

Redovisning

Uppdaterad 2021-04-30

Patientsäkerhets- berättelse

ÅR 2020

Innehåll

Sammanfattning.....	4
Inledning	5
Struktur.....	5
Övergripande mål och strategier för 2020.....	5
1. Öka antal riskbedömningar i Senior Alert och intensivare fallpreventivt arbete i tvärprofessionella team.....	5
2. Införa digitala signeringslistor för delegerade insatser som möjliggör kvalitetssäkring gällande följsamhet.....	5
3. Grundutbildning av Smittskydd Värmland i basala hygienrutiner	5
4. Införa Nationell Vårdplan för Palliativ vård, NVP samt samverka med vårdcentralen Forshaga i palliativ vård	5
5. Öka registreringar i Svenska palliativa registret för att förbättra den palliativa vården.....	5
6. Utbilda och öka registreringar i BPSD-registret (ett nationellt kvalitetsregister som används vid demenssjukdom)	5
Organisation och ansvar	6
Vård och omsorgsnämndens ansvar	6
Verksamhetschefens ansvar	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering.....	6
Enhetschef hälso- och sjukvårdslagen (HSL)	6
Enhetschefer Socialtjänstlagen (SoL).....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål- och synpunkter	8
Egenkontroll	8
Process-åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador	9
Informationssäkerhet.....	9
Informationssystem inom hälso- och sjukvård	10
Resultat och analys.....	10
Fall.....	10
Läkemedel.....	10
Ej hanterade som vi i tidigare system kallade utebliven dos redovisas i procent nedan;.....	10
Basala hygienrutiner och klädregler	11
Palliativa registret	11
Demensvård	11
Egenkontroll	11
Klagomål och synpunkter	11
Händelser och vårdskador	11

Klagomål inkomna till Region Värmlands patientnämnd	11
Avvikelse från vårdcentralen i Forshaga	11
Avvikelse från palliativa teamet.....	12
Klagomål via kommunens funktionsbrevlåda	12
Riskanalys	12
Nulägesanalys för nära vård.....	12
Fokusområde 1: Öka kunskapen om inträffade vårdskador	13
Fokusområde 2: Tillfälliga och säkra system och processer	13
Fokusområde 3: Säker vård här och nu.....	13
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	14
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap	14
Mål och strategier för kommande år, 2021.....	14
Mål.....	14
Mål för hemsjukvården	14
1. Öka patientsäkerheten genom att standardisera bedömningen av patienters vitala parametrar, vid försämring i patientens hälsotillstånd.	14
2. Öka patientsäkerheten genom att ha en fastställd struktur för hur informationsöverföringen och kommunikationen ska gå till.	14
3. Öka patientsäkerheten genom en enhetlig metod vid dokumentation och skattning av smärta samt vid utvärdering av behandlingsåtgärd.	15
4. Öka patientsäkerheten genom att säkerställa att rätt åtgärder sätts in vid blåsdysfunktion.	15
5. Öka patientsäkerheten genom att minska risken för ohälsa i munnen hos äldre.	15
6. Göra patienten och deras närstående förutsättningar för valfrihet och delaktighet om var, hur och med vilket livsinnehåll som han eller hon vill leva den sista tiden av sitt liv.	15
Mål för rehabilitering.....	15
7. Ta fram en plan på ledningsnivå för rehabiliterande förhållningssätt	15
8. Utveckla arbetet med reahbplaner på individnivå	15
Strategier.....	16
En god säkerhetskultur	16
Att bemöta personer med demenssjukdom.....	16
Rehabiliterande förhållningssätt	16

Sammanfattning

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga. En person som har kontakt med kommunens representanter ska känna sig trygg och säker. Anställda ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada enligt patientsäkerhetslagen.

Patientsäkerhetsarbetet har varit en utmaning under pandemiåret 2020. Fokus och personella resurser har varit riktat mot att förhindra smittspridning av covid-19 samt att hantera misstänkta eller bekräftade fall. Den vanligaste vårdskadan är vårdrelaterade infektioner. Virusets SARS-CoV-2 ger upphov till sjukdomen covid-19. Infektionen är en dropp- och direkt kontaktsmitta. Sedan tidigare finns väl utarbetade rutiner för att förhindra spridning genom dropp- och kontaktsmitta. Följsamhet till basala hygienrutiner och användandet av skyddskläder och personlig skyddsutrustning har varit av största vikt. De egenkontroller som gjorts har visat på god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Folkhälsomyndigheten utfärdar rekommendationer för hur skyddsåtgärder och hygienrutiner ska tillämpas i hälso- och sjukvård och omsorg. Smittskydd Värmland är en länsövergripande verksamhet och fastställer rutiner för bland annat kommunal hälso-vård. Rutinerna har reviderats i frekvent takt utifrån förändrat kunskapsläge. Det har varit en utmaning att hålla rutiner levande, ha tillgång till skyddsmaterial och anpassa miljön på ett säkert sätt. Region Värmland och Värmlands kommuner har haft ett mycket gott samarbete och har lett till nya samverkansrutiner som vi kan bygga vidare på i andra sammanhang.

