten som uppnåtts
- En blick framåt

Patientsäkerhetsarbetet har starkt påverkats av den pågående pandemin. Det som prioriterats:

- Hygienfrågor:
  - utbildning i basal hygien och användande av skyddsutrustning
  - uppföljning och egenkontroller
  - stöd till enhetschefer i vård- och omsorgsverksamheter, och i stödverksamheterna (okalvård och vaktmästeri)
- Skyddsutrustning:
  - egentillverkning (våren)
  - lagerhållning och distribution
- Samverkan internt i staden och externt med primärvård och slutenvård
- Omvärldsbevakning och hantering av ett massivt informationsflöde
- Kommunikation, internt och externt
- Byte av journalsystem

Det som fått stå tillbaka:

- Andra kompetensutvecklingsinsatser,
- Teamarbetet, kring riskbedömningar och arbete i Senior Alert
- Utvecklingsarbete
- Granskningar och kvalitetsuppföljningar

## 1.2 Medicinskt ansvarigas bedömning och kommentarer

Under året har de flesta insatserna kretsat kring covid-19. Under pandemin har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomfört ett stort antal utbildningsinsatser med fokus på smittspridning, skyddsutrustning och basala hygienrutiner inom sektor ÄO/HS och IFO/FH. Utbildningsinsatser har även skett mot Intern service och kultur

och fritid. MAS har agerat chefsstöd och varit delaktiga i stadsdelens krisledning. Vid lokala utbrott har riktade stödinsatser genomförts.

På grund av pandemin har planerade uppföljningsinsatser fått stå tillbaka. Granskning av medicinsk dokumentation i samband med diabetes och för patienter med covid-19 har påbörjats, resultat kommer presenteras under 2021.

Trots pandemin kunde medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) under våren genomföra den årliga granskningen av kvalitetsindikatorer för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, genom en enkät. Granskningsområdet avsåg användandet av nationella riktlinjer och hur vårdplaner används i journalföringen. Svarsfrekvensen var något lägre än vanligt, men tillräckligt hög för att kunna dra slutsatser.

MAR har även sammanställt en rapport gällande medicintekniska produkter (MTP), utifrån inskickade egenkontroller samt genom kontroll i MTP-databasen.

Granskning av kommunalt akutläkemedelsförråd har genomförts av MAS, med gott resultat.

MAS/MAR anser att risk för avvikelser som handlar om uteblivna och glömda läkemedel samt utebliven ordinerad behandling/träning kvarstår om kommunal hälso- och sjukvård inte har förutsättningar att införa digital signering som ger kontroll och ökar patientsäkerheten. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor rekommenderar ytterligare åtgärder för att minska avvikelser rörande läkemedel genom att införa säkra läkemedelsskåp utifrån åtkomst och spårbarhet.

## 2 VERKSAMHETENS MÅL, ÅTGÄRDER OCH RESULTAT

### 2.1 Verksamhetens mål, åtgärd, resultat och analys för patientsäkerhetsarbetet

#### Anvisning

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Ange hur dessa mål och strategier har koppling till resultat från tidigare år. Sträva efter mätbara mål och att strategier är kopplade till målen.

För varje mål redovisa åtgärder, resultat samt analys.

- **Mål**
  - Åtgärder
  - Resultat
  - Analys

Nedanstående mål prioriterades i 2019 års patientsäkerhetsberättelse:

#### **Mål:**

*Säker läkemedelshantering*

#### **Resultat**

Försök med workshop med MAS för att finna aktiviteter för att minska glömda doser har inte kunnat genomföras p g a att samtliga berörda fått prioritera arbetet med basverksamheterna och med begränsning av smittspridning.

En översyn av semesterperioder och arbetstidsscheman för undersköterskor på äldreboenden ledde till tydligare ansvarsfördelning och bättre rutiner kring delegering till sommarvikarier.

De två Två PoC (proof of concept) kring digital signering i Treserva som skulle ha genomförts under året har fått anstå. Ambitionen att genomföra PoC kvarstår. En förutsättning för digital signering på äldreboende är fungerande wi fi. Samtliga äldreboenden i Lundby, förutom Byalagsgatans äldreboende som ska tomställas inför ombyggnad, har idag fungerande wi fi.

#### **Mål:**

*Ordinerade rehabåtgärder ska bli utförda*

#### **Resultat:**

De två Två PoC (proof of concept) kring digital signering i Treserva som skulle ha genomförts under året har fått anstå. Ambitionen att genomföra PoC kvarstår. En förutsättning för digital signering på äldreboende är fungerande wi fi. Samtliga äldreboenden i Lundby, förutom Byalagsgatans äldreboende som ska tomställas inför ombyggnad, har idag fungerande wi fi.

Berörda enhetschefer har fått utbildning sitt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser som deras medarbetare har i uppdrag att genomföra.

#### **Mål:**

*Följsamhet till basala hygienriktlinjer*

**Resultat:**

På grund av pandemin så har hygienfrågan blivit den mest prioriterade under året. En kraftsamling kring utbildningsinsatser, både lokalt och centralt (digitalt) har skett. Medarbetare har också getts möjlighet att träna av- och påtagning och användning av skyddsutrustning. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har prioriterat närvaro och stöd i verksamheterna, något som varit mycket uppskattat av verksamhetsansvariga på alla nivåer.

