

SDN Lundby



Göteborgs  
Stad

# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare 2019

---

SDN Lundby

# Innehållsförteckning

<b>1 SAMMANFATTNING .....</b>	<b>3</b>
1.1 Medicinskt ansvarigas bedömning och kommentarer .....	3
<b>2 STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
2.1 Övergripande mål och strategier.....	4
2.2 Organisation och ansvar .....	5
2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
2.4 Patienters och närståendes delaktighet .....	8
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
2.6 Klagomål och synpunkter .....	9
2.7 Egenkontroll .....	9
<b>3 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....</b>	<b>10</b>
3.1 Riskanalys.....	11
3.2 Utredning av händelser - vårdskador .....	12
3.3 Informationssäkerhet .....	12
<b>4 RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>13</b>
4.1 Egenkontroll .....	13
4.1.1 Resultat.....	13
4.1.2 Analys.....	13
4.2 Avvikelser.....	13
4.2.1 Resultat.....	13
4.2.2 Analys.....	14
4.3 Klagomål och synpunkter .....	15
4.4 Händelser och vårdskador.....	15
4.5 Riskanalys.....	16
4.6 Övriga resultat och analyser .....	16
<b>5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....</b>	<b>26</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 Medicinskt ansvarigas bedömning och kommentarer

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar tillsammans med verksamhetschef för att den hälso- och sjukvård som bedrivs i stadsdelen är patientsäker.

Medicinskt ansvariga (MA) har genomfört granskningar dels utifrån enskilda händelser dels utifrån uppgjord plan. Återföring av granskningarnas resultat har skett till berörda verksamheter, som ansvarar för det fortsatta förbättringsarbetet. Det finns områden som behöver förbättras för att den kommunala hälso- och sjukvården ska uppnå en god kvalitet och hög patientsäkerhet. För att genomföra förbättringar krävs att verksamheterna arbetar aktivt med dessa och att detta arbete prioriteras i verksamheterna.

MA har identifierat följande utvecklingsområden:

- att det behöver skrivas fler avvikelserapporter gällande extern samverkan
- ett stående problem är att ordinerade träningar/behandlingar som ska utföras av omsorgspersonal, utförs i för låg grad eller att signeringar saknas
- kunskapen hos omsorgspersonal kring hjälpmedel måste förbättras, då de flesta rapporterade avvikelser med medicintekniska produkter avser handhavandefel. Detta kan ge mycket allvarliga konsekvenser för våra vårdtagare
- säkerställa att de årliga besiktningarna av sängar och lyftar registreras
- fortsatt implementering av rutinen att avvikelserapporter gällande allvarliga händelser (vårdskador) ska skickas till MAS/MAR för bedömning av vidare utredning
- fortsatt arbete utifrån stadsrevisionens synpunkter och rekommendationer avseende läkemedelshantering inom Bmss
- fortsatt implementering av ändamålsenliga läkemedelsskåp som säkrar spårbarhet för att säkerställa att endast behörig personal har tillgång till patienternas läkemedel.

## **2 STRUKTUR**

### **2.1 Övergripande mål och strategier**

Nedanstående mål har varit prioriterade i patientsäkerhetsarbetet under året:

#### **Mål**

Säker läkemedelshantering

#### **Strategier**

- Ökad följsamhet till rutiner och riktlinjer för läkemedelshantering hos både hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal genom utökad dialog mellan enhetschefer och MA-funktionerna
- Fortsatt arbete för en digital funktion för signering av ordinerade/delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser
- Nycklar ersätts av tag på läkemedelsskåp på ett äldreboende, utvärdering sker i samband med PSB 2019
- Utredda möjligheten att byta ut befintliga läkemedelsskåp mot mera funktionella dito.
- Granskning av följsamhet till riktlinjen för läkemedelshantering på BMSS

#### **Mål**

Ordinerade/delegerade rehabåtgärder skall bli utförda.

#### **Strategi**

Fortsatt arbete för en digital funktion för signering av ordinerade/delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser

#### **Mål**

Minska antalet fallskador.

#### **Strategi**

- Fortsatt sektorsgemensamt arbete med den lokala handlingsplanen för fallprevention.
- Fortsatt arbete med senior alert
- Fortsatt implementering av HIFE-konceptet

#### **Mål**

Förbättrat resultat i palliativregistret vad gäller smärtskattning sista levnadsveckan, målvärde 90 %

Förbättrat resultat i palliativregistret vad gäller dokumenterade munhälsobedömningar på äldreboende, målvärde 90 %

#### **Strategi**

- Öka kunskaperna om dokumentation och registrering av smärtskattningar, även där skattningsresultatet är noll.
- Ökat fokus på resultat i palliativregistret på apt/verksamhetsmöten
- Utbilda och involvera undersköterskor på äldreboende inom områdena smärtskattning och munhälsobedömningar.

#### **Mål**

En väl fungerande avvikelseprocess med en hög säkerhetskultur.

## **Strategi**

- Fortsatt stöd till enhetschefer, både inom ÄO och FH, 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.
- Arbeta för en förenkling av avvikelsemodulen.

## **Mål**

Minska antalet avvikelser kring medicintekniska produkter

## **Strategi**

Utbildning i hantering personlyftar och selar

## **Mål**

Följa Västra Götalandsregionens gemensamma kompetenskrav för förskrivare och för deras chefer samt för vård och omsorgspersonals kompetens för hantering av förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter.

## **Strategi**

Utbilda enligt de grundläggande kraven i kompetenskonceptet för förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter.

- förskrivare
- chefer för förskrivare
- omsorgspersonal som hanterar personligt förskrivna hjälpmedel eller läkemedelsnära produkter

## **2.2 Organisation och ansvar**

### ***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**

- genomföra 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

### **2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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.

I NOSAM:s temagrupp äldre pågår ett arbete för att ta fram ett gemensamt material (rutiner och checklistor) i syfte att utveckla kvaliteten i den palliativa vården/vården i livets slut. Temagruppen Mitt i Livet har inte kommit igång med något gemensamt utvecklingsarbete då närvaron från respektive huvudman är låg.

För att säkerställa informationsöverföring mellan slutenvården, primärvården och kommunen dokumenterar legitimerad personal och biståndshandläggare i ett gemensamt elektroniskt dokumentationssystem. Samordnade individuella planer (SIP) är ett arbetssätt som stadsdelen tillsammans med primärvård haft som mål att öka under året.

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.

Intern samverkan sker kontinuerligt inom ramen för de tvärprofessionella teammötena. På stadsdelens äldreboenden innebär det att man också arbetar i de olika kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD, Svedem och Palliativregistret.

### **2.4 Patienters och närståendes delaktighet**

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.

Resultat enkät till anhöriga ASIH, se kapitel 4.6.



## **2.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet är att rapportera, ta emot och utreda avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet samt rapportera eventuella vårdskador eller risk för vårdskador till IVO eller avvikelser avseende medicintekniska produkter till Läkemedelsverket.

Rapporterade avvikelser sammanställs per enhet och utgör grund för analys på enhetsnivå. Områdeschefen har ansvar för att enheternas sammanställningar diskuteras och analyseras i områdesledningsgruppen halvårsvis. Sammanställning av områdets avvikelser diskuteras i sektorns ledningsgrupp ett tillfälle per halvår.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården i stadsdelen ansvarar tillsammans med MAS/MAR för att en gång per år sammanställa och analysera avvikelser, och redovisa för nämnden i form av en patientsäkerhetsberättelse.

Trots fortsatt arbete med att förbättra den digitala modulen för rapportering, utredning och analys av avvikelser har denna fortfarande en låg funktionalitet och användarvänlighet. Det är fortfarande tidsödande och omständligt för medarbetare och chefer att rapportera och utreda avvikelser, vilket leder till att fokus flyttas från utredning och analys till praktiskt hanterande av systemet. .