Mot bakgrund av de förändringar och utmaningar som hälso- och sjukvården står för att Socialstyrelsen tagit fram en nationell handlingsplan för att öka patientsäkerheten. Visionen är en god och säker vård, överallt och alltid. Det övergripande målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Under 2020 påbörjades arbetet med omställningen men har p.g.a. pandemin gått långsamt framåt.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har ingått ett antal överenskommelser när det gäller omställningen till en god och nära vård, 2020-2027. Fokus ska flyttas från sjukdom och behandling till hälsofrämjande och förebyggande insatser nära invånarna. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om god och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav är fastställda. Kommunerna kommer få medel som rör - Utveckling av den nära vården med fokus på primärvård. - Goda förutsättningar för vårdens medarbetare. - Vidareutbildning för sjuksköterskor. En handlingsplan kommer att tas fram och det kommer påverka patientsäkerhetsarbete 2021 i en positiv riktning.

För att stärka patientsäkerhetsarbetet har SKR tagit fram ett verktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård. En nulägesanalys har gjorts och presenteras i redovisningen.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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.

Struktur

Övergripande mål och strategier för 2020

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

1. Öka antal riskbedömningar i Senior Alert och intensivare fallpreventivt arbete i tvärprofessionella team

Målet är delvis uppfyllt. Antalet riskbedömningar har ökat men arbetet i tvärprofessionella team har varit svårt att genomföra r/t pandemin.

Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI > 22	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde
Forshaga kommun	102	89% 125 av 140	15% 19 av 125	97% 121 av 125	84% 83 av 99	13 11 personer	40 40 personer	2 2 personer	0 0 personer	▲
Trycksår		26% 36 av 140	25% 9 av 36	94% 34 av 36	77% 20 av 26					
Undernäring		65% 91 av 140	16% 15 av 91	99% 90 av 91	83% 85 av 78					
Fall		64% 90 av 140	14% 13 av 90	97% 87 av 90	85% 82 av 73					
Munhälsa		100% 1 av 1	0% 0 av 1	0% 0 av 1	0% 0 av 1					

2. Införa digitala signeringslistor för delegerade insatser som möjliggör kvalitetssäkring gällande följsamhet

Målet är uppfyllt och vid sammanställning av sista kvartalets läkemedelsavvikelser har utebliven dos minskat.

3. Grundutbildning av Smittskydd Värmland i basala hygienrutiner

Målet ej uppfyllt r/t pandemin. Alla hygienombud har av MAS och hygienombud (sjuksköterskor) fått uppdragsbeskrivning och genomgång av informationsmaterial. Hygienombudet ska informera och följa upp att alla arbetskamrater genomgått webbaserad utbildning i basala hygienrutiner och klädrutiner.

4. Införa Nationell Vårdplan för Palliativ vård, NVP samt samverka med vårdcentralen Forshaga i palliativ vård

Målet ej uppnått r/t pandemin.

5. Öka registreringar i Svenska palliativa registret för att förbättra den palliativa vården

Målet ej uppnått. Finns registreringar men saknas information på flera parametrar.

6. Utbilda och öka registreringar i BPSD-registret (ett nationellt kvalitetsregister som används vid demenssjukdom)

Målet ej uppnått r/t pandemin

Organisation och ansvar

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

Ansvar för ett effektivt och preventivt patientsäkerhetsarbete vilar på vårdgivaren. Samtliga medarbetare har också en skyldighet att medverka i och bidra till att patientsäkerheten utvecklas och behålls.

Vård och omsorgsnämndens ansvar

Nämnden är ansvariga för att:

- Ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten
- Fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet
- Kontinuerligt följa upp och utvärdera målen

Nämnden är högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamheten ansvarar för:

- att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- att målen formuleras så att de är mätbara samt att de uppnås
- uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, medicinskt ansvariga för rehabilitering får möjlighet att fullfölja sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan/den medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS/MAR) har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS/MAR ska biträda verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

MAS/MAR har ansvar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom:

- att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följa upp att de efterlevs
- att det finns rutiner, riktlinjer och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten
- följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

Enhetschef hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Enhetschefen för HSL ska tillse att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens, tar det ansvar och har de befogenheter som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Enhetschefen samverkar med verksamhetschef och MAS/MAR.

