



Forshaga kommun

Patientsäkerhetsberättelse 2019
Vård- och omsorgsförvaltningen

Innehåll

Sammanfattning.....	1
Övergripande mål och strategier.....	2
Mål.....	2
Strategier	2
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete	3
Lagar och föreskrifter.....	3
Vård och omsorgsnämndens ansvar.....	3
Verksamhetschefens ansvar.....	3
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering	3
Enhetschef hälso- och sjukvård	4
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Avvikelsehantering	7
Klagomål och synpunkter	8
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Samverkan	9
Riskanalys	10
Informationssäkerhet	11
Resultat och analys.....	12
Fall	12
Läkemedel	13
Läkemedelsgenomgångar.....	13
Basala hygien- och klädrutiner	13
Palliativ vård	13
Övriga resultat	16
Demensvård.....	16
Samverkan kommun - slutenvård	16
Händelser och vårdskador	17
Informationssäkerhet	18
Analys av icke uppnådd måluppfyllelse 2019	19
Mål och strategier för kommande år 2020.....	20
Mål.....	20
Strategier	20
Strategier för att uppnå mål 2020	21

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet i ständig förändring som är beroende av samspelet mellan människor, teknik och organisation. Riskerna i ett sådant system är många och varierande. Säkerheten och säkerhetsarbetet är därför avgörande.

Vårdgivaren Forshaga kommun är enligt 3 kapitlet i patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Grunden för hög patientsäkerhet är ett väl fungerande systematiskt arbete och goda kunskaper i patientsäkerhetsfrågor på alla nivåer. Hög patientsäkerhet är ett tillstånd där en verksamhet förmår att förhindra att personer skadas i och av vården i samband med vårdåtgärder eller på grund av uteblivna vårdåtgärder.

Enligt 3 kap. 10 § i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska innehålla:

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. Vilka resultat som uppnåtts

Forshaga kommun har i enlighet med 2019 års målsättning inte minskat antalet fall eller antal läkemedelsavvikelser. Under året har registreringar i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativregistret skett. Egenkontroll i form av loggranskningar i verksamhetssystemet Treserva har skett under året. Kvalitetsgranskning av läkemedel har genomförts inom verksamheten äldreomsorg som påvisar god kvalitet.

Övergripande mål och strategier

Vård- och omsorgsnämnden i Forshaga kommun har inför 2019 följande övergripande mål för att hälso- och sjukvården:

Mål

- Minska antalet fall inom vård- och omsorgsförvaltningen
- Minska antalet fel i läkemedelshanteringen
- Öka antalet läkemedelsgenomgångar för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende
- Öka följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler hos all personal
- Öka livskvalitén för patienter i palliativ vård och vård livets slutskede enligt nedan
 - Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit ett brytpunktssamtal
 - Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit en validerad smärtskattning

Strategier

- Öka antalet riskbedömningar samt vid risk även antalet åtgärder gällande undernäring, trycksår och fall hos alla (Senior Alert). Utveckla strukturerade arbetssätt gällande fallprevention Grundläggande, gemensam delegeringsutbildning för all nyanställd personal samt repetitionsutbildning inför förnyelse av delegering
- Grundutbildning i basala hygienrutiner och personligt hygienansvar till all nyanställd personal samt repetera och öka förståelsen hos övrig personal angående betydelsen av följsamhet till basala hygienrutiner
- Identifiera och samverka med regionens vårdcentral kring frågor gällande palliativ vård
- Öka användningen av utdata från Svenska palliativregistret i syfte att förbättra den palliativa vården
- Utbilda personal i, samt öka användningen av, BPSD i syfte att utveckla god vård för personer med demenssjukdom

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

Lagar och föreskrifter

- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Lagen om medicintekniska produkter (1993:584)

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 sjukvård

Enhetschefen ansvarar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom att leda och fördela arbetet på ett säkert sätt.

Enhetschefen ska ha rutiner för 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 ansvarar för att rutiner, riktlinjer och instruktioner för samverkan med verksamhetschef och MAS/MAR efterlevs.