På BmSS med hyresgäster med omsorgsbehov har enheterna köpt in arbetskläder till samtlig personal som tvättas på enheten. Det har också köpts in arbetskläder för övriga enheter så tillgång till arbetskläder finns när behovet hos hyresgästerna tillfälligt förändras. Exempelvis vid konstaterad covid-smittad hyresgäst, maginfluensa.

*Följsamhet till basala hygienriktlinjer*

**Strategi:**

Utbildning "hygienkörtkort" för all omsorgspersonal samt fortsatt arbete med egenkontroller och observationer gällande följsamheten till riktlinjerna.

På BMSS med hyresgäster med omsorgsbehov kommer arbetskläder att köpas in. Dessa kommer att tvättas på arbetsplatsen. Under året kommer äldreboendena sannolikt att omfattas av systemet med arbetskläder som cirkulationstvätt.

**Mål:**

*Säker information och kommunikation mellan hemsjukvården och omsorgspersonalen*

**Resultat:**

Implementering av SBAR-konceptet sker främst på APT och verksamhetsmöten. Stadens nya riktlinje för informationsöverföring färdigställdes i september, och kommer att implementeras hösten 2020.

**Mål**

*Minska antalet avvikelser kring medicintekniska produkter*

**Resultat:**

Förflyttningsutbildningar för vård - och omsorgspersonal har kunnat genomföras trots rådande Covid-19 pandemi. Hisingssamarbetet har fördjupats och nu ges utbildningarna i samverkan mellan alla tre stadsdelarna på Hisingen. Det har skett en anpassning av både antal deltagare per kurs och själva utformningen av undervisningsmomenten för att säkerställa en hög skyddsnivå avseende Covid-19. Trots pandemi ser vi att detta är ett prioriterat område, där uteblivna utbildningsinsatser på sikt kunnat äventyra patientsäkerheten.

**Mål:**

*Trygg och säker process kring införandet av nytt journalsystem*

**Resultat:**

Lundby har nu gått över till det nya journalsystemet och processen har fungerat väl och utan avvikelser eller tillbud.

**Mål**

*En väl fungerande avvikelseprocess med en hög säkerhetskultur*

**Resultat:**

Utvecklingsarbetet kring avvikelshantering har fått anstånd, då enhetscheferna tvingats

prioritera arbetet med att förhindra smittspridningen av Covid 19.

## 2.2 Särskild redovisning av arbetet med Covid-19 för att hindra smittspridning

### Anvisning

*Redovisa arbetet med att förhindra smittspridning av Covid-19 under rubrikerna*

- *Identifierade risker*
- *Åtgärder*
- *Resultat*
- *Analys*
- *Strategier för fortsatt arbete*

**Risk:** Bristande kunskaper och följsamhet till basal hygien riskerar att leda till en ökad smittspridning.

**Åtgärd:** massiva utbildningsinsatser, praktisk träning i användande av skyddsutrustning, ökade egenkontroller och uppföljningar

**Resultat:** generellt ökade kunskaper och trygghet, men fortsatt arbete med utbildning, övning, egenkontroller och uppföljningar är nödvändigt.

**Strategier framåt:** fortsatt fokus på frågan, i tät samverkan med bl a Vårdhygien.

**Risk:** Bristande kunskaper om sjukdomen ledde till mycket information från många olika avsändare och snabba kursändringar i rutiner och riktlinjer. Ett så stort informationsflöde riskerar att leda till att aktuell information inte når rätt mottagare i rätt tid.

**Åtgärder:** struktur på informationsflödet i stadsdelen, täta veckovisa uppföljningar med primärvården och slutenvården. Tätt samarbete med Vårdhygien och Smittskydd.

**Resultat:** idag finns en struktur för information, även om mängden fortfarande kan bli en utmaning. Kunskaperna om sjukdomen är betydligt större idag, vilket ger en ökad trygghet bland medarbetarna.

**Strategier framåt:** vi arbetar framåt på samma sätt som tidigare. Eventuellt kommer särskilda skärmar för snabb information att installeras i hemsjukvårdens lokaler.

**Risk:** Bristen på skyddsutrustning under våren riskerade att leda till ökad smittspridning.

**Åtgärd:** egentillverkning av visir, stadengemensam organisation för upphandling, inköp och distribution till respektive stadsdel, där hemsjukvården i stadsdelen sedan tog huvudansvaret för uppbyggnad av och distribution från stadens centrala förråd till det lokala förrådet och vidare ut till respektive enhet.

**Resultat:** idag har staden god tillgång till skyddsutrustning.

**Strategier framåt:** Dialog i bl a Västkom om gemensamma depåförråd pågår.

**Risk:** smittspridning i vård- och omsorgsnära arbete.

**Åtgärd:** komplettering av rutinen för basal hygien med användning av visir "frisk till frisk" när man arbetar närmare brukaren än 2 meter.

**Resultat:** överlag god följsamhet, men fortsatt egenkontroll och uppföljning krävs.





## 3 ORGANISATION

### 3.1 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

#### Anvisning

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

Beskriv kortfattat hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

#### ***Organisatorisk ansvarsfördelning gällande patientsäkerhet***

En god och säker vård är en lagstadgad rättighet för patienter. För att kunna garantera patientsäkerheten enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) och ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är det nödvändigt med en ansvarsfördelning. Göteborgs kommun ansvarar som vårdgivare för att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Ansvarsfördelningen bygger på att ansvarig funktion kan ta beslut, har tillräckliga resurser i form av tid, pengar, lokaler, personal, kunskaper och kompetens.