## **2.6 Klagomål och synpunkter**

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Samtliga medarbetare är skyldiga att ta emot klagomål och synpunkter, alternativt informera om olika vägar att lämna dessa. Det finns en särskild folder som patienter/anhöriga kan använda för att skriva ner och kostnadsfritt skicka in sina synpunkter.

Patienter och anhöriga har även möjlighet att lämna klagomål direkt till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) eller patientnämnden. I dessa fall blir stadsdelen kontaktad och (om detta inte gjorts tidigare) en internutredning genomförs. Fokus i utredningsförfarandet inriktas på att finna systemfel som kan åtgärdas och därmed förbättra verksamheten. Utredningen resulterar i ett förslag till yttrande till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Yttrandet antas av stadsdelsnämndens sociala utskott som därmed får kännedom om de klagomål som inkommit och vilka åtgärder som vidtas i verksamheten. Om den som klagat önskar träffa berörda för genomgång av händelsen och vidtaga åtgärder skapas förutsättningar för ett sådant möte.

## **2.7 Egenkontroll**

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

Arbetet med hygienriktlinjer sker i enlighet med årshjulet.

Loggranskningar behörigheter i dokumentationssystemet sker i enlighet med stadens rutin

Kontrollräkning av narkotiska preparat i akutläkemedelsförråd genomförs regelbundet enligt rutin.

### **3 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

#### **Säker läkemedelshantering**

En vanlig avvikelse är missade/glömda läkemedel. Digitala hjälpmedel för påminnelse och signering innebär som regel en kraftig minskning av denna typ av avvikelser. System för digital signering har tyvärr inte bedömts som en prioriterad fråga för staden under 2020, men verksamhetscheferna har gemensamt formulerat ett uppdrag till Intracare gällande genomförande av två PoC, "proof of concept" (i en hemtjänstgrupp och på ett äldreboende).

#### **Följsamhet till delegerad/ordinerad träning**

En annan vanlig avvikelse är att delegerad/ordinerad träning inte utförs. Bedömningen är att ett system för digital signering skulle innebära en minskning också av denna typ av avvikelse.

#### **Följsamhet till basala hygienriktlinjer**

Hygienarbetet sker i enlighet med årshjulet. En av enhetscheferna inom område äldreboende ansvarar för ett särskilt nätverk för samtliga hygienombud inom området. Två enhetschefer inom FH BmSS ansvarar för kontinuerliga nätverksträffar för hygienombuden inom FH, minst en per BmSS. Arbetet sker i samverkan med MAS och hygiensjuksköterska på SU.

#### **Lokal handlingsplan fallprevention**

Verksamheterna har ett fortsatt fokus på riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar i Senior Alert.

Övningar som främjar balans och styrka ingår i alla program för grupp gymnastik som erbjuds på äldreboende.

Fysioterapeuterna tillämpar HIFE-konceptet som en del i det fallförebyggande arbetet.

#### **SIP (samordnad individuell plan) som ett implementerat arbetsverktyg**

Sedan 1 januari 2010 finns i lagstiftningen, SoL och HSL, bestämmelser om att kommun och landsting ska upprätta en SIP när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I överenskommelsen och i riktlinjerna för samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården ingår SIP som en viktig del i processen. Det är inte möjligt att få fram statistik över antalet SIP som skapats i Lundby, men vi ser en ökning av antalet. Inom BmSS är arbetssättet SIP väl känt och ger god effekt i ett samordnat stöd för den enskilde.

#### **Personcentrerad vård**

Arbetet med implementeringen av den för staden gemensamma handlingsplanen fortsätter, i tät samverkan mellan hemsjukvården och socialtjänsten (äldreboende och hemtjänst). Hemsjukvården deltar i den sektorgemensamma arbetsgruppen, som har stått för utbildning och stöd till enhetschefer i arbetet med att öka personcentreringen.

Enheten för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har, med stöd av MAR, genomfört en journalgranskning med särskilt fokus på om arbetsterapeut/fysioterapeut haft ett personcentrerat förhållningssätt i ärendet. Granskningen visade att dokumentationen kring personcentreringen behöver tydliggöras ytterligare.

Enheten har även genomfört en utbildningsinsats kring partnerskapsdimensionen i den personcentrerade rehabiliteringen. Särskilt fokus lades på att delaktighet då patient inte själv har kognitiv förmåga att uttrycka egen vilja.

På enheten för sjuksköterskor ordinärt boende pågår en studiecirkel med

Vårdförbundets material om personcentrerad vård som grund.

### **Systematik i arbetet med kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Palliativregistret**

Inom äldreomsorgen har ett tråget arbete med att höja engagemanget och därmed registrering i kvalitetsregistren burit frukt, och vi har idag en mycket hög täckningsgrad. Resultaten ger oss information om vilka aspekter vi behöver arbeta vidare med. Inom BmSS har tre enheter påbörjat introduktion av Senior Alert med avsikt att starta upp under 2020.

### **Korrekt inrapportering i digitala avvikelssystemet**

Trots fortsatt arbete med att förbättra den digitala modulen för rapportering, utredning och analys av avvikelser har denna fortfarande en låg funktionalitet och användarvänlighet. Det är fortfarande tidsödande och omständligt för medarbetare och chefer att rapportera och utreda avvikelser, vilket leder till att fokus flyttas från utredning och analys till hur man praktiskt ska göra i systemet. Utbildningsinsatser krävs kontinuerligt, likaså stöd för cheferna vid utredning, analys och sammanställning.

### **Förbättrad samverkan med psykiatrin**

Den lokala samverkansgruppen har inte kommit igång med något gemensamt utvecklingsarbete då närvaron från respektive huvudman är låg.

### **SBAR**

SBAR är en struktur för snabb och strukturerad information/kommunikation. Förkortningen står för:

- Situation
- Bakgrund
- Aktuellt tillstånd
- Rekommendation

Implementering av SBAR har inom BmSS gett god effekt och underlättar för en strukturerad information och kommunikation mellan BmSS och sjuksköterskor. Inom äldreomsorgen så är verksamheterna inte helt framme, utan implementeringsarbetet måste fortsätta.

### **Introduktion för enhetschefer**

MA erbjuder introduktion för nyanställda enhetschefer med genomgång av hälso-och sjukvårdsansvar och vad det innebär. Samtliga enhetschefer har dessutom fått en genomgång av fördelningen av hälso-och sjukvårdsansvaret.

### **Grundutrustning/medicintekniska produkter**

Inom såväl ÄO som IFO/FH finns utsedda MTP-ombud. För ombuden inom Bmss ansvarar utsedd enhetschef för att samla detta nätverk till regelbundna träffar, där MAR deltar.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har under året genomfört Socialstyrelsens webbutbildning för förskrivare av personliga hjälpmedel.

## **3.1 Riskanalys**

Matrisen från Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete "Riskanalys & händelseanalys" används vid avvikelsetredningar. Resultat och erfarenheter från egenkontroller kan resultera i åtgärder före förbättrad patientsäkerhet. Riskanalys görs

också utifrån rutin för utvärdering och uppföljning av personligt förskrivna hjälpmedel, där analys av risk för tillbud/skada, vid användande och hantering av hjälpmedlet ingår som en del.

Arbetet med kvalitetsregister, egenkontroller, utredning och analys av avvikelser samt vid verksamhetsförändringar bildar underlag till verksamheternas riskanalys.

Risker har identifierats inom följande områden

- Personal- och kompetensförsörjning, främst när det gäller sjuksköterskor, men även arbets- och fysioterapeuter
- Samverkan och informationsöverföring
- Fall och fallskador.
- Utebliven ordinerad träning och behandling
- Brister i delegerad läkemedelshantering.
- Brister i hantering av medicintekniska produkter

### **3.2 Utredning av händelser - vårdskador**

Anmälningar enligt Lex Maria rapporteras till stadsdelens utskott och följs upp av verksamhetschef enligt HSL. Anmälningar och de åtgärder som föreslås följs upp i verksamheten och återkopplas till berörd personal. Avvikelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada återkopplas till personal på APT och används i det systematiska förbättringsarbetet.