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

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
- Samverkan med Folktandvården
- Kontinuerlig samverkan med läkemedelsenheten inom Region Värmland

Patienters och närståendes delaktighet

I samband med tillsyn och interna utredningar samt vid utredningar av klagomål förs samtal med patienter och förekommande fall, när inte sekretess bryts, även närstående. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är i nuläget inte tillgängligt offentligt, dock publiceras patientsäkerhetsberättelsen årligen på Forshaga Kommuns hemsida.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelsehantering

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.

Enhetschef är mottagare av samtliga avvikelser som sker på respektive enhet och ska således ha en helhetsbild över de avvikelser som inträffar. Avvikelser gällande händelser enligt socialtjänstlagen analyseras av enhetschefen på enheten och avvikelser gällande händelser inom hälso- och sjukvård vidarebefordras till sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och/eller enhetschef HSL.

Avvikelser som vid riskanalys skattas högt utifrån sannolikheten att det kan inträffa igen och allvarlighetsgraden för den enskilda patienten identifieras och vidarebefordras till MAS/MAR för intern utredning. Enhetschef och i förekommande fall ansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast ska analysera varje inträffad avvikelse ute på enheterna i verksamheten. Inträffade avvikelser och ev. åtgärder ska även återkopplas till omvårdnadspersonalen på APT. Antalet avvikelser sammanställs och rapporteras till vård- och omsorgsnämnden kvartalsvis.

Avvikelsehanteringen mellan kommunen och Region Värmland skrivs på papper eftersom inget gemensamt datasystem för avvikelser finns. Avvikelser som kommer till vård- och omsorgsförvaltningen från regionen tas emot av MAS/MAR. Avvikelsen analyseras av berörda enheter. Svar på avvikelsen skickas sedan via MAS/MAR tillbaka till Region Värmland. Avvikelser som skickas från kommunen till Region Värmland skickas via MAS/MAR till Patientsäkerhetsenheten inom regionen.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter gällande hemsjukvård inkommer till förvaltningen per telefon, brev, e-post m.m. De tas emot och diarieförs samma dag som rapporten kommer in. Klagomål och synpunkter vidarebefordras till ansvarig enhetschef för ev. åtgärder och återkoppling.

Klagomål och synpunkter som inkommer till förvaltningen, diarieförs, analyseras och riskbedöms kontinuerligt. De sammanställs och återkopplas till enhetschefer samt vård- och omsorgsnämnden 1- 2 ggr per år.

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Verksamheten hemsjukvård styrs av riktlinjer och rutiner som revideras fortlöpande vid behov.

Arbete med nya och revidering av äldre riktlinjer och rutiner har under året skett på ett flertal områden. Implementering gällande nya, befintliga och reviderade riktlinjer och rutiner genomförs kontinuerligt med sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast samt enhetschefer. Enhetschefer har sedan i sin tur ansvaret för att uppdatera personal på varje enhet.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ska ske årligen. I Forshaga kommun sker granskningen genom samarbete med Kils Kommun i enlighet med riktlinje för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård. Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har under 2019 gjorts inom verksamheten äldreomsorg.

I syfte att identifiera riskområden i vår verksamhet har MAS/MAR/SAS i samverkan utfört en översyn av inkomna avvikelser inom verksamheten under 2019. Även inkomna avvikelser från externa utförare har i samverkan mellan MAS/MAR/SAS analyserats under 2019. Dessa analyser har genererat i att en större kvalitetsgranskning på särskilt boende som kommer ske under 2020.