Enhetschefer Socialtjänstlagen (SoL)

Ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård och omsorg. Enhetscheferns ansvar är även att se till att rutiner följs, att avvikelser dokumenteras, följs upp och analyseras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den legitimerade personalen och även vård- och omsorgspersonalen är skyldig till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan med andra kommuner och anslutna enheter inom Region Värmland sker genom:

- Länsövergripande och lokalt nätverk för MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper
- Regelbundna samverkansmöten med Centralsjukhuset i Karlstad
- Styrgrupp för inkontinensfrågor, avtalsgrupp för nutritionsfrågor m.m.
- Avtalsgrupp för samverkan mellan kommunerna i Värmland och Region Värmland
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland
- Samverkansavtal för ansvarsfördelning avseende vissa produkter, vissa apoteksvaror samt livsmedel för särskilda näringsändamål
- Samverkan med vårdcentralen i Forshaga
- Samverkan med Folktandvården
- Kontinuerlig samverkan med läkemedelsenheten inom Region Värmland
- Nätverksträffar i Region Värmlands regi gällande BPSD -, och Svedem.
- Utökad samverkan med Region Värmland angående covid 19. Regionens Särskilda Sjukvårdsgrupp, Smittskydd och vaccinsamordnare. Digitala möten varje vecka.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienten och hans närstående bör, om de vill, engageras och bli delaktiga i flera delar av patientsäkerhetsarbetet. Det är särskilt viktigt när vården bedrivs i patientens hem. Patientens självbestämmande och integritet måste alltid respekteras. Patientens delaktighet är nödvändig men betyder dock inte att ansvaret för patientens vård och behandling förändras.

Vid utredning av klagomål och synpunkter samt internutredningar enligt lex Maria involveras närstående. Vid vård i livets slut är alltid patienten och/eller den närstående delaktigt.

Vi behöver mer aktivt erbjuda patienternas och deras närstående att delta i vården och patientsäkerhetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Grunden till allt patientsäkerhetsarbete är att alla medarbetare har en god kännedom om organisationens och systemets brister samt risker. Genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med avvikelshantering och analys av risker, inträffade händelser samt tillbud kan områden med bristande säkerhet identifieras, åtgärdas och följas upp

Avvikelse rapporteringen inom vård- och omsorgsförvaltningen sker framförallt via verksamhetssystemet Treserva. Målet är att alla avvikelser som sker ska rapporteras, åtgärdas och leda till en trygg och säker vård och att verksamheten på sikt ska minska avvikelserna till antalet.

Ett nytt flödesschema vad det gäller avvikelser har arbetats fram under 2020 och tagits i bruk. Workshops angående analys har varit planerade under 2020 men inte kunnat genomföras p g a personella resurser och fel i avvikelsemodulen.

Bild 1 Vart ska avvikelserna skickas?

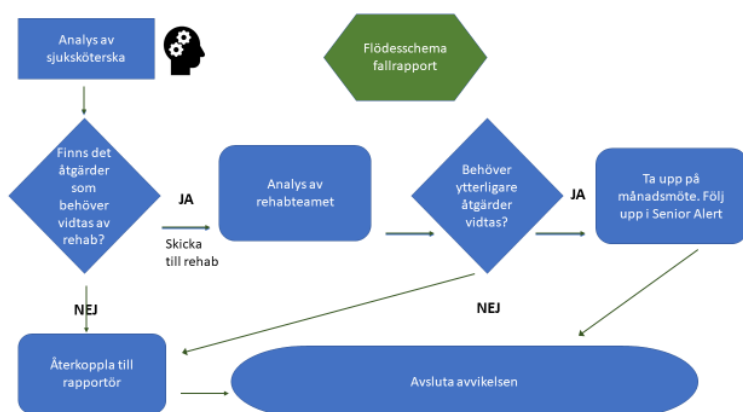


Bild 2 Exempel på flödesschema, fall.

Klagomål- och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kommer till verksamheten på olika sätt och hanteras därefter.

- 1) Via Forshaga kommuns hemsida, digitalt eller som brev till förvaltningen. Nämndsekreteraren diarieför, skickar ut klagomålet till den som ska analysera. Sammanställer och redovisar till nämnd.
- 2) Via Region Värmlands patientnämnd.
- 3) Via Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

De två sistnämnda utreds av MAS.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	En gång per år	HALT-senior Alert
Basala hygienrutiner och klädregler	En gång per år	Självskattning intern Webropol
	En gång per år	PPM-BHK genom SKR
Hygienrond	En gång per år	Följsamhetsmätning, Smittskydd
Kvalitetsgranskning läkemedel	En gång per år	Protokoll samverkan Kil
Avvikelser fall och läkemedel	Fyra gånger per år	Avvikelsesystemet o Alfa e-signering
Patientens klagomål och synpunkter	En gång per år	Patientnämnd, IVO, Region Värmland
Nulägesbeskrivning av lkm på säbo	En gång per år	Protokoll samverkan Värmland
Jämförelser	En gång per år	Öppna jmf HoS, Palliativregistret, Senior Alert
		BPSD, Swedem

Bild 3 plan för egenkontroller

Process-åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Följande åtgärder har vidtagits för att förbättra patientsäkerheten under året