#### **Stadsdelsnämnd och Social resursnämnd ansvarar som vårdgivarens representant för**

- formulera övergripande strategier och uppföljningsbara mål för patientsäkerhetsarbetet
- skapa förutsättningar, både ekonomiska och personella, för ett fungerande patientsäkerhetsarbete
- fortlöpande hålla sig informerade om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet

#### **Stadsdelsdirektör ansvarar för**

- fördelning av resurser för att systematiskt och fortlöpande säkra kvaliteten

#### **Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslag § 29 ansvarar för att**

- organisera patientsäkerhetsarbetet
- handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet
- samverka med medicinskt ansvariga gällande patientsäkerhetsarbetet
- informera chefer om fördelning av patientsäkerhetsansvar och instruktion om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer
- upprätta patientsäkerhetsberättelse tillsammans med medicinskt ansvariga
- ta initiativ till och delta i utredning av avvikelser och risker i verksamheten
- rapportera legitimerad personal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- ledningssystemets hälso- och sjukvårdsprocesser och rutiner tas fram, fastställs och uppdateras
- följa upp och analysera kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård/patientsäkerhetsarbetet
- ansvara för att det fortlöpande och inför förändringar i verksamheten görs riskbedömningar som har betydelse för patientsäkerheten

### **MAS och MAR ansvarar för att**

- utarbeta riktlinjer enligt lagstiftning och följa upp att verksamheterna arbetar systematiskt med patientsäkerhet
- informera om lagar och riktlinjer samt utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet samverka med verksamhetschef för hälso- och sjukvård och områdeschefer inom ramen för uppdraget
- granska och följa verksamheterna utifrån lagkrav och på uppdrag av verksamhetschef för hälso- och sjukvård samt föreslå förbättringsåtgärder utifrån identifierade brister
- analysera patientsäkerhetsarbete och dra slutsatser som kan användas i verksamheten för att förbättra patientsäkerheten
- delta när handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet
- ta emot, utreda och anmäla allvarliga risker, händelser och vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och informera utskott/SDN

En hisingsgemensam överenskommelse har upprättats gällande de medicinskt ansvariga, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering). Det innebär att två MAS och en MAR ansvarar för de tre stadsdelarna SDF Lundby, SDF Norra Hisingen och SDF Västra Hisingen. De medicinskt ansvariga är organisatoriskt placerade i Lundby.

### **Sektorschef inom Äldreomsorg samt hälso- och sjukvård (ÄO-HS) och inom Individ och familjeomsorg samt Funktionshinder (IFO-FH), förvaltningschef inom Social resurs ansvarar för att**

- informera verksamhetschef för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvariga vid planering av förändringar som kan ha betydelse för patientsäkerheten
- samverka med verksamhetschef för hälso- och sjukvård vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- framföra behov av investeringar för patientsäkerhetsarbetet till stadsdelsnämnden

### **Områdeschefer ÄO-HS och IFO-FH samt enhetschef inom Social resurs ansvarar för att**

- organisera patientsäkerhetsansvaret inom sina verksamheter
- åtgärda brister i patientsäkerheten i samverkan med verksamhetschef för hälso- och sjukvård
- ansvara för att det fortlöpande och inför förändringar i verksamheten görs riskbedömningar som har betydelse för patientsäkerheten
- samverka med verksamhetschef för hälso- och sjukvård vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- följa upp handlingsplaner för patientsäkerhet
- enhetschefer/gruppchefer informeras om fördelning av patientsäkerhetsansvar och instruktion om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer. Ska ingå i introduktion av ny chef.
- lämna underlag till patientsäkerhetsberättelsen
- följa upp och analysera kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård/patientsäkerhetsarbetet

### **Enhetschef inom ÄO-HS och IFO-FH samt gruppchef inom Social resurs ansvarar**

## **för att**

- organisera patientsäkerhetsarbetet inom sitt ansvarsområde
- biträda verksamhetschef för hälso- och sjukvård vid utarbetande av övergripande plan för patientsäkerhetsarbetet
- delta vid planering av förändringar som har betydelse för patientsäkerheten.
- ge patienterna och deras närstående möjlighet att lämna synpunkter och delta i patientsäkerhetsarbete
- bistå med dokumentation till patientsäkerhetsberättelsen
- tillhandahålla utrustning för hygienrutiner och ansvara för att de tillämpas
- ansvara för att det fortlöpande och inför förändringar i verksamheten görs riskbedömningar som har betydelse för patientsäkerheten
- utreda och åtgärda risker och avvikelser och rapportera till närmaste chef och medicinskt ansvariga enligt lokal rutin
- rapportera vårdskador och allvarliga händelser till verksamhetschefer och medicinskt ansvariga
- medarbetarna får information och instruktion, speciellt nyanställda, om arbetsmetoder, utrustning, lagar och riktlinjer mm för att förebygga vårdskador. Momentet ska ingå i introduktionen till all personal.
- arbeta med patientsäkerhetsfrågor tillsammans med medarbetarna
- följa upp och analysera kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård/patientsäkerhetsarbetet

## **Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att**

- göra riskbedömningar fortlöpande på individ och gruppnivå utifrån patientsäkerhet
- rapportera risker och avvikelser i verksamheten till närmaste chef
- följa föreskrifter samt använda de arbetsmetoder, de verktyg och den utrustning som behövs för att förebygga vårdskador och säkerställa patientens säkerhet
- uppdatera sig och ge information till patienter, personal och närstående i patientsäkerhetsfrågor
- medverka i systematiskt patientsäkerhetsarbete

## **3.2 Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Anvisning**

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

Beskriv hur verksamheten samverkat för att förebygga vårdskador.

Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

Närområdessamverkan med primärvård, psykiatrisk öppenvård och kommunal vård och omsorg sker inom ramen för NOSAM (NärOmrådesSAMverkan). Gemensamma handlingsplaner upprättas för temagrupperna barn och unga, mitt i livet och äldre. Överenskommelse med primärvården om läkarsamverkan uppdateras årligen.

Fokus på samverkan under året har legat på pandemin och det gemensamma arbetet med att bli hindra smittspridning. Avstämning via digitalt möte sker veckovis.

För att säkerställa informationsöverföring mellan slutenvården, primärvården och kommunen dokumenterar legitimerad personal och biståndshandläggare i ett gemensamt elektroniskt dokumentationssystem.

För personer 65 år och äldre finns ett team bestående av biståndshandläggare, sjuksköterska och arbets/fysioterapeut som, tillsammans med den utsedda fasta vårdkontakten i på vårdcentralen, ansvarar för den gemensamma samordnade vård- och omsorgsplaneringen inför återgång till hemmet efter sjukhusvistelse.

Den interna samverkan inom ramen för de tvärprofessionella teammötena har inte kunnat genomföras som tidigare, istället har samverkan och samarbete kring pandemin prioriterats.

## 4 PROCESS, RESULTAT OCH ANALYS

### 4.1 Patienters och närståendes delaktighet

#### Anvisning

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

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

En av grundpelarna i den personcentrerade vården är patientens och anhörigas delaktighet. För att strukturen i hälso- och sjukvårdsdokumentationen ska stödja det personcentrerade arbetssättet har flera sökord lagts till i sökordsträdet. Information som lämnas till patienten ska alltid dokumenteras i journalen. Den stadengemensamma rutinen för teamsamverkan trycker också på vikten av den enskildes närvaro och medverkan.

Tillsammans med patient upprättar verksamheten en samordnad individuell plan när en samordning krävs, när kompetens från olika verksamheter behövs och när ansvarsfördelning behöver tydliggöras. Närstående kan delta, om det är lämpligt och om patienten vill det.

Patient och anhörig får alltid en återkoppling i samband med utredning av avvikelser eller klagomål.

För att stärka kunskaper om anhörigperspektivet används NKA:s (nationellt kompetenscentrum anhöriga) webbutbildningar.

### 4.2 Klagomål och synpunkter

#### Anvisning

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 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) har sammanställts och analyserats

Beskriv (kortfattat) en samlad analys av klagomål och synpunkter.

Fyra synpunkter från patienter/närstående har inkommit, och handlat om frågor kopplade till vård och behandling samt information kring Covidsmitta på äldreboende,

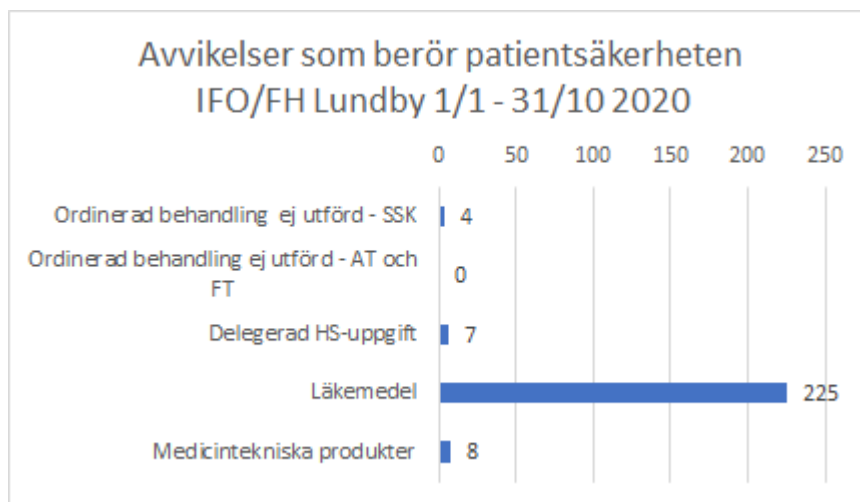
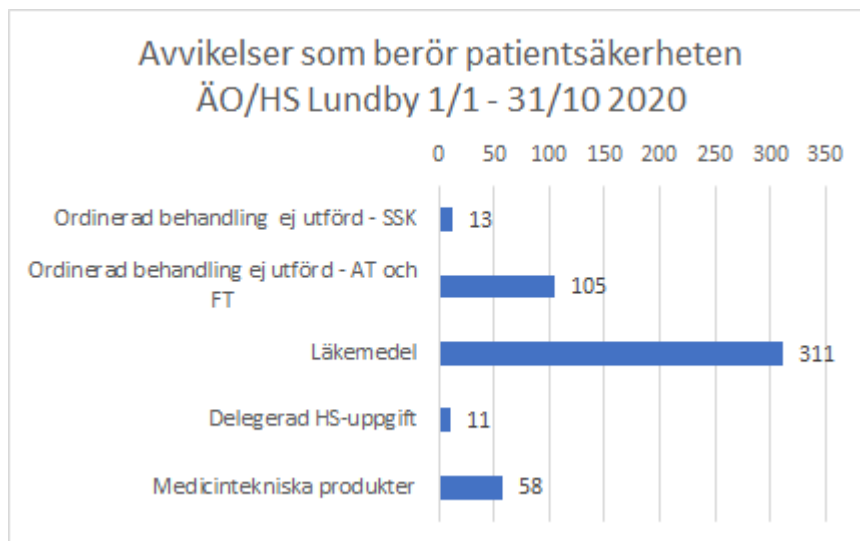
En synpunkt från anhörig gällande vård och behandling under Covid-pandemin har inkommit via IVO. Den anhörige har valt att inte återkomma till kommunen, trots upprepade försök från verksamhetens sida.