Samverkan

För att öka patientsäkerheten och samarbetet har kommunen sedan många år tillbaka ett samverkansavtal med Regionens vårdcentral som är belägen i kommunen. Målet är en god och säker vårdkedja för våra gemensamma patienter. Gemensamma träffar med personal från båda verksamheterna har under 2019 förekommit vid 6 tillfällen. På dessa träffar diskuteras bland annat:

- aktuella organisatoriska frågor
- personalbemanning
- läkarmedverkan vid våra särskilda boenden och i ordinärt boende
- samverkansfrågor
- rehabiliteringsfrågor
- införandet av Cosmic LINK som kommunikationsverktyg mellan verksamheterna
- övriga aktuella gemensamma frågor
- inträffade avvikelser mellan hemsjukvård och vårdcentralen

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2019 i samverkan med läkemedelsenheten inom Region Värmland och vårdcentralen fortsatt arbetet med att genomföra läkemedelsgenomgångar för alla vårdtagare som bor i särskilt boende.

En gemensam satsning för att öka antalet läkemedelsgenomgångar i samverkan med Region Värmland i ordinärt boende har fortsatt under 2019.

Samverkansrutiner mellan Forshaga kommun och Region Värmland finns också b.l.a. när det gäller riktlinjer och rutiner kopplat till Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612).

Risikanalys

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 SKL beskriver i “Risikanalys och händelseanalys”.

Informationssäkerhet

Det finns rutiner för loggkontroll och dokumentationsgranskning inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. En logg är en registrering och lagring av all aktivitet som sker i ett IT-system. Genom systematisk logguppföljning i verksamhetsystemet 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. Syftet med uppföljningen är att granska hur tillgång till patientuppgifter nyttjas i förhållande till gällande regelverk. Kvalitetskontroll av dokumentationen ska utföras kontinuerligt under året.

Resultat och analys

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. Ett av målen för hälso- och sjukvården i kommunen inför 2019 var att minska fall med strategin att utföra riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. I samband med riskbedömning planeras även åtgärder för att minska fall inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

Det totala antalet registreringar i Senior Alert för samtliga enheter i Forshaga kommun uppgår till 81 unika individer som fått minst en riskbedömning utförd, vilket är en minskning på 5 unika individer från föregående år. Det totala antal utförda bedömningar är 99 st. vilket är en minskning från 2018. 88 % har bedömts ha ökad risk. Av dessa har endast 62 % av bedömningarna identifierat bakomliggande orsaker medan 92 % av individerna har åtgärdsplaner med minst en åtgärd angiven per riskområde.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Forshaga kommun	81	88% ↑ 87 av 99	62% ↑ 54 av 87	92% ↓ 80 av 87	90% ↑ 65 av 72

Under 2019 har det inrapporterats 701 falltillbud i jämförelse med 684 året innan, vilket är en ökning med cirka 3 procent. Noterbart i detta sammanhang är, precis som under föregående år att en individ med hög fallfrekvens stått för 45 rapporterade fall under 2019. Sammantaget finns även 17 individer som har 8 eller fler fall under 2019. Avvikelseberapporteringen uppvisar brister då ingen utav fallrapporterna har analyserats utifrån skada eller allvarlighetsgrad. Syftet med avvikelseberapporteringen är att identifiera risker och utifrån detta skapa åtgärder, arbetssätt och rutiner för att minska risken för återkommande fall. Målet avseende att minska antalet fall är ej uppnått.

Läkemedel

Förvaltningen arbetar ständigt med att försöka göra läkemedelshantering säkrare, delegerad personal har skyldighet att skriva avvikelser så snart de upptäcker att något i hanteringen kring läkemedel riskerar att bli eller redan blivit fel. Den i särklass största orsaken till avvikelser 2019 är fortsatt "Utebliven dos" som står för ca 54 procent av avvikelserna, vilket är marginell minskning med 1% från föregående år. Utebliven dos innebär att delegerad personal missat att ge medicinen vid rätt tillfälle eller så har patienten inte fått den alls. Det upptäcks ofta vid nästa tilldelning av läkemedel. Allvarlighetsgraden på "utebliven dos" bedöms som måttlig då det är en övergående funktionsnedsättning eller skada och när sannolikheten är mycket stor att det kan inträffa dagligen behöver bakomliggande orsaker utredas.