- ✓ Ökat användningen av kvalitetsregistret Senior Alert, vad det gäller fall, undernäring och trycksår.
- ✓ Kvalitetsgranskningar har genomförts gällande läkemedelsrutiner inom funktionsstöd i samverkan med Kil kommun.
- ✓ Loggranskningar har genomförts varannan månad i verksamhetssystemet Treserva och i NPÖ (Nationell patientöversikt).
- ✓ Dokumentationsgranskningar har genomförts gällande leg. Personal av IVO och av MAS gällande dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- ✓ Påbörjade revidering av dokumentationsrutiner.
- ✓ Registrering i Svenska palliativregistret.
- ✓ Tillsyn har utförts av MAS gällande efterlevnad av hygienrutiner och patientsäkerhet.
- ✓ Genomfört egenkontroller, se ovan
- ✓ Samverkan med Region Värmland, RSS och smittskydd.
- ✓ Samverkan centrala Värmland angående skyddsmaterial
- ✓ Genomfört vaccinationer mot Covid-19 enligt FHM rekommendation och i samverkan med regionens vaccinationsenhet.

Risicanalys

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

Riskbedömningar har genomförts och dokumenterats i ledningssystemet för kvalitet.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Om personal, patient eller närstående iakttagit allvarliga risker eller brister i kommunens hälso- och sjukvård bör i första hand verksamhetens ansvariga enhetschefer kontaktas eftersom direkta åtgärder kan behöva vidtas. Likaså om vårdskada uppstår eller att det är risk för att vårdskada kan uppstå.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) tar i samråd med verksamhetschef ställning till om det inträffade ska utredas i verksamhetens eget kvalitetssystem och om det är av så pass allvarlig karaktär att det ska anmälas till IVO enligt lex Maria.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Utgångspunkter i kommunens arbete med informationssäkerhet är framförallt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal samt kommunens egna krav.

Med informationssäkerhet avses att säkerställa informationens:

- **Riktighet:** Att information inte kan förändras vare sig av obehöriga, av misstag eller på grund av funktionsstörning. Informationen ska vara tillförlitlig, korrekt och fullständig.
- **Sekretess:** Att innehållet i dokument, information och handlingar inte görs tillgängliga eller avslöjas för obehörig.

- **Spårbarhet:** Att i efterhand entydigt kunna härleda specifika aktiviteter eller händelser till ett identifierat objekt, användare, skrivare, dator eller system/program. Det ska gå att se vem som tagit del av informationen, vilka förändringar som har skett och av vem dessa har utförts.
- **Tillgänglighet:** Att information och informationstillgångar kan utnyttjas efter behov, i förväntad utsträckning och inom önskad tid utifrån de krav som ställs på verksamheten.

Informationssäkerhet är en integrerad del av kommunens verksamhet. Forshaga kommun har en övergripande informationssäkerhetspolicy som ska ange mål och inriktning samt styra kommunens informationssäkerhetsarbete. Alla som hanterar informationstillgångar har ett ansvar att upprätthålla informationssäkerheten. All hälso- och sjukvårdsdokumentation sker i verksamhetssystemet Treserva. Dokument förvaras i låsta dokumentskåp.

Informationssystem inom hälso- och sjukvård

Det finns rutiner för loggkontroll och dokumentationsgranskning inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. Genom systematisk logguppföljning i verksamhetssystemet Treserva samt i systemet för sammanhållen journalföring, Nationell Patientöversikt (NPÖ) samt Cosmic LINK säkerställer verksamheten trovärdigheten gentemot den enskilda vårdtagaren att eventuell obehörig åtkomst till dokumenterade patientuppgifter kontrolleras.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Fall

Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Orsakerna till att äldre faller har att göra med muskelstyrka, balans, gångsvårigheter, syn och reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel.

Strategin för att kunna minska fall är att analysera bokomliggande orsaker. För att kunna identifiera orsaker bör man utföra riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Vidare behövs en djupare analys av enskilda fall. Analys har gjorts av MAS av de som faller mest och dessa personer har sedan setts över tillsammans med ansvarig sjuksköterska och rehabassistent som har ett övergripande ansvar för Senior Alert.

Under 2020 har det inrapporterats 821 falltillbud i jämförelse med 701 året innan. Fallen minskar inte. På varje enhet finns några personer som står för ca 80% av fallen. Gemensamt för dessa är att de har en demensdiagnos och/eller neurologisk sjukdom. Bakomliggande orsaker är identifierade och relevanta insatser har genomförts.

Läkemedel

Under våren 2020 startade införandet av digital signering av läkemedel. Alfa eCare SignIt används av vårdpersonal för att signera att läkemedel och andra vårdinsatser, exempelvis såromläggning eller träning, är gjorda hos rätt patient eller brukare, på rätt sätt och i rätt tid.

Sjuksköterskorna/arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar i den webbaserade versionen av Alfa e-care signit. Legitimerad personal lägger in alla insatser och kan direkt se om en insats ej blivit hanterad. Det finns flera hanteringsalternativ exempelvis, anhöriga har gett, vill inte ha eller sover.