Ingen händelse enligt Lex Maria har anmälts till IVO under året.

### **3.3 Informationssäkerhet**

Verksamheten har tydliga rutiner för avslut av behörighet till journalsystem då anställning upphör, likaså för loggranskning.

Under året har förvaltningen rapporterat två personuppgiftsincidenter. I en rutinkontroll upptäckte Intraservice att journalsystemet Medidoc var utan kryptering. Hur länge problemet funnits är oklart.

MA upptäckte att alla med analysbehörighet kunde ta del av alla verksamhetens avvikelser i hela staden. Problemet uppstod i samband med en uppdatering 1 oktober, och åtgärdades delvis cirka två månader senare. Vissa problem kvarstår. En loggranskning genomfördes för att utreda eventuella sekretessbrott, men granskningen fann inga sådana.

## 4 RESULTAT OCH ANALYS

### 4.1 Egenkontroll

#### 4.1.1 Resultat

Egenskattning av följsamhet till hygienriktlinjer har genomförts enligt årshjul. Resultatet visar på god följsamhet till rutiner.

Loggranskningen har inte visat på några brister

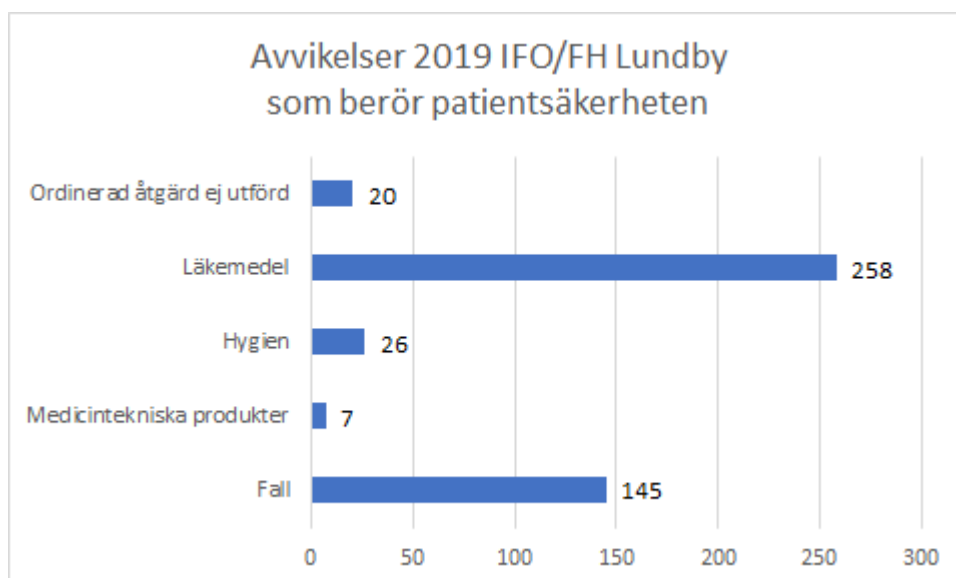
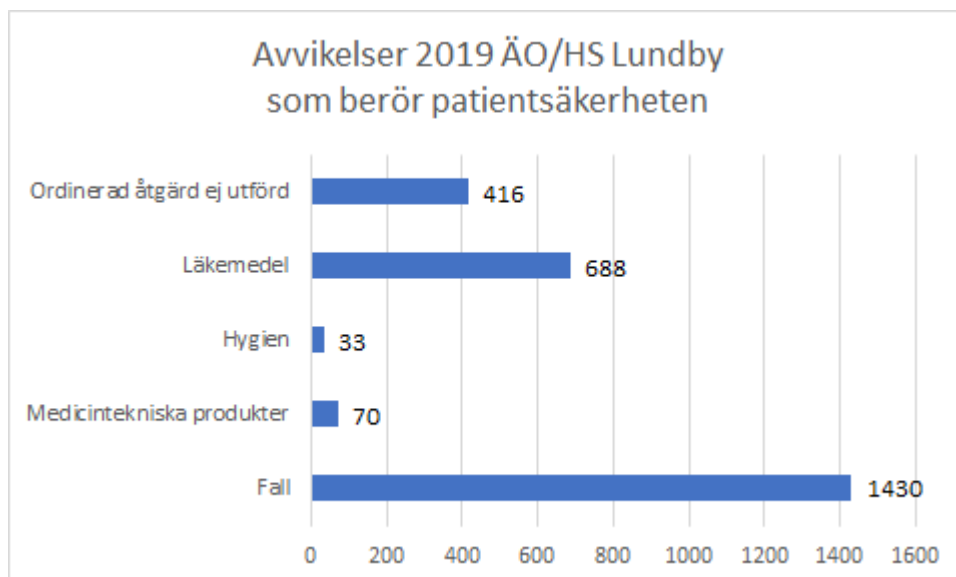
Kontrollräkning av narkotiska preparat har inte visat på något svinn.

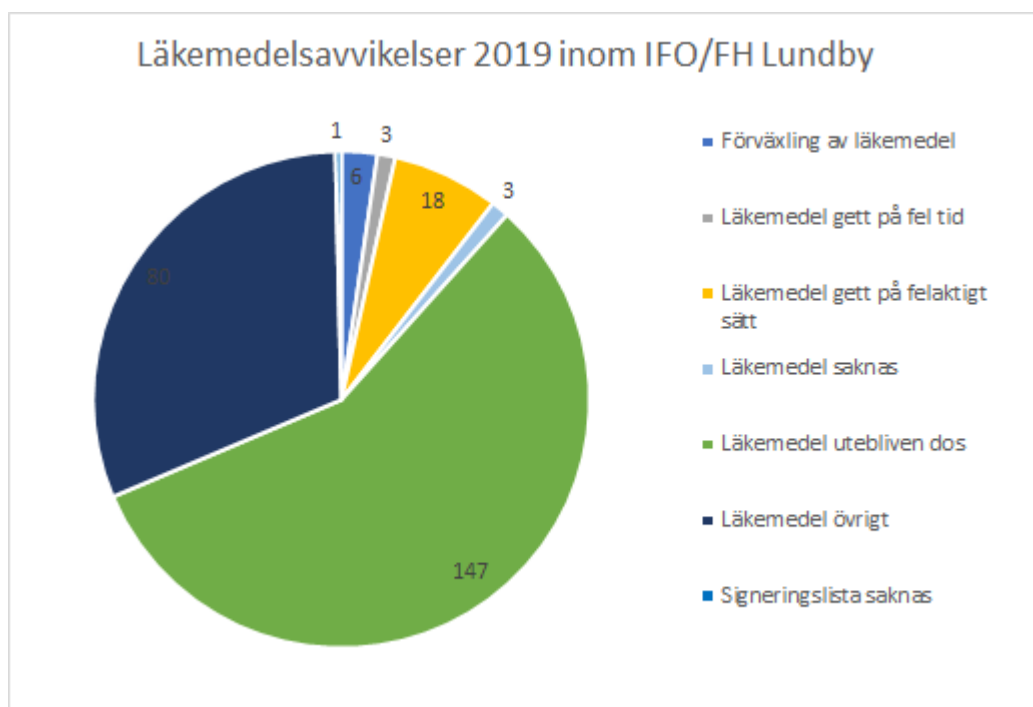
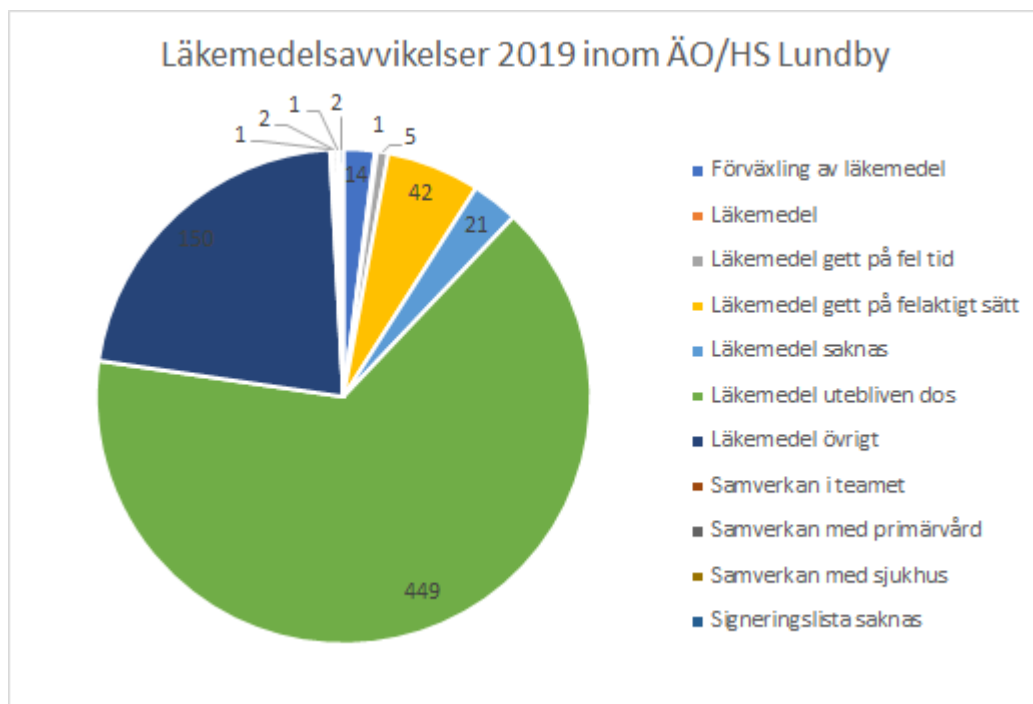
Svinnet av läkemedel har minskat där läkemedelsskåpen utrustats med tagg som möjliggjort spårbarhet.