Arbetsbelastningen för kommunens sjuksköterskor gällande iordningställande av dosetter har minskat något r/t att fler patienter får dosdispenserade läkemedel. Trots detta har avvikelser gällande "Läkemedel feldoserat" ökat i förhållande till föregående år. För att öka patientsäkerheten och minska antalet fel i läkemedelshanteringen arbetar förvaltningen ständigt med att försöka få fler vårdtagare med dosdispenserade läkemedel. Hantering av dosdispenserade läkemedel ökar patientsäkerheten avsevärt. Vid samtliga avvikelser tar omvårdnadspersonalen kontakt med tjänstgörande sjuksköterska och man vidtar då åtgärder på kort och/eller lång sikt och minskar därmed risken att vårdskada uppkommer. Det hanteras dock fortfarande ett stort antal dosetter i verksamheten och flera vårdtagare har både dosdispenserade läkemedel samt läkemedel i dosett.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering inom äldreomsorgen påvisades vissa brister i nyckelhanteringen till vårdtagarnas medicinskåp på särskilt boende samt i kodhantering och spårbarhet i hela verksamheten. Det framkom även i kvalitetsgranskningen att det finns utrymme för utveckling gällande analys och åtgärder av läkemedelsavvikelser. För övrigt hittades inga allvarliga brister.

Totalt har 765 avvikelser gällande läkemedelshantering inrapporterats vilket är en ökning med ca 12 procent jämfört med 2018 (676 st.) Mål ej uppnått.

Läkemedelsgenomgångar

I samverkan med vårdcentralen har läkemedelsgenomgångar utförts under 2019 i ordinärt boende, dock är antalet läkemedelsgenomgångar ej spårbart via dokumentation i verksamhetssystemet. Mål uppnått.