Alla delegeringar hanteras även i systemet.

Ej hanterade som vi i tidigare system kallade utebliven dos redovisas i procent nedan;

- Personlig assistans 0,7 %
- Gruppboheter 0,7 %
- Säbo Lintjärn 1,8 %
- Säbo Ullerudsgården 1,5 %
- Hemtjänst Deje 2,9 %
- Hemtjänsten centrala Forshaga 2,8 %
- Hemtjänsten ytterområde Forshaga 1,6 %
- Socialpsykiatri 1,5 %

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering inom funktionsstöd genomfördes under hösten och påvisades vissa brister i nyckelhanteringen till vårdtagarnas medicinskåp på gruppboende.

De planerade läkemedelsgenomgångarna i ordinärt boende har inte genomförts. Kontakt har tagits med vårdcentralen Forshaga. Läkemedelsgenomgångar på särskilt boende genomförs regelbundet.

Basala hygienrutiner och klädregler

Ett stort fokus under pandemiåret 2020 har varit att få följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt användning av skyddsutrustning. Den kommunal hälso- och sjukvården följer de riktlinjer och rutiner som fastställs av Smittskydd och Region Värmland. Reviderade rutiner/riktlinjer har publicerats på intranätet i ledningssystemet för kvalitet. Arbetsbeskrivning och utbildning har genomförts av verksamhetens hygienombud. Hygienombuden har genomfört utbildningar i den egna arbetsgruppen allt har inte kunnat genomföras då traditionella APT har utförts på annat sätt.

Självskattningstester i alla personalgrupper och hygienronder på säbo har genomförts med ett bra resultat. Deltagande i mätning av vårdrelaterade infektioner, HALT, har för första gången genomförts. Deltog gjorde nedre plan Ullerudsgården och södra Lintjärn.

Palliativa registret

För att förbättra vården för patient i livets slutskede har registreringar i kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret utförts. Statistiken bygger på gemensam registrering från Region Värmland och Forshaga kommun och avser personer folkbokförda i Forshaga kommun som avlidit under 2020. Hemsjukvårdens sjuksköterskor ansvarar för att registrera de personer som avlider med pågående hemsjukvård. Vissa parametrar kräver dock samverkan med vårdcentralen i Forshaga. De parametrar som ska dokumentera är;

- Smärtskattning
- Behandlingsbeslut
- Brytpunktsamtal
- Munhälsobedömning
- Närvarande vid dödsfall
- Täckningsgrad

Målet 70% är uppnått vad det gäller närvarande vid dödsfallet och behandlingsbeslut. Målet ej uppnått vad det gäller övriga parametrar.

Demensvård

Skattningar i BPSD är lika 2020 som 2019 d v s ca 50 registreringar. Likaså i registret SveDem 19 registreringar för båda åren.

Egenkontroll

Egenkontroller har genomförts enligt plan, se ovan.

Klagomål och synpunkter

Ärenden som utretts enligt Lex Maria har inkommit som klagomål eller som avvikelser.

Händelser och vårdskador

Klagomål inkomna till Region Värmlands patientnämnd

Fem inkomna klagomål har utretts och alla ärenden går under kategorin kommunikation och vård och behandling. Enligt patientnämnden har Forshaga kommun få klagomål inkomna från patienter till patientnämndsenheten. Kommunikationsproblem är en av de vanligaste anledningarna till missnöje i vården. Patientnämnden redovisar en bemötandetrappa och effekten av olika sätt att bemöta patienter. Bemötande är ett område som vi behöver lyfta i arbetsgruppen.

Avvikelse från vårdcentralen i Forshaga

En avvikelse har inkommit från vårdcentralen i Forshaga där det görs en utredning enligt Lex Maria. Avvikelsen gäller att man tolkat en ordination på ett felaktigt sätt. Flera brister identifierades och dessa åtgärdades.

Avvikelse från palliativa teamet

En avvikelse har inkommit från palliativa teamet Region Värmland. Det gällde kommunikation och informationsöverföring mellan närstående och kommunal hemsjukvården, närstående och palliativa teamet och kommunal hemsjukvård. Slutsatsen är att det är viktigt att information inte bara kommuniceras muntligt utan även skriftligt samt följa upp hur informationen tagits emot.

Klagomål via kommunens funktionsbrevlåda

En avvikelse har inkommit från närstående via Forshaga kommuns system för synpunkter och klagomål. Utredning enligt Lex Maria inleddes och rapporterades sedan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Flera åtgärder vidtogs bland annat utbildning i sårvård för sjuksköterskor samt revidering av dokumentationsrutiner.