#### 4.1.2 Analys

### 4.2 Avvikelser

#### 4.2.1 Resultat





#### 4.2.2 Analys

Följsamheten till avvikelserutinen behöver öka.

Under året har delar av avvikelssystemet reviderats, inklusive guiderna för hur man ska arbeta med avvikelserapporterna. Enligt den nya beskrivningen ska man tänka på ett annat sätt då man registrerar allvarlighetsgrad i riskmatrisen. Man ska inte längre registrera allvarlighetsgraden gällande den faktiskt inträffade händelsen, utan istället göra en riskbedömning av sannolikheten för att något liknande kan hända igen och hur allvarlig konsekvensen då kan bli. Man ska välja den mest allvarliga tänkbara konsekvensen.

De avvikelser som i det individuella ärendet bedöms med allvarlighetsgrad 3 och 4 ska vidarebefordras till medicinskt ansvariga för ställningstagande för vidare utredning,

vilket inte alltid sker.

Det är svårt att utläsa om bedömningarna av allvarlighetsgrad är genomförda i samverkan mellan chef och legitimerad personal.

Det finns brister i val av sökord i avvikelserapporterna. Flertalet av avvikelserna som är rapporterade som "övrigt" har inte rapporterats inom det område som de egentligen tillhör, vilket försvårar analysen.

De dominerande områdena utifrån patientsäkerheten där det skrivs flest avvikelserapporter är inom fall, läkemedelshantering och ej utförda ordinerade åtgärder.

Trots att verksamheterna har stort fokus på det fallförebyggande arbetet, så är antalet fallavvikelser många. Alla fall kan dock inte undvikas med förebyggande åtgärder. Endast en liten del av fallen leder till allvarliga skador.

De vanligast rapporterade avvikelserna gällande läkemedelshantering, är "Läkemedel utebliven dos". Utebliven ordinerad träning står också för en stor andel avvikelser - dessa rapporteras dock vanligtvis inte med en rapport per uteblivet tillfälle, utan sammanfattas ofta (de 25 rapporterna under året avsåg 355 uteblivna tillfällen.) För båda dessa områden bedöms digital signering kunna minska denna typ av avvikelser.

För avvikelserna med medicintekniska produkter, så står "felaktig användning" för 91% 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.

Avvikelse rapporteringen gällande extern samverkan är inte tillräckligt implementerad i stadsdelen. Inskickade avvikelser besvaras i låg omfattning från slutenvården. Svårigheten med att rapportera avvikelser i vårdkedjan är att det inte finns något gemensamt system som stödjer detta.

Det är positivt att man har börjat rapportera avvikelser gällande bristande hygien.

### **4.3 Klagomål och synpunkter**

Under 2019 har det inkommit fyra synpunkter kring vård och behandling från anhöriga. Synpunkterna berör framförallt basal omvårdnad. Ett ärende från patientnämnden handlade om avsaknad av undersökning från läkare, ärendet gick vidare till primärvård, här ser vi att kommunikationen kan förbättras.

### **4.4 Händelser och vårdskador**

Den samlade bedömningen utifrån rapporterade allvarliga händelser under året visade på bristande följsamhet till rutiner, avsaknad av riskbedömningar samt otillräcklig uppföljning och informationsöverföring. Åtgärdsplaner upprättas, vilka verksamheterna arbetar med.

Den kommunala hälso- och sjukvården bygger på att många hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs av omsorgspersonal. Utförandet av en ordinerad eller delegerad uppgift är beroende av att utföraren tar ansvar för uppgiften. För att säkerställa hälso- och sjukvårdsåtgärderna är det viktigt att informationsöverföringen mellan legitimerad personal och omsorgspersonal är tydlig och når alla berörda. Enhetschefen för omsorgspersonalen har också en viktig uppgift i att leda och fördela arbetet.

## 4.5 Riskanalys

### **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. Under 2019 har utbildningar i ergonomi och förflyttningsteknik genomförts gemensamt med Norra Hisingen, så att flera utbildningstillfällen har kunnat erbjudas.