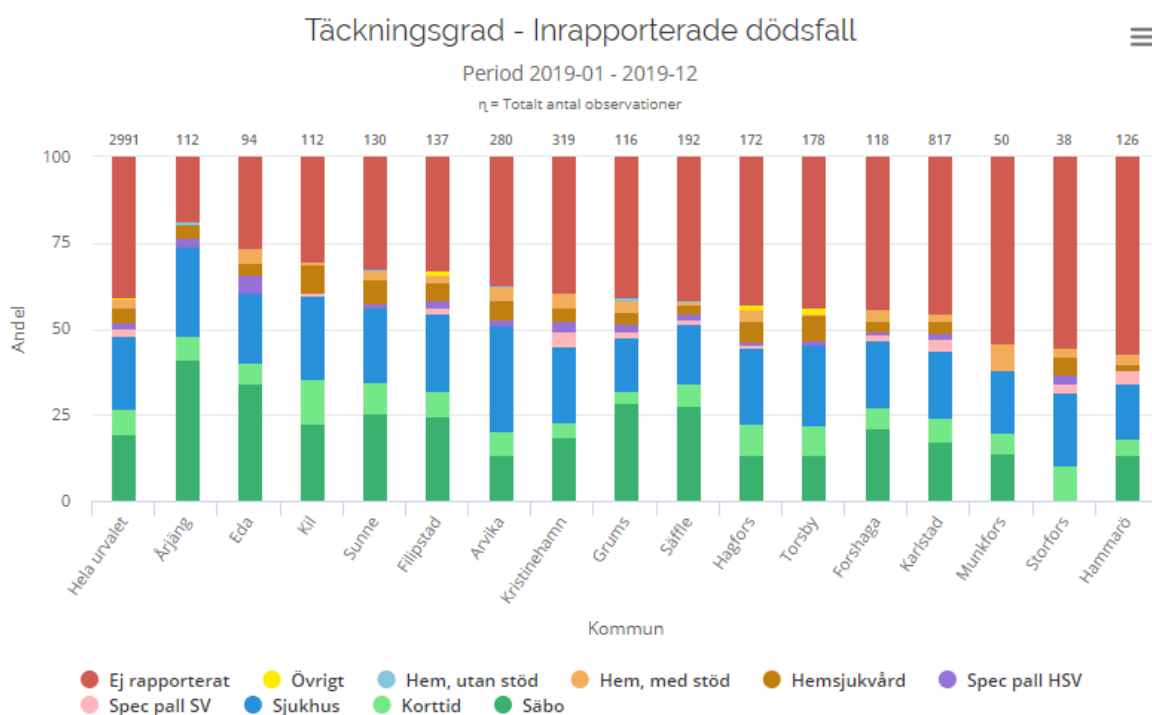
Basala hygien- och klädrutiner

Det finns 1 dokumenterad genomförd egenkontroll gällande följsamhet till basala hygien- och klädrutiner. Under 2019 har hygienombud på varje enhet inom verksamheten utsetts. Syftet är att lättare kunna repetera och öka förståelsen hos övrig personal angående betydelsen av följsamhet till basala hygienrutiner med ombud i vårdnära arbete. Hygienombuden kommer under 2020 att genomgå grundläggande kommun anpassad utbildning i basal hygien som ger i samverkan med Smittskydd Värmland. Mål uppnått.

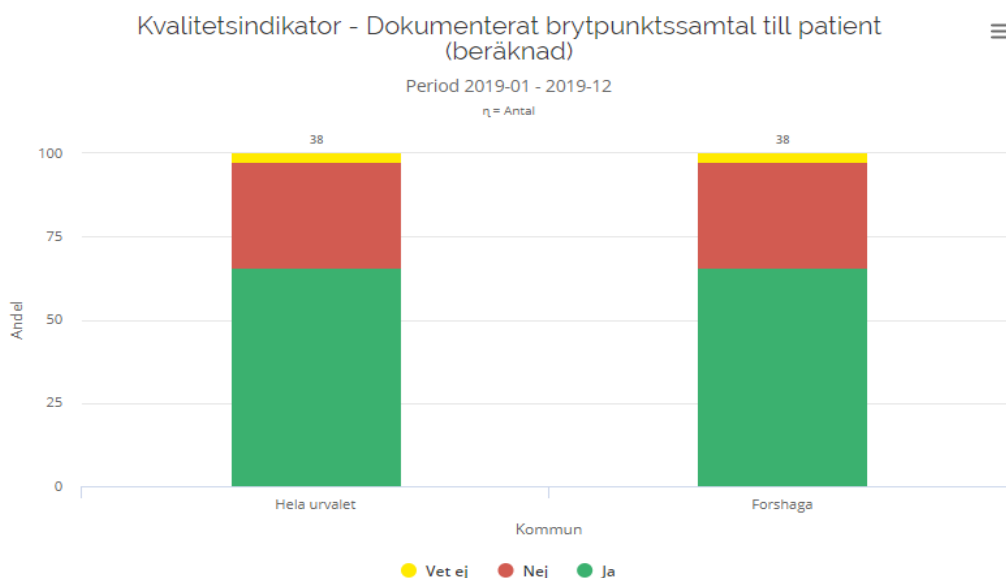
Palliativ vård

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 2019. Hemsjukvårdens sjuksköterskor ansvarar för att registrera de personer som avlider med pågående hemsjukvård.