Riskanalys

Via förvaltningens verksamhetssystem ska det utföras riskanalyser på alla avvikelser som inträffar i verksamheten. Riskanalyser bör även utföras i samband med organisationsförändringar och större rutinförändringar. Händelseanalys av särskilt allvarliga avvikelser sker i samband med intern utredning. Verksamheten har valt att använda de metoder som SKR beskriver i "Riskanalys och händelseanalys".

Riskanalyser har även genomförts utifrån processerna som finns beskrivna i ledningssystemet för kvalitet och åtgärder har eller planeras att genomföras.

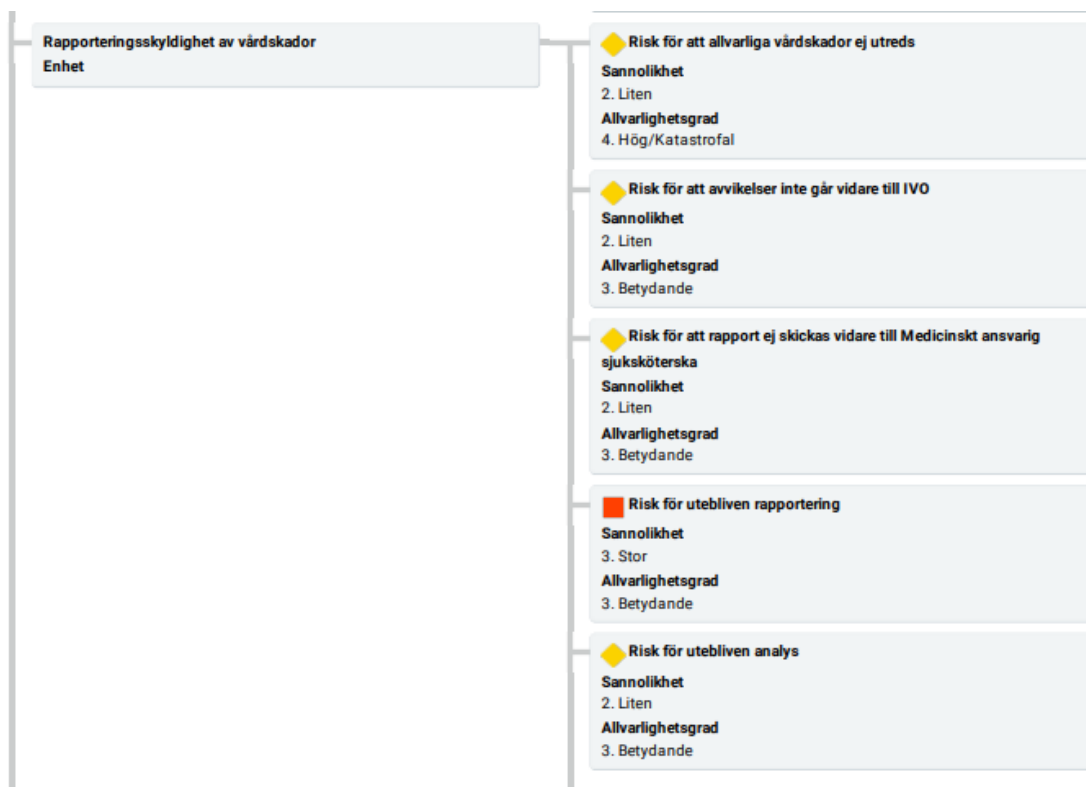


Bild 4 exempel på riskanalyser i ledningssystemet för kvalitet

Nulägesanalys för nära vård

SKR har tillsammans med patientsäkerhetsnätverket för medicinskt ansvariga sjuksköterskor utvecklat ett verktyg för att utifrån den nationella handlingsplanen stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna.

Verktyget och genomförandestödet ger stöd till utveckling av patientsäkerhetsarbetet och i framtagande av lokala handlingsplaner för ökad patientsäkerhet med syftet;

- att främja en god och säker vård och
- stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommuner i samband med omställningen till en nära vård

Fokusområde 1: Öka kunskapen om inträffade vårdskador

Resultat av nulägesanalys, Forshaga kommun

Ing-Marie Fritzon, MAS

Kommunal hemsjukvård

Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador	A. Tillräcklig kunskap?	B. Tillräckliga stöd?	C. Används kunskap & stöd?	D. Beskrivning av utmaningar, hinder & möjliggörare
Avvikelsesrapportering	●	●	●	Vi har haft stora problem med modulen i vår verksamhetssystem.
Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda	●	●	●	Har varit svårt att få till återkoppling då pandemin tagit mycket personella resurser i anspråk.
Minimering av effekter av negativa händelser	●	●	●	Vi behöver bli bättre med återkoppling. Finns inte regelbundna uppföljningsmöten. Användning av kvalitetsregister behöver bli bättre.
Mätning och sammanställning av information om vårdskador	●	●	●	Sammanställning och återkoppling ut till verksamheterna behöver förbättras.
Mätning och sammanställning av information om vårdskador – i vårdens övergångar	●	●	●	Har bara funnits verktyg för avvikelser vid SIP. Finns nu en gemensam blankett. Saknas forum för gemensam återkoppling och analys.