### 4.3 Avvikelser

#### Anvisning

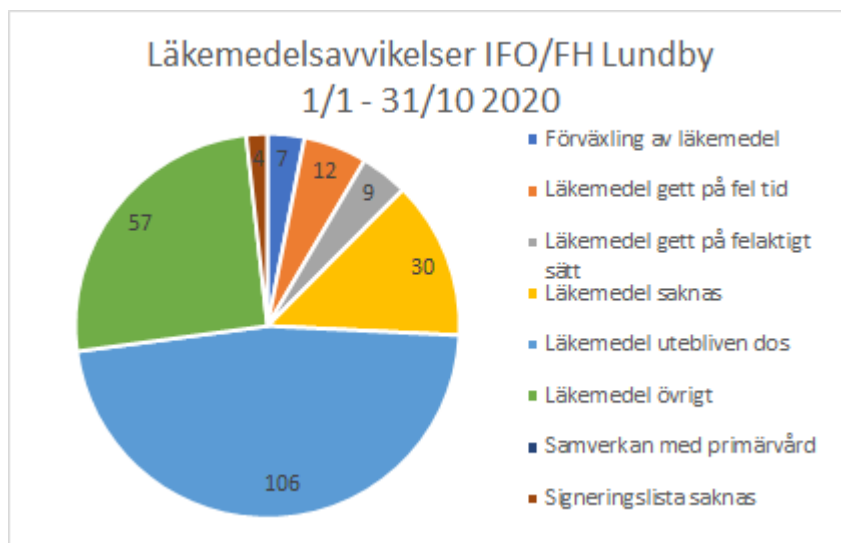
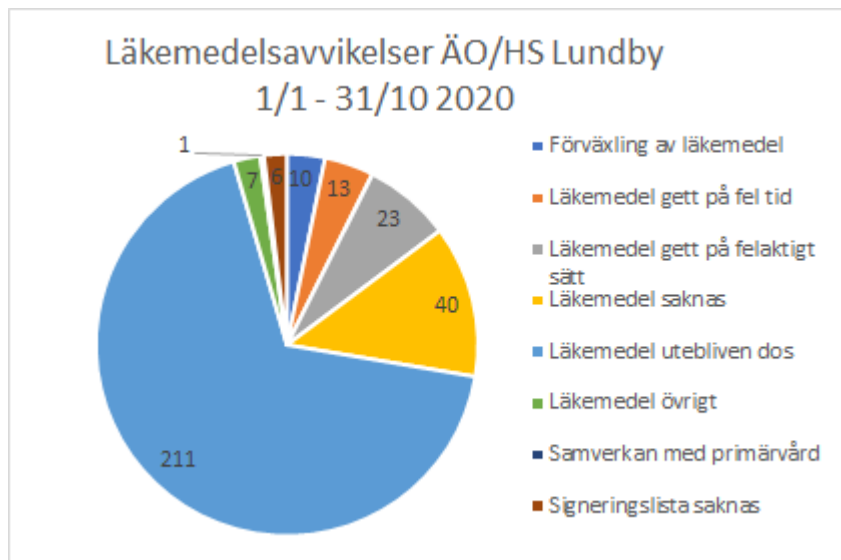
Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv hur avvikelserapporter har sammanställts och analyserats.

Beskriv (kortfattat) en samlad analys av avvikelser.



Det har i avvikelssystemet identifierats ett problem gällande statistikuttagen för fall-incidenterna. Eftersom det inte går att säkerställa dessa siffror, så utgår redovisningen av fallen i år.

Även redovisning av avvikelserapporter gällande hygien-brister utgår i år, då dessa inte längre redovisas separat i avvikelssystemet.



## Analys

Den största delen av avvikelserna utgörs av läkemedel. Flera enheter inom äldreomsorgen har arbetat aktivt med att minska andelen uteblivna läkemedelsdoser, vilket resulterat i att avvikelserna har minskat med ca 45 %. Att tänka på i sammanhanget är att äldreboendena pga pandemin haft ett stort antal tomplatser sedan i våras, vilket innebär att det inte delats ut lika många läkemedelsdoser som ett vanligt år. Jämförelsen är justerad till likvärdig tidsperiod.

Ordinerad behandling/träning som inte utförs är ett ständigt problem. Trots vidtagna åtgärder kvarstår problematiken. Vi ser att ett införande av digital signering skulle vara den enskilt största förbättringsåtgärden.

För avvikelserna gällande medicintekniska produkter, så står "felaktig användning" för 94% av rapporteringen. Det totala antalet avvikelserrapporteringar gällande medicintekniska produkter är inte så stort, men risken för allvarliga följder är stor, särskilt när det handlar om förflyttningssituationer med lyft.