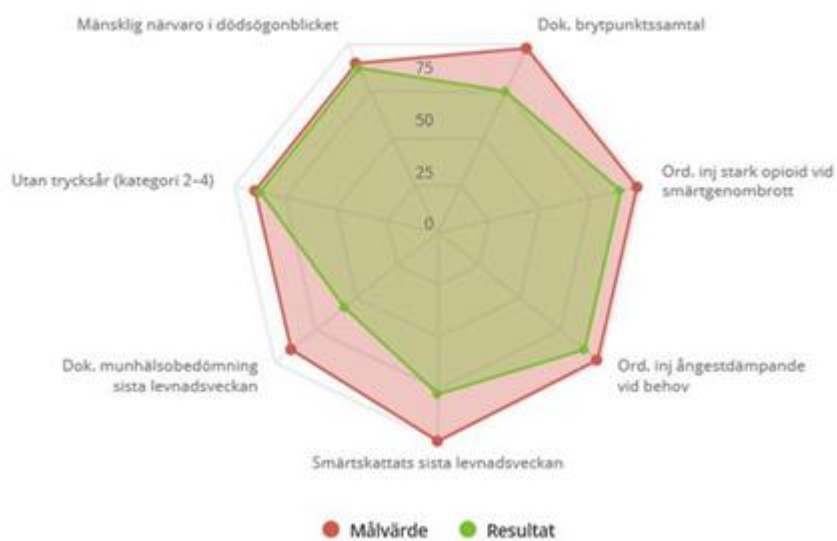
## 4.6 Övriga resultat och analyser

### **Senior Alert**

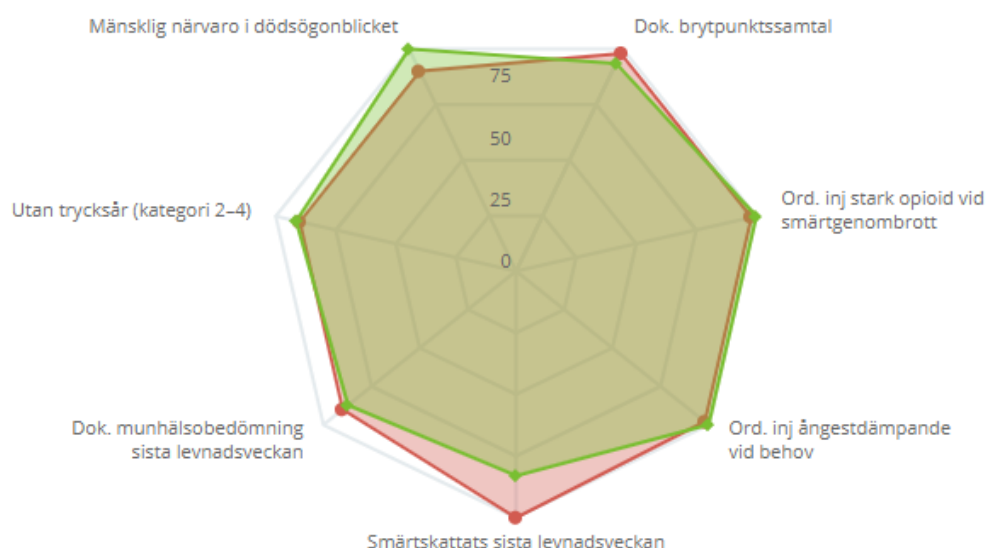
Arbetet med Senior Alert är iag en etablerad del av det tvärprofessionella teamets arbetssätt. 95 % av riskbedömningarna leder till beslut om förebyggande åtgärder, och 84 % av dessa har följts upp under perioden.



## Resultat palliativregistret äldreboende



## Resultat palliativregistret ASIH

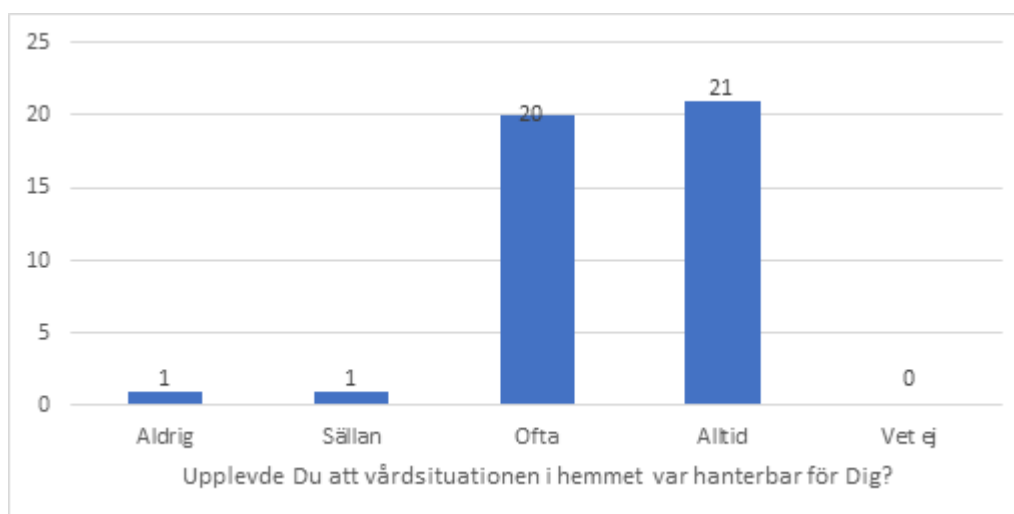
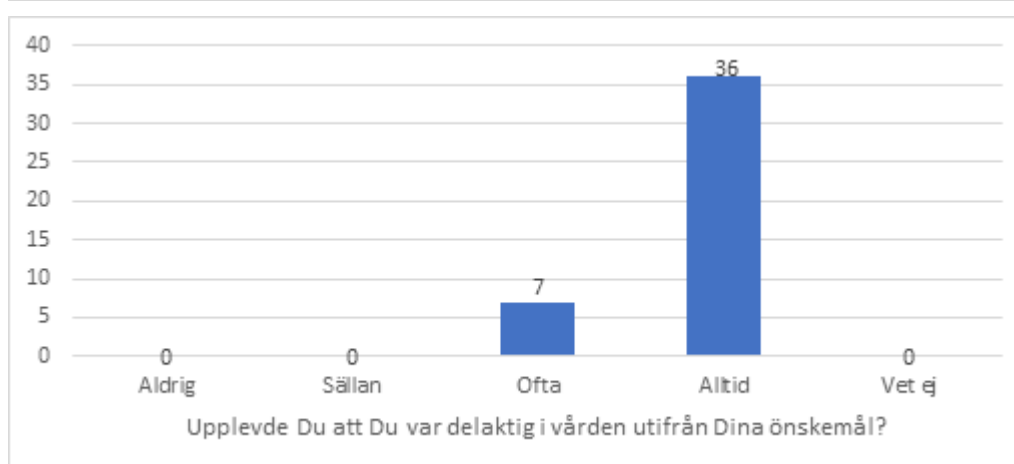
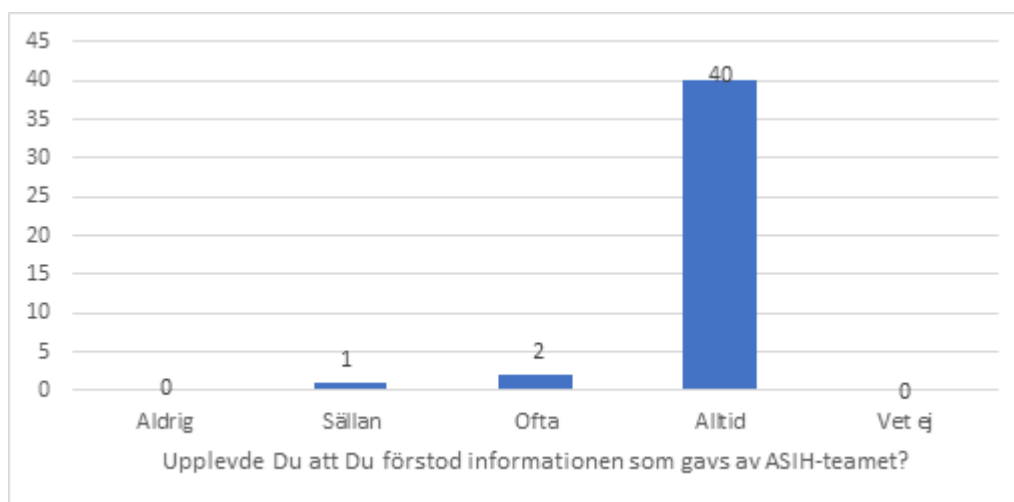