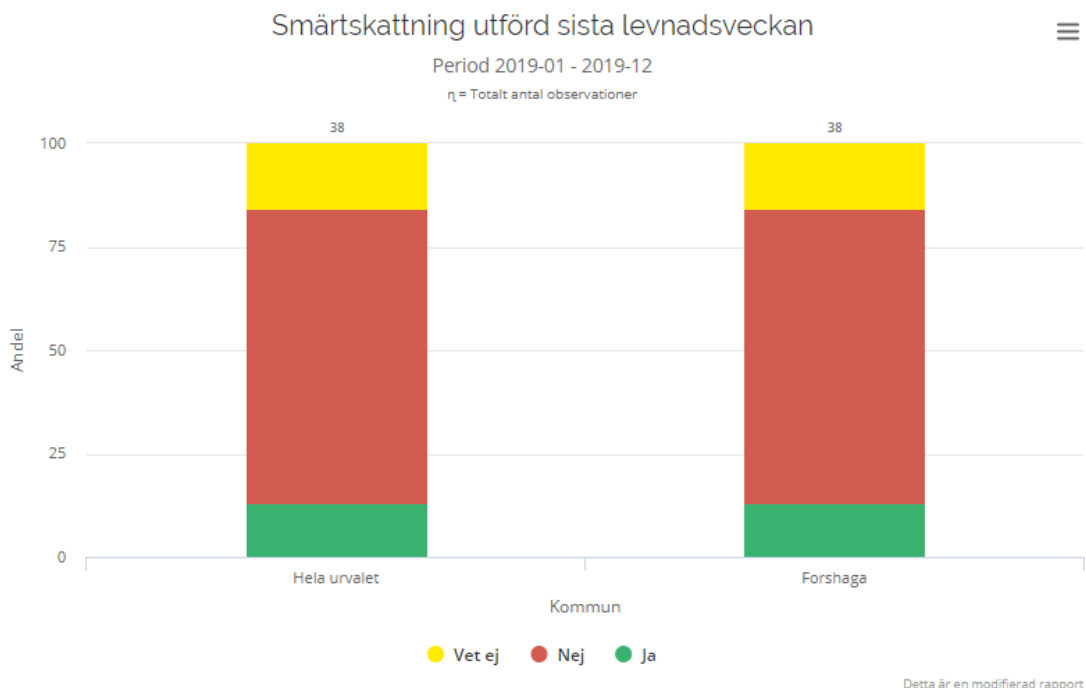
Enbart 2 kommuner av Värmlands kommuner når målet gällande antalet registreringar, under 2019. Målet för varje kommun i Värmland är att täckningsgraden gällande registrerade dödsfall ska vara minst 70%. Forshaga Kommun har under året 66% täckningsgrad (jmf 50,2% 2018) gällande antalet registreringar totalt och har därmed ökat täckningsgraden från föregående år. Mål ej uppnått.



Avseende utförda brytpunktssamtal var målet i Värmland 2019 att minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit brytpunktssamtal vilket Forshaga kommun inte uppfyller då endast 65,8% erhållit brytpunktssamtal. Mål ej uppnått.



Målet i Värmland är att minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit validerad smärtskattning 2019. Endast 13,2% av personer i livets slutskede har erhållit validerad smärtskattning under 2019. Mål ej uppnått.



I Forshaga kommun utsågs 2018 2 stycken sjuksköterskor som palliativa ombud som under 2019 genomgått utbildning i Nationell Vårdplan för Palliativ vård, (NVP). NVP är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården i övergången från botande till lindrande/stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet. NVP kan användas såväl inom hälso- och sjukvården som inom den kommunala omsorgen, oberoende av patientens diagnos och ålder.

Målet med ombuden är att med stöd av sina lokala konsultsjuksköterskor i palliativa teamet arbeta aktivt för att vidareutveckla den palliativa vården inom sitt ansvarsområde. Verksamheten planerar att införa NVP under hösten 2020.

Övriga resultat

Demensvård

Forshaga kommun har 124 individer med demensdiagnos med insatser från kommunal hälso- och sjukvård. 58 individer bor i särskild boendeform (SÄBO) resterande i ordinärt boende.

För att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom registrerar Forshaga Kommun, efter inhämtat samtycke, i SveDem SÄBO (Svenska Demensregistrets SÄBO-modul) samt BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). I SveDem SÄBO ska registrering ske 1 gång per år. Antalet registreringar i SveDem baseras på uppföljningar efter byte av boendeform, från ordinärt boende till särskild boendeform. Ansvaret för grundregistreringar ligger på Region Värmland, då det är primärvårdsenheter som ansvarar för utredningen och den slutgiltiga diagnossättningen.

Under 2019 utfördes 51 registreringar, gällande 32 personer i BPSD i Forshaga kommun, vilket är ökning jämförelsevis med 36 registreringar gällande 17 personer 2018. 45 individer är inskrivna i SveDem SÄBO, dock har enbart 20 registreringar utförts.