## 4.4 Utredning av händelser och vårdskador

### Anvisning



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

Beskriv händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för allvarlig vårdskada samt lärdomar av dessa. Beskrivningarna görs på en övergripande nivå.

Redovisa anmälningar enligt Lex Maria.

Beskriv (kortfattat) samlat resultat och analys av vårdskador.

#### ***Anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria):***

Det har i verksamheten identifierats en legitimerad personal som inte har uppfyllt dokumentationsansvaret som följer på legitimationen. Det har funnits risk för bristande patientsäkerhet och allvarlig vårdskada, genom att journalanteckningar inte skrivits i tillräcklig grad eller skrivits allt för sent.

### **4.5 Egenkontroll**

#### **Anvisning**

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens. (*HUR*)

Beskriv (kortfattat) samlat resultat och analys av egenkontroll.

Egenkontroller sker genom granskningar, internutredningar och uppföljning av handlingsplaner och avvikelser.

Arbetet med hygienriktlinjer sker normalt i enlighet med årshjulet. I år har dock arbetet med bl a egenkontroller intensifierats. Arbetet fortsätter under hösten, i enlighet med stadens rutiner och material för egenkontroller och analys på alla nivåer.

Loggranskningar behörigheter i dokumentationssystemet sker i enlighet med stadens rutin.

Kontrollräkning av narkotiska preparat i akutläkemedelsförråd genomförs regelbundet enligt rutin.

Egenkontroll gällande grundutrustning (MTP) har delvis genomförts.

### **4.6 Riskanalys**

#### **Anvisning**

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

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

Beskriv (kortfattat) samlat resultat och analys av riskanalys.

#### **Brister i följsamhet till basal hygien:**

Erfarenheterna från våren är att det, trots tidigare satsningar på utbildningar,

egenkontroller, hygienombud osv, fanns kunskapsbrister hos medarbetare när det gäller hygienfrågor. Under våren har stora ansträngningar gjorts för att höja kompetensen och medvetenheten i hela organisationen. Det finns dock alltid en risk att en period med minskad smittspridning kan leda till att medvetenheten sjunker och att vaksamheten och beredskapen minskar. Det kan i sig leda till till en ökad smittspridning, främst på äldreboenden och bostad med särskild service.

### **Personal- och kompetensförsörjning**

En av stadens utmaningar är att rekrytera och behålla personal, och rekrytering av sjuksköterskor är en särskild utmaning. Ett av förvaltningens prioriterade områden är att vara en attraktiv arbetsgivare, och ett prioriterat område är att tillgodose behovet av en god introduktion, tillgång till fadder, kompetensutveckling osv.

### **Samverkan och informationsöverföring, externt och internt**

Erfarenheten visar att risken för avvikelser och brister ökar vid övergång mellan huvudmän i vårdkedjan. En vanlig orsak är bristande följsamhet till gemensamma överenskommelser, riktlinjer och rutiner, inte minst när det gäller samverkan och informationsöverföring.

Hälso- och sjukvårdspersonalen och omsorgspersonalen arbetar i olika verksamhetssystem, vilket leder till att det inte finns någon möjlighet till information/kommunikation digitalt. Detta sker istället muntligt och "på papper", vilket ökar risken för brister.

### **Utebliven ordinerad träning och behandling och brister i delegerad läkemedelshantering**

Den gemensamma bedömningen från verksamhetschef och MA-funktionerna är att en digital signeringsfunktion är den mest effektiva insatsen att minska antalet avvikelser, både när det gäller missade läkemedelsdoser och rehabiliteringsinsatser som inte blir utförda.

### **Brister i hantering av medicintekniska produkter**

Antalet avvikelser är relativt få, men risken för allvarlig personskada vid felaktig hantering av t ex personlyftar och selar är stor. Förflyttningsutbildningar för vård- och omsorgspersonal har kunnat genomföras trots rådande Covid-19 pandemi. Hisingssamarbetet har fördjupats och nu ges utbildningarna i samverkan mellan alla tre stadsdelarna på Hisingen. Trots pandemi ser vi att detta är ett prioriterat område, där uteblivna utbildningsinsatser på sikt kunnat äventyra patientsäkerheten.

Utöver ovanstående så har flertalet riskanalyser genomförts under året med koppling till pandemin.

## **4.7 Informationssäkerhet**

### **Anvisning**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

- de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,
- de riskanalyser som har gjorts,

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

### De uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse

Granskning av efterlevnaden av dataskyddsförordningen samband med införandet av nytt journalsystem inom hälso- och sjukvården.