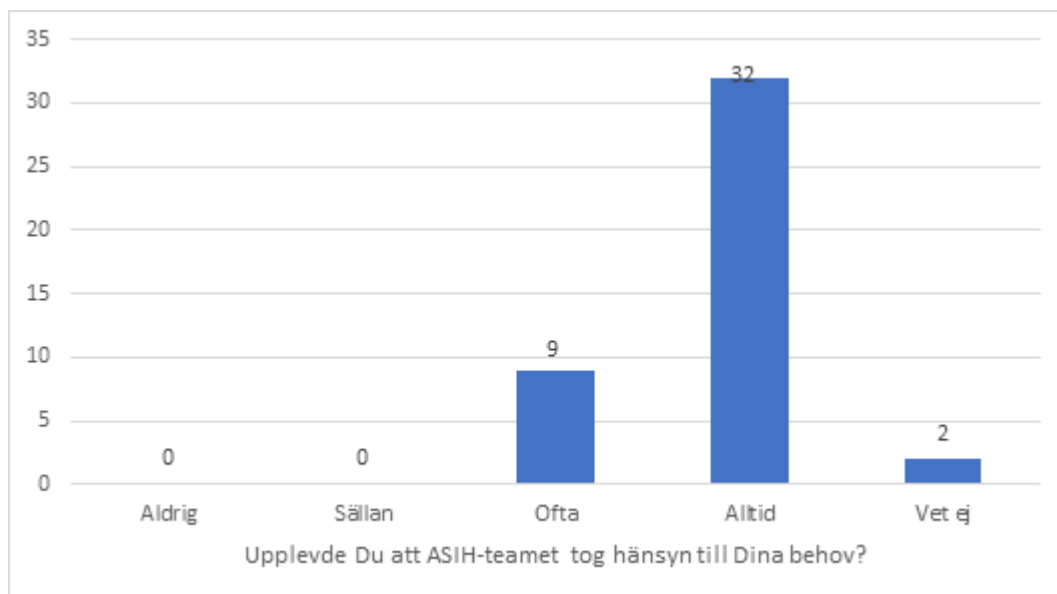
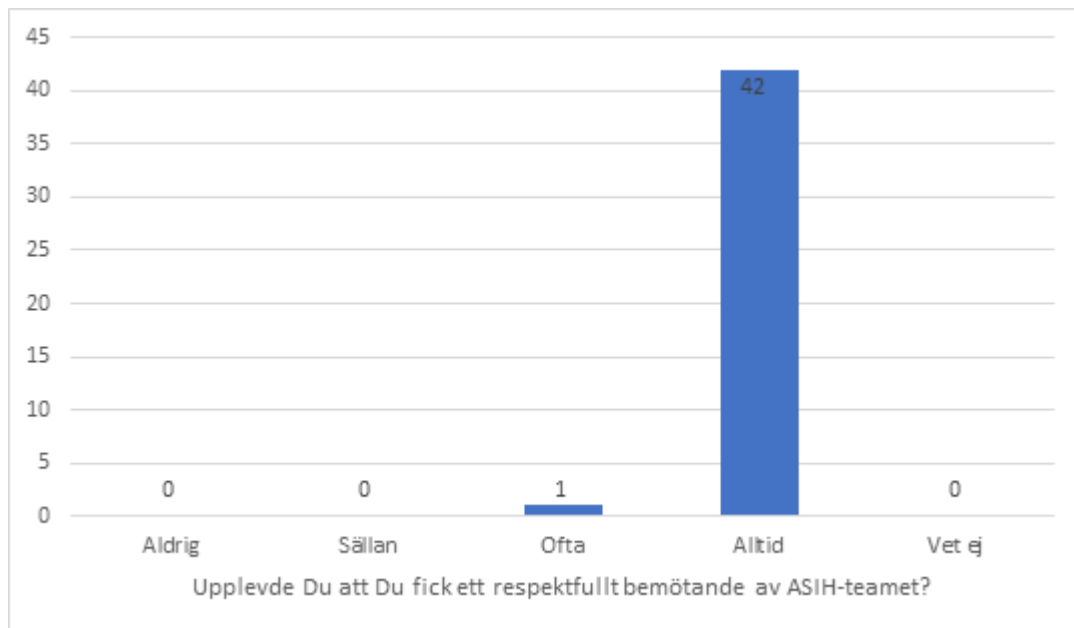
Registreringen är idag säkerställd inom samtliga verksamheter.

Särskilt boende: Inom fokusområdena munhälsobedömningar och validerat instrument för smärtskattning har resultaten tydligt förbättrats. Dock ser vi eventuellt en liten försämring för fokusområdet erbjudande om efterlevandesamtal.

ASIH-verksamheten har som vanligt mycket goda resultat generellt. Utmaningen under året har varit att öka antalet smärtskattningar med validerat instrument, vilket man har lyckats väl med.

## Resultat efterlevande enkät ASIH

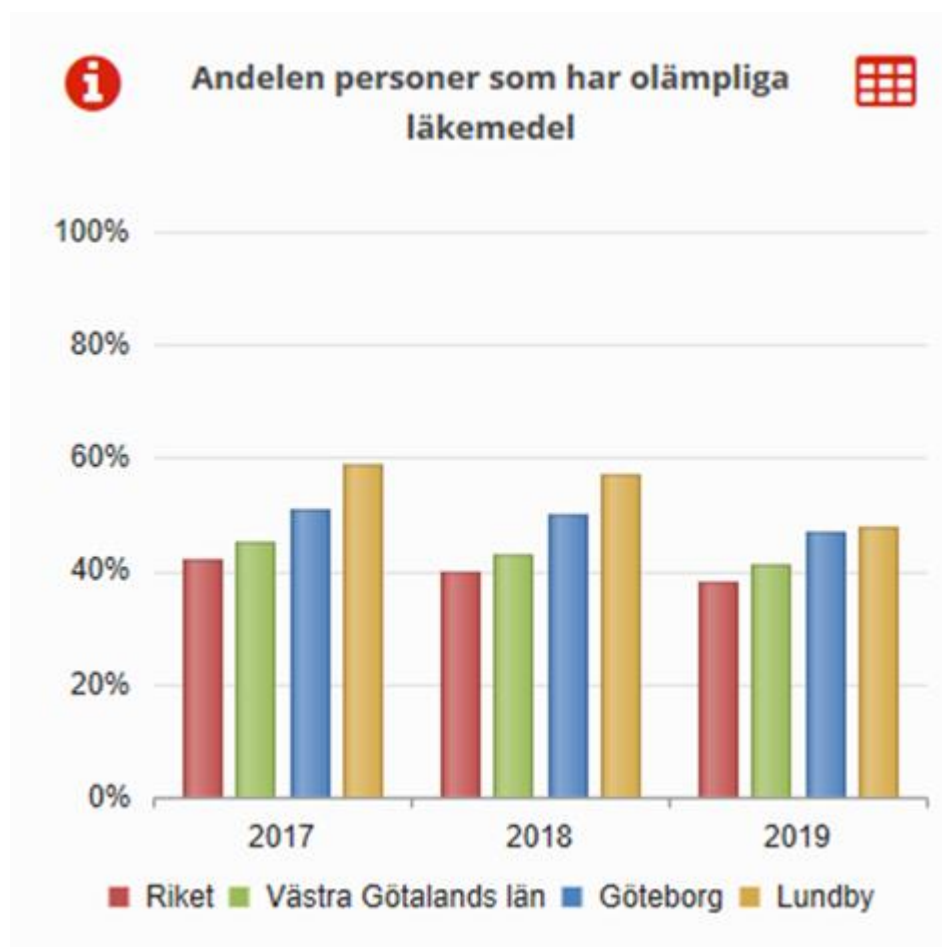




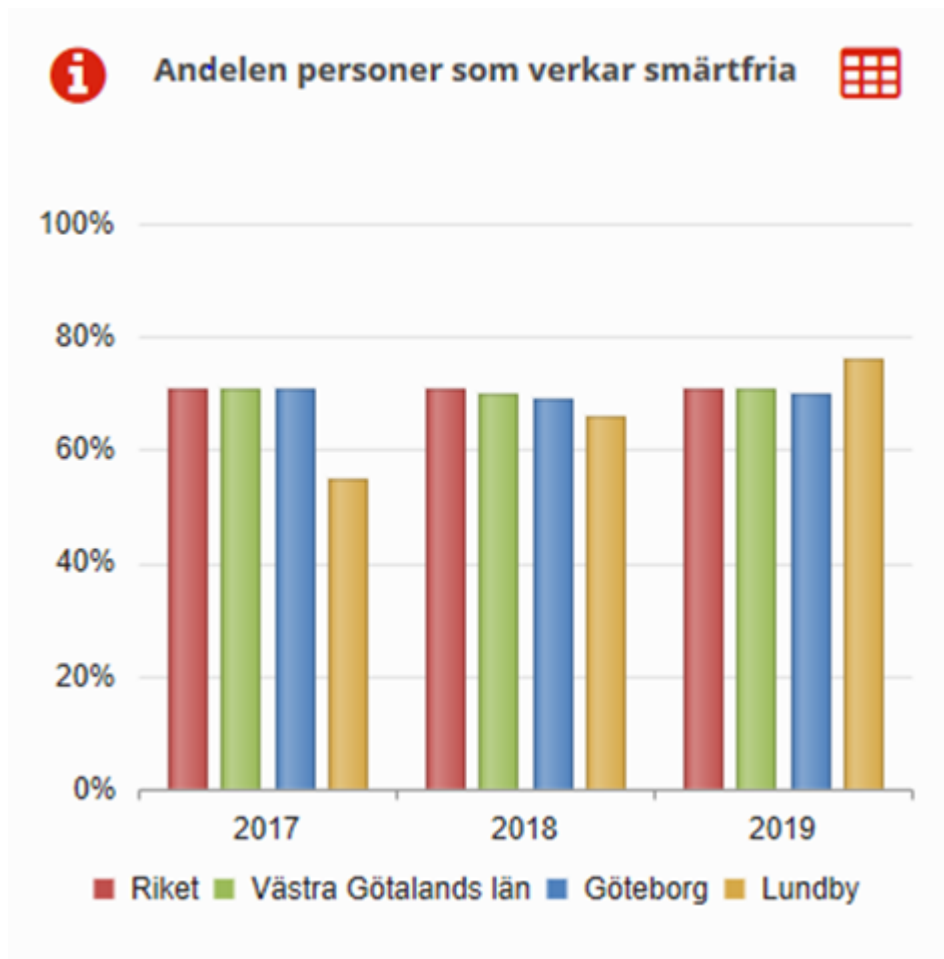
#### KOMMENTAR/ANALYS:

Efterlevandeenkäten ASIH visar som vanligt på ett högt betyg för verksamheten. Likaså bekräftas återigen bilden att anhöriga ofta upplever en hög belastning och en ensamhet och utsatthet. Teamet kommer ibland in i ett sent skede i ett snabbt sjukdomsförlopp, och det kan bli en utmaning att hinna etablera en god relation till patient och anhörig. Ändå uttrycker anhöriga att teamet ger en trygghet och ett stöd.

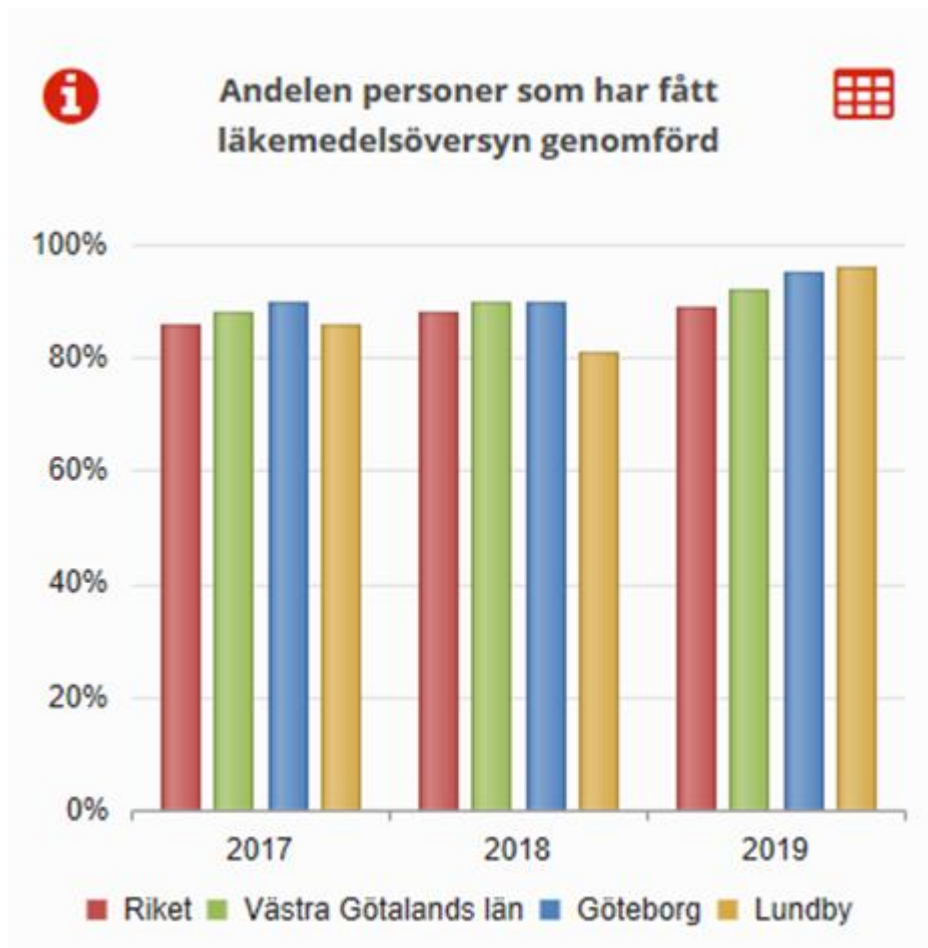
## Resultat BPSD-registret



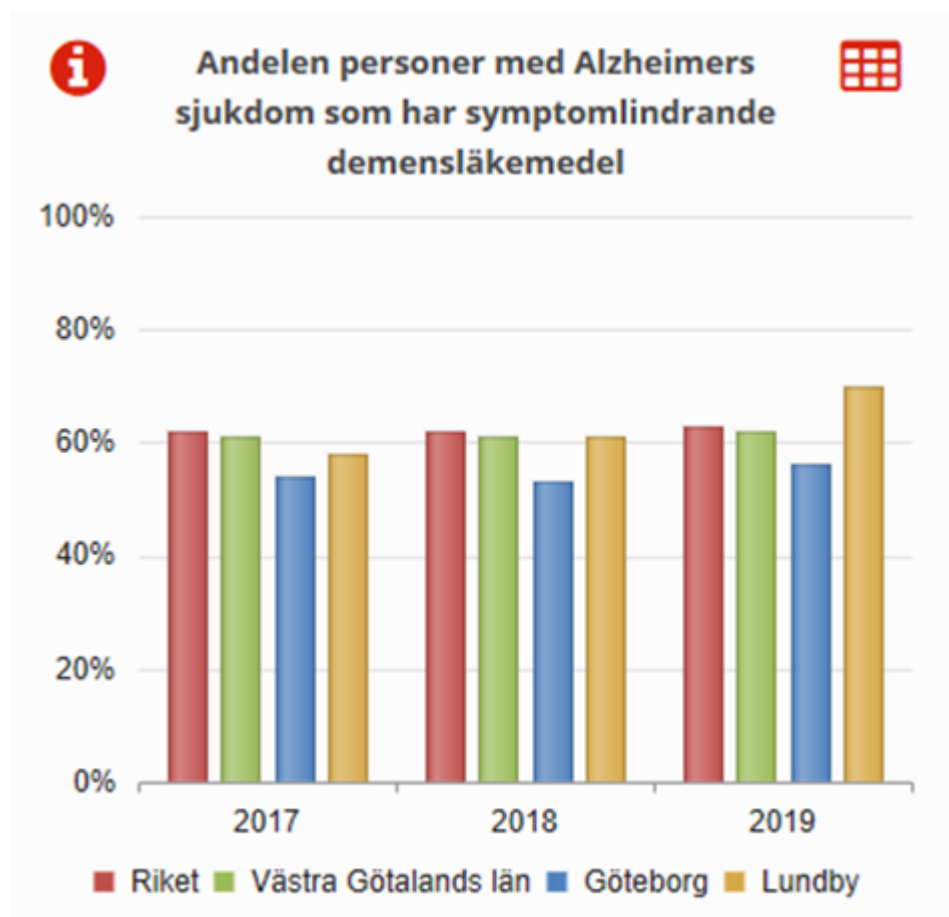
Den positiva trenden fortsätter för Lundby, Arbetet fortsätter, i samverkan med primärvården.



Glädjande nog så har Lundby förbättrat sitt resultat. Frågan är i fokus, bl a i metodhandledning och utbildning inom demensområdet.



Antalet läkemedelsöversyner har stadigt ökat. Det är dock av stor vikt att läkare och sjuksköterska har goda kunskaper inom området för att läkemedelsöversynen ska hålla en god kvalitet. Ett gemensamt arbetssätt för läkemedelsgenomgångar generellt har förankrats i NOSAM.



Den positiva trenden fortsätter, vilket som kan tolkas som förbättrade kunskaper hos hela teamet kring patienten.