Samverkan kommun - slutenvård

Somatisk slutenvård

Under 2019 har Forshaga kommun haft patienter som vid 366 tillfällen krävt somatisk slutenvård.

Efter införandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård, har antal vårddygn efter att läkare bedömt patienten utskrivningsklar, sjunkit till 1,0 vårddygn, för individer folkbokförda i Forshaga Kommun, vilket är en minskning med 0,5 vårddygn från föregående år. Genomsnittet för kommuner i Värmland är 1,0 vårddygn.

Genomsnittet i Värmland gällande återinskrivning 1-30 dagar efter utskrivning från slutenvård ligger på 26,9 % och Forshaga kommun ligger på 23,6 % inom den somatiska vården.

Psykiatrisk slutenvård

Under 2019 har Forshaga kommun haft 18 patienter som krävt psykiatrisk slutenvård.

Gällande den psykiatriska slutenvården efter att läkare bedömt utskrivningsklar är vårddygnet enbart 0,2 vårddygn för Forshaga kommun och genomsnittet för kommuner i Värmland ligger på 0,7 vårddygn.

Genomsnittet i Värmland gällande återinskrivning 1-30 dagar efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård ligger på 24,6 % och Forshaga kommun ligger på 36,4 %.

Händelser och vårdskador

Under 2019 har 12 interna utredningar genomförts varav tre anmälts till inspektionens för vård- och omsorg (IVO) enligt lex Maria. En av de tre som anmälts till IVO inkom december 2018 men anmäldes under 2019.

Under 2019 har Forshaga kommun skickat 30 avvikelserapporter till Region Värmland och det har inkommit 10 avvikelser från regionen. Majoriteten av avvikelserna gäller brister i kommunikation, samverkan och läkemedelshantering.

Informationssäkerhet

Loggkontroller i dokumentationssystemet Treserva, Nationell Patient Översikt (NPÖ), samt kommunikationssystemet Cosmic LINK är utfört vid 4 tillfällen under 2019. Granskningen har inte lett till att några misstänkta överträdelser har upptäckts.

I samband med internkontroller har även kvalitetsgranskning av dokumentation i verksamhetssystemet Treserva skett. Dessa granskningar har visat vissa brister i dokumentation gällande utredande och behandlande åtgärder samt utvärdering av behandlingsresultat.

Analys av icke uppnådd måluppfyllelse 2019

Under 2019 har hemsjukvården haft en stort flöde av personal vilket har påverkat patientsäkerhetsarbetet. Sjuksköterskebemanningen har legat med underskott på 22% under hela 2019. Även arbetsterapeutbemannning samt fysioterapeutbemannning har under delar av året legat med underskott. Resultatet av den lägre bemanningen har påverkat kontinuitet och upprätthållande av patientsäkerheten. Detta har lett till att personalen i hemsjukvården enbart har kunnat fokusera på att hålla den dagliga driften igång och lösa akuta inkomna problem. Vidare har vakanser ersatts med korttidsbemannning. Detta leder till att försämrad kontinuitet, helhet och uppföljning. Introduktion av nyanställda, utvecklingsarbeten och icke patientnära arbetsuppgifter får en lägre prioritet vilket leder till brister i kvalitet.

Mål och strategier för kommande år 2020

2019 års mål även sträcker sig över 2020 vilket innebär att målsättningen kvarstår, dock finns förändringar i strategierna för att nå målen 2020 .