### De riskanalyser som har gjorts

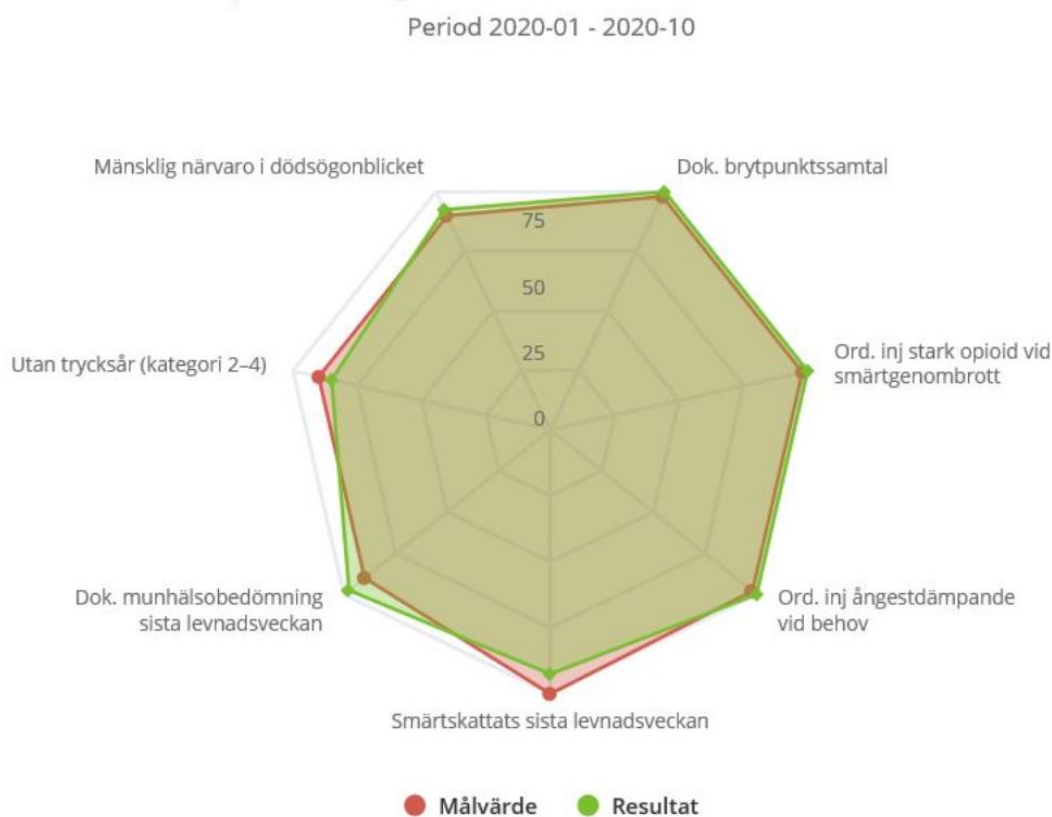
Riskanalys inför införande av ersättningssystem av befintligt patientdokumentationssystem.

### Den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Loggranskningar och journalgranskningar (*HSLF-FS kap 3. 18 §: Vårdgivaren ska årligen utvärdera skyddet mot såväl intern som extern olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem som används för behandling av personuppgifter.*)

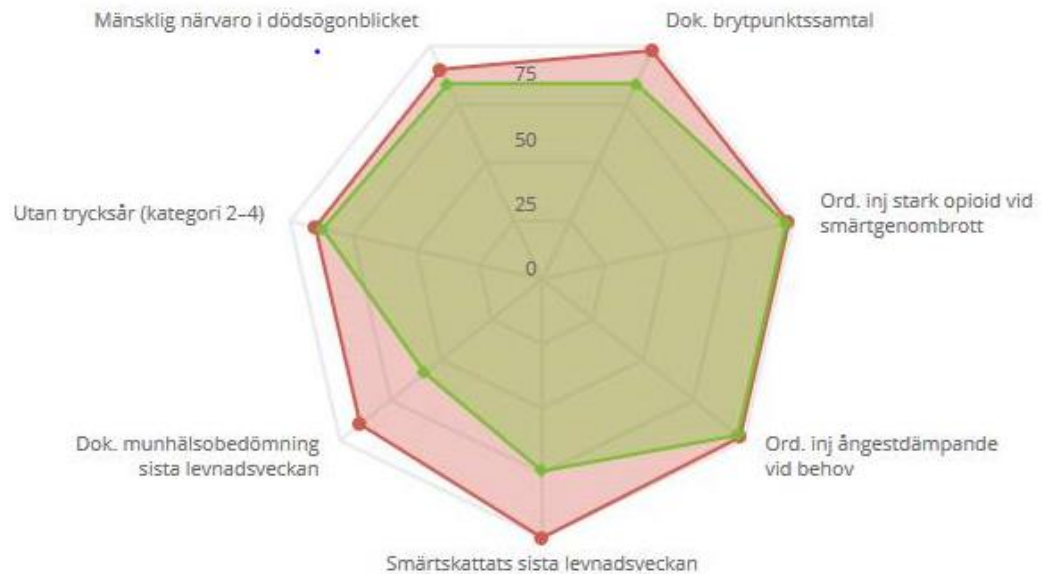
## 4.8 Övriga resultat och analyser

### Palliativregistret: resultat ASIH



Spindeldiagrammet för patienter vårdade av ASIH-teamet visar på mycket goda resultat. På grund av den belastning som Covid-pandemin utgör så sammanställs inte anhörigenkäten i år.

## Palliativregistret äldreboende



Trots den ökade belastningen under året så har resultatet för flera av indikatorerna förbättrats. Ett fortsatt förbättringsområde är dock munhälsobedömningar. Hemsjukvården har därför, tillsammans med område äldreboende, startat ett förbättringsarbete där man bl a planerar för utbildningsinsatser.

### BPSD-registret

P g a förändringar i registret är det i dagsläget tyvärr inte möjligt att på helår sammanställa utdata på samma sätt som tidigare.

Andelen personer som verkar smärfria är densamma som förra året, cirka 77 %.

Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande läkemedel har sjunkit med en dryg tredjedel, till cirka 49 %. Tillsammans med vårdcentralerna har vi identifierat två orsaker till detta: dels att VGR:s specialistteam ofta rekommenderar utsättning av läkemedlet för personer med svår BPSD eftersom dessa ibland kan förvärra symtom som oro och aggressivitet, och dels att det vid den årliga utvärderingen kan visa sig att läkemedlet inte längre har avsedd effekt.

### Resultat och analys av granskningar utförda av MAS-MAR:

Innan pandemin har MAS tittat på följsamhet till basala hygienrutiner på tre äldreboenden. Bristande följsamhet gällande klädsel, användande av ringar, armband mm. Även felaktigt användande av handskar noterades. Tillgång till skyddsutrustning, tvål och handsprit i lägenheterna var genomgående god. Under pandemin har hygienområdet varit fokusområde, med omfattande insatser.

### Kommunala akutläkemedelsförråd

Tre kommunala akutläkemedelsförråd har granskats: genomgående god ordning, de brister som noterades gällde frekvens av temperaturmätning samt att personnummer saknas vid några tillfällen i förbrukningsjournal av kontrolläkemedel. Åtkomst av läkemedel endast av behöriga enligt gällande författningskrav.

På grund av pandemin har planerade uppföljningsinsatser fått stå tillbaka. Granskning av medicinsk dokumentation i samband med diabetes samt för patienter med covid-19 har påbörjats, resultat kommer presenteras under 2021.

### **Resultatet från granskningen gällande kvalitetsindikatorer för arbetsterapeuter och fysioterapeuter visade följande:**

*Det är bra att;*

- Flera riktlinjer är kända och tillämpas av AT och FT/SG
- Vi byter till ett journalsystem som har en struktur som underlättar att skriva vårdplaner och göra dom sökbara.

*Detta behöver förbättras;*

- Systematiskt arbete med nationella riktlinjer så att AT och FT/SG känner till och tillämpar senast aktuella sammanställda kunskap
- Öka antalet personer som upprättar vårdplaner för de flesta av sina patienter
- Öka förståelsen till varför vårdplaner behövs
- Göra vårdplanerna sökbara via ärendesidan i PMO
- Öka patientens delaktighet kring vårdplan

### **Granskning grundutrustning/medicintekniska produkter (MTP):**

Det finns brister kring registreringarna i MTP-databasen och utifrån tidigare erfarenhet även kring rutiner för rengöring.

Förbättringsområden generellt inom stadsdelen är:

- att MTP-ombud ska utses/finnas för de enheter som har MTP/grundutrustning
- att ombudens uppdrag är tydligt och följs upp av ansvarig EC
- att ombuden får regelbunden utbildning och information, ex genom ombudsträffar
- att se till att MTP-utrustning/grundutrustning märks upp och registreras i databasen
- att besiktningar och reparationer utförs och registreras i databasen
- att egenkontroll genomförs
- tydliga rutiner för rengöring, samt för informationsöverföring till MTP-ombudet vid hämtning/lämning av hjälpmedlen till/från förråd samt vid reparationer

På grund av pandemin har besiktningar av lyftar och sängar inte kunnat genomföras som normalt, vilket gör att alla måste vara extra uppmärksamma på de medicintekniska produkternas skick, för att minimera riskerna för olyckor.

MTP-uppföljning på plats har utgått på grund av pandemin.

## 5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

### Anvisning

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

#### Mål:

*Säker läkemedelshantering*

#### Strategier:

Försök med workshop tillsammans med medarbetare för att finna aktiviteter för att minska glömda doser, leds av ansvarig enhetschef och MAS.

Uppdrag till Intraservice att genomföra två PoC (proof of concept) kring digital signering i Treserva, en i hemtjänsten och en på äldreboende.

#### Mål:

*Ordinerade rehabåtgärder ska bli utförda*

#### Strategier:

Uppdrag till Intraservice att genomföra två PoC (proof of concept) kring digital signering i Treserva, en i hemtjänsten och en på äldreboende.

#### Mål:

*Följsamhet till basala hygienriktlinjer*

#### Strategi:

- Fortsatta utbildningsinsatser, med inslag av övning i handhygien och praktiskt användande av skyddsutrustning.
- Fortsatt arbete med egenkontroller och observationer gällande följsamheten till riktlinjerna.

#### Mål:

*Säker information och kommunikation mellan hemsjukvården och omsorgspersonalen*

#### Strategi:

- Implementering av SBAR-konceptet
- Implementering av stadens nya riktlinje för informationsöverföring

#### Mål

*Minska antalet avvikelser kring medicintekniska produkter*

#### Strategi

Fortsatt utbildning för omsorgspersonal i hantering personlyftar och lyftselar, i det stadengemensamma FRAM-konceptet.

#### Mål

*En väl fungerande avvikelseprocess med en hög säkerhetskultur*

#### Strategi

- Fortsatt stöd till enhetschefer, både i hemtjänst och på äldreboende samt funktionsstöd, i arbetet med att utreda och analysera avvikelser, samt att avsluta

utredning då denna är färdig.

- Ökad kunskap hos enhetschefer om rutin och process, med fokus på avvikelser med bedömd allvarlighetsgrad 3 och 4.
- öka förståelsen för vikten av att rapportera avvikelser i vårdkedjan