Vi har ett fungerande system och under 2021 kommer workshops att anordnas.

Fokusområde 2: Tillfälliga och säkra system och processer

Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer	A. Tillräcklig kunskap?	B. Tillräckliga stöd?	C. Används kunskap & stöd?	D. Beskrivning av utmaningar, hinder & möjliggörare
Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling	●	●	●	Pandemin har gjort oss bättre på att ta fram och följa gemensamma riktlinjer och rutiner. Det öppnar upp nya möjligheter till samverkan.
Tillförlitliga och säkra processer – i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården	●	●	●	Cosmic Link öppnar nya vägar. Under 2021 öppnas även möjlighet för gemensamt meddelandesystem. Messenger.
Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador	●	●	●	Finns områden som behöver förbättras blodsgrupp, nutrition och fallskador. Preventivt arbete.
Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete	●	●	●	Vi behöver bli bättre med registreringar i Senior Alert som täcker många områden. God och nära vård är en möjlighet för att öka patientsäkerhetsarbete.
Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik	●	✓	✓	Kunskap om patientsäkerhet behöver ökas hos ledningsnämnd och kommunledning.
Ändamålsenliga vårdmiljöer	●	●	●	Kunskap om ändamålsenliga vårdmiljöer behöver ökas hos, ledning, nämnd och kommunledning för att kunna fatta kloka beslut.

Vi behöver öka användningen verktyg (vedertagna mätinstrument) och arbeta utifrån standardiserade metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete

Fokusområde 3: Säker vård här och nu

Fokusområde 3: Säker vård här och nu	A. Tillräcklig kunskap?	B. Tillräckliga stöd?	C. Används kunskap & stöd?	D. Beskrivning av utmaningar, hinder & möjliggörare
Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid	●	●	●	Pandemin har satt fokus på säker vård när det gäller smittspridning. Finns andra områden som behöver synliggöras.
Situationsanpassning	●	●	●	Pandemin har hjälpt oss att se utifrån av kommunövergripande krisledningsmöten. Det behöver utvärderas och användas i andra sammanhang.
Dagligt patientsäkerhetsarbete	●	●	●	Vi behöver bli bättre med att få ut kunskap om patientsäkerhetsarbete i verksamheterna. Vad är patientsäkerhetsarbete?
Säker arbetsmiljö	●	●	✓	Det kan vara svåra avvägningar mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet. Forum med uppkomna dilemna saknas.
Säker bemanning	●	●	●	Det finns svårigheter med att upprätthålla kontinuitet och patientsäkerhet när det gäller delegerade HSL-insatser. Ekonomisk styr. Finns inget verktyg för att mäta patientsäkerhet och sjuksköterskebemanning.
Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare	●	✓	●	MASen har under 2020 haft svårt för att kunna genomföra sitt uppdrag. Allt fokus och resurser har legat på patientsäkerhet i pandemin. MAS funktionen har under första halvåret 2021 sträckt upp med 50%. MAS funktionen som är på 40% har inte varit tillsatt under 2020 och fram till våren 2021. Endast akuta insatser inom rehabiliteringsområdet har kunnat genomföras vad det gäller medicinsk ledningsansvar.

Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid; Pandemin har satt fokus på säker vård när det gäller smittspridning.

Säker bemanning; Det finns svårigheter med att upprätthålla kontinuitet när det gäller delegerade HSL-insatser.

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling				
Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor	✓	●	●	Vi har infört ett nytt digitalt signeringsystem der 2020. Deltagit i HÄLT och gjort PPM. Vi behöver bli bättre med registreringar i kvalitetsregister för att få ett bättre underlag för analys och återkoppling.
Analys som möjliggör lärande	✓	✓	✓	Utsanningarna under 2020 har varit att använda de verktyg vi har och skapa forum för att möjliggöra lärande. Under andra halvåret bör det finnas bättre förutsättningar. God och säker vård bör vara en hjälp.
Lärande från analyser och det egna arbetet	●	●	●	Kunskap finns med kan bli bättre. Har varit en resursfråga.
Spridning av kunskap och lärdomar	✓	✓	●	Mycket har inte kunnat eller kan genomföras pga pandemin 2020 och första halvåret 2021.

Spridning av kunskap och lärdomar; Har inte kunnat eller kan genomföras pga pandemin 2020. Finns goda förutsättningar inför 2021.

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap				
Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt	●	●	●	Vi kan bli betydligt bättre med att arbeta med riskanalyser. Finns behovet i ledningssystemet för kvalitet men det digitala ledningssystemet kan användas mer effektivt och som en naturlig del i patientsäkerhetsarbete ute i ledningen och ute i verksamheterna.
Omvärldsbevakning ur ett patientsäkerhetsperspektiv	●	●	●	Har varit en resursfråga under hela pandemin. Allt fokus och personella resurser har varit förlagat till pandemin. MAS funktionen har stärkts upp sedan slutet på januari och möjliggör ett mer säkert och ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.
Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap	●	●	●	Vi har fått kunskap om smittspridning i samhället och hur det kan förebyggas. Inom övriga områden finns ingen färdighetsträning för ökad beredskap.

Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt kan bli bättre. Liksom färdighetsträning och simulering för ökad beredskap.

Engagerad ledning och tydlig styrning samt en god säkerhetskultur är en förutsättning.

Mål och strategier för kommande år, 2021

Mål

Mål för hemsjukvården

Mål för kvalitetsarbetet har tagits fram i samråd med MAS och sjuksköterskegruppen.

1. Öka patientsäkerheten genom att standardisera bedömningen av patienters vitala parametrar, vid försämring i patientens hälsotillstånd.

Hur? Genom att använda bedömningsinstrumentet NEWS.

Uppföljningsmetod;

- Journalgranskning/Stickprovskontroll två gånger per år.

2. Öka patientsäkerheten genom att ha en fastställd struktur för hur informationsöverföringen och kommunikationen ska gå till.

Hur? Genom att använda SBAR, som är ett sätt att kommunicera strukturerat i vården, i alla led.

Uppföljningsmetod:

- Journalgranskning/Stickprov två gånger per år.

3. **Öka patientsäkerheten genom en enhetlig metod vid dokumentation och skattning av smärta samt vid utvärdering av behandlingsåtgärd.**

Hur? Genom att alltid använda ett validerat instrument (VAS, Abbey Pain Scale):

- a) Vid bedömning av smärta vid vård i livets slut.
- b) Vid bedömning av alla patienter där smärta kan förväntas.

Uppföljningsmetod:

- Ta fram statistik över antal registreringar i Palliativa registret två gånger per år.

4. **Öka patientsäkerheten genom att säkerställa att rätt åtgärder sätts in vid blåsdysfunktion.**

Hur? Alla patienter med blåsdysfunktion ska få en basalutredning och blanketten "Riskanalys vid blåsdysfunktion" ska användas.

Uppföljningsmetod:

- Ta fram statistik för antal registreringar i Senior Alert två gånger per år.

5. **Öka patientsäkerheten genom att minska risken för ohälsa i munnen hos äldre.**

Hur? Genom att under 2021 införa munhälsobedömningar med munhälsoinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

Uppföljningsmetod:

- Antal registreringar i Senior Alert en gång per år.

6. **Göra patienten och deras närstående förutsättningar för valfrihet och delaktighet om var, hur och med vilket livsinnehåll som han eller hon vill leva den sista tiden av sitt liv.**

Hur? Genom att erbjuda brytpunktssamtal i ett tidigt skede.

Uppföljningsmetod:

- Ta fram statistik över antal registreringar i Palliativa registret två gånger per år

Mål för rehabilitering

Målen har tagits fram i samråd med HSL-chef och rehabgruppen

7. **Ta fram en plan på ledningsnivå för rehabiliterande förhållningssätt**

8. **Utveckla arbetet med reahbplaner på individnivå**

Mål för 2021 är att 10 planer skapas för att på individnivå öka patientsäkerheten.

Uppföljning: Journalgranskning

Strategier

En god säkerhetskultur är grunden för patientsäkerhetsarbetet. Fel kan inträffa i verksamheten, medarbetarna ska känna att det kan rapportera avvikelser på ett tryggt och säkert sätt. Avvikelser ska analyseras och resultat återkopplas till verksamheterna för förbättringsarbete. Det är viktigt att alla medarbetare vet vad patientsäkerhet innebär och vilka de vanligaste riskerna är. Strategin för 2021 är att sätta upp mål kopplat till riskområden. Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård är;

- Kommunikation och information
- Undernäring
- Läkemedel
- Fall
- Trycksår
- Infektioner och smittspårning
- Fördröjd utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling
- Medicintekniska produkter

Ovanstående riskområden skall beskrivas i 2021 års ledningssystem för kvalitet som processer (en process är en serie aktiviteter som är kopplade mot en bestämt mål). Aktiviteterna skall vara åtgärder som minskar risk för vårdskador.

Att bemöta personer med demenssjukdom som har ångest, oro och utmanade beteende kan vara svårt. För att förstå vad bakomliggande orsaker ska en skattning i BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) göras. Den mynnar sedan ut i en bemötandeplan. SveDem (Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demens) användas för att:

- kunna förbättra och utveckla vården av personer med demenssjukdom samt
- Skapa förutsättningar för en likvärdig vård.

Rehabiliterande förhållningssätt

Inom rehabiliteringsområdet planeras utvecklingen av rehabiliterande förhållningssätt. Målet med detta utvecklingsarbete är att öka patientsäkerheten genom att göra rehabiliteringsarbetet mer individ fokuserat. All omvårdnadspersonal skall vara involverade i detta arbete.