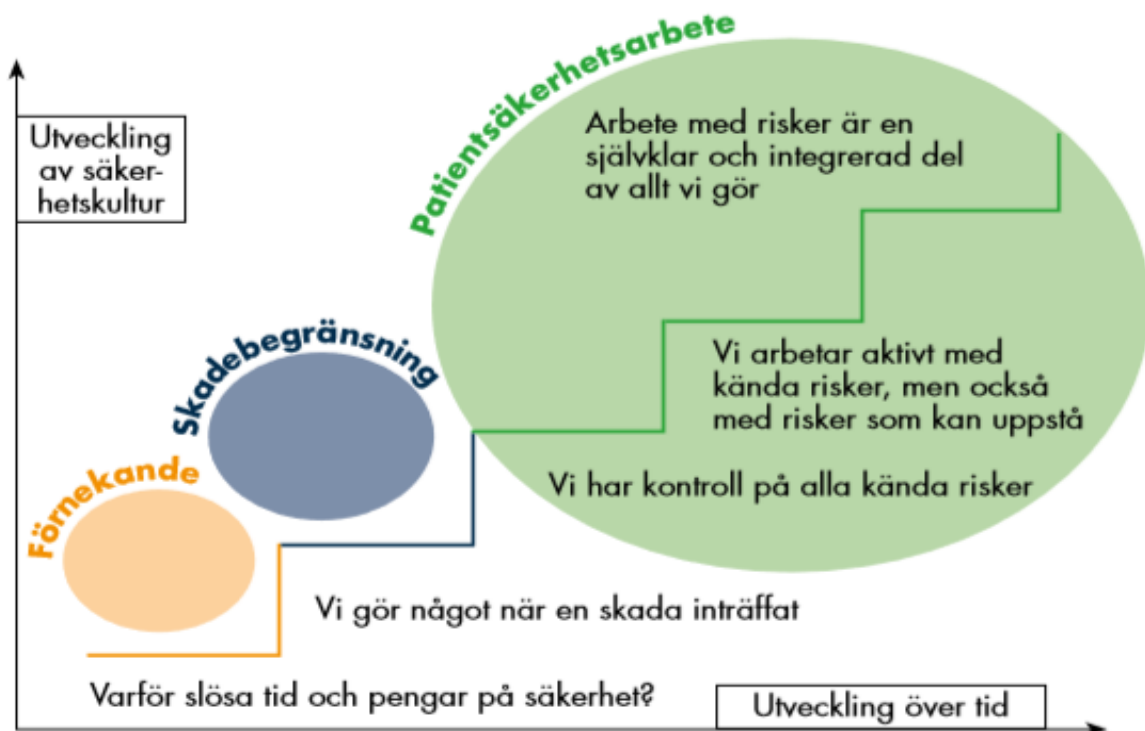
Mål

- Minska antalet fall inom vård- och omsorgsförvaltningen
- Minska antalet fel i läkemedelshandlingen
- Öka antalet läkemedelsgenomgångar för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende
- Öka följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler hos all personal
- Öka livskvalitén för patienter i palliativ vård och vård livets slutskede enligt nedan
 - Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit ett brytpunktssamtal
 - Minst 70 % av personer i livets slutskede har erhållit en validerad smärtskattning

Strategier

En grundläggande och övergripande förutsättning för patientsäkerhetsarbete är en engagerad ledning och tydlig styrning på olika nivåer i organisationen. Det finns ett behov under 2019 utbilda och förstärka kompetensen i verksamhetens alla organisatoriska led för att kunna möjliggöra måluppfyllelse och ett aktivt patientsäkerhetsarbete.

Vad är patientsäkerhetsarbete?



Strategier för att uppnå mål 2020

- Öka antalet riskbedömningar samt vid risk även antalet åtgärder gällande undernäring, trycksår och fall (Senior Alert). Utveckla strukturerade arbetsätt och revidera riktlinje gällande fallprevention med målet att nå ett intensivare fallpreventivt arbete i tvärprofessionella team
- Införa digitala signeringslistor för delegerade insatser som möjliggör kvalitetssäkring gällande följsamhet
- Grundutbildning av Smittskydd Värmland i basala hygienrutiner för utsedda hygienombud och samtliga enhetschefer samt repetera och öka förståelsen hos övrig personal angående betydelsen av följsamhet till basala hygienrutiner
- Identifiera och samverka med regionens vårdcentral kring frågor gällande palliativ vård. Införa NVP i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Öka användningen av utdata från Svenska palliativregistret i syfte att förbättra den palliativa vården
- Utbilda personal i, samt öka användningen av, BPSD i syfte att utveckla god vård för personer med demenssjukdom