### **Funktionella läkemedelsskåp med spårbarhet i form av tagg/SITHS-kort**

Under året ersattes nycklar med individuella tags på ett av stadsdelens äldreboenden. Vi kan se ett omedelbart resultat med mindre svinn av läkemedel än tidigare år.

Ambitionen var att utrusta samtliga patienter i ordinärt boende med beslut om läkemedelsövertag med ett funktionellt läkemedelsskåp med individuell inloggning i form av s k SITHS-kort. På grund av förvaltningens ekonomiska situation har denna investering fått skjutas på framtiden.

### **MAS och MAR granskningar**

#### **Gemensam kvalitetsindikatorgranskning för hela staden, gällande vårdkedjeavvikelser - för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster**

Den årliga mätningen av kvalitetsindikatorer fokuserade i år på avvikelserapportering i vårdkedjan. Granskningen innehöll dels en granskning av registrerade rapporter under "Samverkan extern" i avvikelssystemet och dels en enkät till arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster kring samverkan mellan sjukhus/primärvård och kommunens hälso- och sjukvård, samt hur de avvikelserapporterar. För Lundbys del var endast 3 avvikelserapporter skrivna, trots att 48% enligt enkäten ansåg att informationsöverföringen från sjukhusen till kommunen fungerar dåligt eller ganska dåligt. 58% svarade att de aldrig eller endast ibland skriver avvikelserapporter när samverkan brister.

### **Kollegial journalgranskning för AT och FT**

En kollegial journalgranskning genomfördes inom arbetsterapi och fysioterapiverksamheten. Granskningen var utformad som grupparbete utifrån ett antal

frågeställningar kring personcentrerad vård. Målet var att genom reflektion skapa ett lärande.

### **MTP-granskning**

Granskning av registreringarna i databasen MTP grundutrustning har under året genomförts på alla de fyra äldreboendena i stadsdelen. Granskningen visade att det saknades registreringar gällande besiktningar på tre av fyra boenden. Det verkar inte ha fungerat som det ska med de utsedda MTP-ombuden. Här har sektorn ett förbättringsarbete att göra.

### **Granskning samt uppföljning av kommunala akutläkemedelsförråd (KAF)**

En granskning av stadsdelens tre kommunala akutläkemedelsförråd i början av året visade på brister i kontinuiteten avseende kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel, kassation av narkotiska preparat samt mätning av rums- och kylskåpstemperatur i två av förråden. Vid en uppföljning i ett av de två förråden under hösten visade på att resultatet förbättrats på samtliga punkter.

### **Funktionshinder/Bmss**

#### **Enskild patients medicinskåp**

Under året granskade MAS följsamheten till riktlinje avseende enskild patients medicinskåp inom funktionshinder, som en uppföljning av stadsrevisionens granskning 2018. För att få en uppfattning om hur riktlinjerna för läkemedelshanteringen följs granskades 10 slumpvis utvalda läkemedelsskåp på fem olika boenden i stadsdelen.

Förutsättningar för läkemedelshanteringen i enskild patients läkemedelsskåp varierar mellan olika enheter. Skåpen har olika storlek, inredning och låsfunktion.

#### *Resultat*

#### **Positivt:**

- Rent i skåpen.
- Inga gamla papper kvar i pärmarna och de listor som fanns var tydliga och aktuella.
- Personal upplevdes vid besöken ha stort engagemang samt god kännedom om de boende och deras läkemedel.
- God kontakt med sjuksköterska – regelbundna besök av sjuksköterska på enheterna.
- Sjuksköterskan upplevs av personalen som engagerad, lätt att samarbeta med och ett gott stöd.
- Samtliga dosetter som fanns i skåpen var korrekt märkta

#### **Förbättringsområden:**

- Tomma rutor för signering får inte förekomma – vid tillfälle då signering inte ska utföras, måste en förklaring enligt gällande lista bifogas.
- Avvikelse saknas i princip i samtliga fall av utebliven signering.
- Signaturförtydligande-lista fanns i alla pärmar utom en. Några av dem var inte helt uppdaterade
- Upplevelse av viss oordning i skåpen generellt, beror troligen på mängden läkemedel och att även icke aktuella läkemedel förvaras i skåpen.
- En vårdplan gällande läkemedelshandling ska finnas för samtliga med läkemedelsövertag/egenvårdsbeslut.
- För att öka spårbarhet ytterligare rekommenderas läkemedelsskåp med personlig tagg, SITHS-kort eller liknande lösning.



## **Följsamhet till basala hygien- och klädregler**

När granskningen av medicinskåp genomfördes inom funktionshinder observerades även personalens följsamhet till de basala hygien- och klädriktlinjerna. Sammanlagt 9 personal observerades och av dessa var det 4 personer som inte följde reglerna. Två personer bar ringar, en person hade nagellack och en person bar långärmad tröja under arbetsdräkten.

## **Äldreboende**

### **Enskild patients medicinskåp**

Under året granskade MAS följsamheten till riktlinje avseende enskild patients medicinskåp på ett av stadsdelens äldreboende. För att få en uppfattning om hur riktlinjerna för läkemedelshanteringen följs granskades 10 slumpvis utvalda läkemedelsskåp på boendets enheter.

#### **Positivt:**

- Överlag mycket bra ordning i pärm
- Bra och stora skåp, rent i skåpen
- Aktuella och inaktuella läkemedel stod i de flesta fallen åtskilda påseparata hyllor
- I princip samtliga ordinationshandlingar var uppdaterade
- Underlag och vårdplaner fanns för samtliga läkemedelsövertag
- Tydliga signeringslistor
- Få saknade signeringar
- Signaturförtydligande-lista fanns i samtliga pärmar
- Samtliga dosetter tydligt och korrekt märkta

#### **Förbättringsområden:**

- Fylla i orsak till saknad signering - alternativt inte missa att signera
- Registrering av avvikelser gällande läkemedel
- Kontakt med sjuksköterska i samband med avvikelser/registrering i medicinsk journal
- Kontakt med sjuksköterska vid utebliven medicinering/signering
- Kontrollräkning av narkotiska preparat. Instruera personal i hur listan fylls i.
- Uppdatera till senaste version av signeringslista för insulin
- Ifyllnad av Signaturförtydligande-listan. Samtlig personal som signerat skall stå med på listan.
- Trygghetsordinationer skall endast utfärdas vid vård i livets slutskede och skall därför sättas ut/omvärderas vid förbättrat hälsotillstånd/minst en gång per år. Tillhörande vårdplan skall finnas.

## **Följsamhet till basala hygien- och klädregler**

När granskningen av medicinskåp genomfördes inom äldreboende observerades även personalens följsamhet till de basala hygien- och klädriktlinjerna. Sammanlagt 12 personal observerades och av dessa var det endast en personal som inte följde reglerna och bar en klocka på handleden.

## 5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

### **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.

Översyn av semesterperioder och arbetstidsschema för att minimera antalet korttidsvikarier med delegering.

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.

Utbildning till berörda enhetschefer i deras ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser som deras medarbetare har i uppdrag att genomföra.

### **Mål:**

*Följsamhet till basala hygienriktlinjer*

### **Strategi:**

Utbildning "hygienkörkort" 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*

### **Strategi:**

Implementering av SBAR-konceptet och 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. Utbildningarna har under 2019 genomförts i samarbete med Norra Hisingen, vilket gjort att fler utbildningstillfällen kunnat erbjudas. 2020 utökas samarbetet till att också omfatta Västra Hisingen.

Webbutbildning riktade till omsorgspersonal som hanterar personligt förskrivna hjälpmedel eller läkemedelsnära produkter, samt till områdets enhetschefer.

### **Mål:**

*Trygg och säker process kring införandet av nytt journalsystem*

**Strategi:**

Följsamhet till stadens centrala plan för implementering

**Mål**

*En väl fungerande avvikelseprocess med en hög säkerhetskultur*

**Strategi**

- Fortsatt stöd till enhetschefer, både inom ÄO och FH, 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