

Patientsäkerhetsberättelse 2020

2020-01-21, Therese Ek, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Habo kommun



HABO KOMMUN

Innehåll

| | |
|---|----|
| Sammanfattning | 4 |
| Organisation och ansvar | 5 |
| Vårdgivare | 5 |
| Socialnämnden | 5 |
| Socialchef | 5 |
| Verksamhetschef (Vård- och omsorgschef) | 5 |
| Enhetschef | 6 |
| MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) | 6 |
| Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad) | 6 |
| Struktur för uppföljning och utvärdering | 8 |
| Resultat och analys | 8 |
| Egenkontroll/internkontroll och uppföljningsbara mål | 10 |
| Vård vid livets slut | 11 |
| Svenska palliativvårdsregistret | 11 |
| Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD) | 11 |
| Smittskydd och Vårdhygien | 12 |
| Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg | 12 |
| Vårdrelaterade Infektioner och riskfaktorer | 13 |
| Avvikelser | 15 |
| Analys och sammanfattning avvikelshantering 2020 | 15 |
| Utredning av händelser - vårdskador | 16 |
| Avvikelser i samverkan | 17 |
| Genomförda aktiviteter 2020 | 17 |
| Planerade aktiviteter 2021 | 17 |
| Åtgärder för att öka patientsäkerheten | 19 |
| Riskanalys | 19 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 19 |
| Strategisk samverkan | 19 |
| Samverkan med primärvården | 19 |
| Samverkan med slutenvården | 20 |
| Informationssäkerhet | 20 |
| Patienters och närståendes delaktighet | 20 |
| Klagomål och synpunkter | 21 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 21 |

| | |
|---|----|
| Dokumentation | 21 |
| Övergripande Mål och strategier för kommande år | 22 |
| Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun för verksamhetsåret 2021: | 23 |
| Bilaga 1. Årshjul hygienorganisation | 25 |

Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är 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 hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

År 2020 visade sig inte ta hänsyn till någon planering. I början på 2020 tog covid-19 över stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. Det pandemiska läget har medfört att hälso- och sjukvården i Habo kommun har tvingats till att prioritera att hantera ett för världen okänt virus.

Förvaltningen har haft ett förhöjt krisläge under större delen av året, och har efter tillgänglig kunskap arbetat efter de råd och riktlinjer som Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har angivit. Vård- och omsorgsorganisationen har vid flera tillfällen upplevt en nedprioritering av gällande riktlinjer. Vårdgivaren har följt myndigheternas riktlinjer i den mån verksamheten har medgivit.

Det verksamhetsnära utvecklingsarbetet har, med all rätt, fått stå tillbaka för att prioritera patienters överlevnad och medarbetares säkerhet. Hälso- och sjukvården har tvingats att hantera inställda insatser, digitala omställningar, besöksrestriktioner och inte minst en stor påfrestning för vårdpersonalen. Utvecklingsarbetet har därför planerats om till kommande år med förhoppning om att kunna genomföras. Dock kommer arbetat inte att kunna genomföras helt under 2021 utan snarare under en tid framöver när kapacitet finns. Framtiden är dock oviss. Det finns planering för flertalet aktiviteter som vi avser att genomföra.

Förvaltningen rapporterar trots omständigheter, något färre avvikelser. Det finns dock förbättringsarbete att göra gällande hanteringen av avvikelserna och själva lärandeprocessen. Pandemin har visat vilka processer som håller för stark påverkan av omgivningsfaktorer och vilka processer som behöver förstärkas. När pandemin är över kommer förvaltningen att dra nödvändiga lärdomar. Målsättningen är ett kontinuerligt lärande.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivare

Enligt SOSFS 2011:9 definieras vårdgivaren, en statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridiskperson eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivaren/ Socialnämnden ansvarar för att verksamheten uppfyller kraven på god och säker vård. Att uppfylla lagens olika krav är en del av god kvalitet och handlar om rättssäkerhet för den individen samt att säkerställa en jämlik vård. Socialförvaltningens verksamheter styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som t.ex. hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SOL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Förvaltningslagen (FL) och offentlighet och sekretesslagen (OSL), patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patient-lagen. Hälso- och sjukvård samt vård och omsorg ska bedrivas med respekt för individens integritet, delaktighet och självbestämmande. Vårdgivaren är skyldig att tillse att gällande lagstiftning uppfylls.

Socialnämnden

Vårdgivare i Habo kommun är socialnämnden.

Socialnämnden ansvar är att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt (HSL) hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbets- och patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Socialchef

Socialchef ansvarar för att:

- Kommunera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten.
- Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar gällande att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Denne skall fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten samt ge förutsättning för förvaltningen att bedriva kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef (Vård- och omsorgschef)

Enligt förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården och ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet av god kvalitet och är därmed också ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa god och säker vård, samt att:

- Mål för verksamheten formuleras och för att målen nås.
- Uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten
- Svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, samt främja kostnadseffektivitet.
- Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att:

- Inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Kommunera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde.
- Föra dialog med personal, medborgare och intresseorganisationer om verksamhetens utveckling och resultat.
- Skapa förutsättningar för personalen att i vardagen reflektera kring patientsäkerhetsarbete.
- Inom sitt verksamhetsområde följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera patientsäkerhetsarbetet.
- Enhetschefen ansvarar för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska)

MAS har ett övergripande ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, samt:

- Att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för;
 - Läkemedelshantering
 - Rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - Kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras.
- Ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ram för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- Att rapportera till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada (vårdskada)
- Att göra utredningar om allvarliga händelser och bedöma om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria
- MAS ansvarar för att årligen, senast mars månad, upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående år.
- Att sammanställa avvikelser till socialnämnden
- I de uppgifter där MAS äger ansvar enligt lag är denne direkt underställd Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I en kommunal verksamhet delas ansvaret för hälso- och sjukvården med vårdgivaren och verksamhetschefen som har det administrativa ansvaret.

Hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad)

- Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, fysioterapeut och dietist har skyldighet att arbeta enligt ett evidensbaserat och vetenskapligt förhållningssätt, samt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet i enlighet med 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
- Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och bistår legitimerad personal, har samma ansvar som legitimerad personal enligt hälso- och sjukvårdslagen när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs.

- Hälso- och sjukvårdspersonal skall rapportera risker och händelser och vid uppkomst rapportera avvikelser enligt vårdgivarens process, i syfte att förebygga vård skador och risker för vård skador.
- Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen skyldig att föra individuell patientjournal för att bidra till en god och säker vård av patienten.
- I patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3kap. 2 §

Socialförvaltningen arbetar utifrån SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vilken ska tillämpas för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård enligt SFS 2017:30, tandvårdslagen, LSS och/eller SOL. Målsättningen är att verksamheten skall uppnå kvalitet, vilket innebär följsamhet till gällande lagstiftning. Genom ett adekvat utformat ledningssystem i förvaltningen uppnås patientsäkerhet. Patientsäkerheten följs med flertalet strukturerade mätningar samt med standardiserade processer som ständigt är under utveckling, med målsättning att skapa följsamhet mot gällande lagstiftning. Utöver gällande lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd, så följer patientsäkerhetsarbetet omvärldens förändringar. Val av fokusområden styrs av nationell och regional samverkan samt av behov som identifieras med hjälp av avvikelshantering, klagomål och synpunkter samt av händelser.

Resultat och analys

De viktigaste åtgärder som vidtagits för ökad patientsäkerhet 2020 är:

- Under inledningen av 2020 drabbades världen av en pandemi. Denna har påverkat hälso- och sjukvårdens arbete under i stort sett hela 2020. En stor del av arbetet har handlat om att i samverkan med Smittskydd arbeta med kompetensutveckling runt det nya viruset covid-19.

I praktiken har detta inneburit ett antal obligatoriska utbildningar som har handlat om basala hygienrutiner och smitta/ smittspridning.

Ett antal nya rutiner har tagits fram och mätningar av följsamhet kring basala hygienrutiner och klädregler har genomförts vid 2 tillfällen.

- Under året har också mätningar av antal infektioner och riskfaktorer för att få en infektion mätts på särskilt boende.
- Kopplat till pandemin och patientsäkerhet har riskbedömningar och handlingsplaner tagits fram.
- Samtlig personal har under vissa perioder erbjudits daglig frågestund med sjuksköterska.
- Praktiska övningar i basala hygienrutiner har genomförts.
- Enhetschefer inom vård- och omsorg har under 2020 erhållit månadssammanställningar av rapporterade avvikelser. Detta för att underlätta arbetet med avvikelser och för att kontinuerligt belysa vikten av ett fungerande systematiskt förbättringsarbete där avvikelser är en viktig del.
- Avvikelsehanteringssystemet har tillgängliggjorts för användarna genom att förenkla registreringproceduren.
- Ett antal utbildningar inom vårdhygien har genomförts för samtliga medarbetares oavsett anställningsform, som jobbar inom vård- och omsorg.
- Apoteket AB har genomfört extern kvalitetsgranskning av de verksamheter som hanterar läkemedel.
- Internkontroll avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation har genomförts.

- Ledningen har ansvar för att skapa förutsättningar för att patienter och närståendes erfarenheter och synpunkter systematiskt sammanställs och tas tillvara i förbättringsarbeten. Att ta tillvara synpunkter och klagomål från patienter och/eller närstående är en viktig del av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. Under 2020 har en ny rutin utarbetats så att verksamheterna lättare kan arbeta systematiskt med synpunkter och klagomål. Patienten och/ eller närstående kan nu lämna in synpunkter och klagomål via webben och verksamheterna utreder och hanterar synpunkter och klagomål i samma system som avvikelser hanteras, d.v.s. i Digital Fox Respons.

Egenkontroll/internkontroll och uppföljningsbara mål

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

| Mål | Strategi/er | Åtgärd | Resultat | Analys |
|--|---|---|--|--|
| Ändamålsenlig och tydlig dokumentation | Del av internkontroll, stickprov 10 slumpmässigt utvalda journaler | Fokus på dokumentation genom utbildning under våren | Mindre brister ffa ej signerade anteckningar och ej beskriven delaktighet. | Redovisats separat till nämnden. |
| Minskat antal vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer. | Mätning av riskfaktorer och antal infektioner. | Utbildningar i basala hygienrutiner, klädregler samt smitta och smittspridning. Samarbeta med regionen (vårdcentral) kring att minska riskfaktorer. Återuppta arbete med Senior Alert | Vissa vårdrelaterade infektioner ökar i Habo kommun, medan andra vårdrelaterade infektioner minskar. | Habo kommun har flest antal riskfaktorer i hela länet. Den vanligaste riskfaktorn är katater. Habo har också flest antal infektioner per 100 invånare i hela länet. Urinvägsinfektion hos icke- kateterbärare är den vanligaste infektionen |
| Ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler | Följsamhetsobservation och självskattning | Utbildningar i basala hygienrutiner, klädregler samt smitta och smittspridning. | Ökad följsamhet i kommunen som helhet. Se bilaga 1 | Relativt hög följsamhet. Åtgärder där följsamhet brister planeras för respektive verksamhet för 2021. |
| Ökad inrapportering av avvikelser och att ansvarig chef ska återrapportera avvikelser i sin verksamhet, och använda avvikelser som en del av det systematiska förbättringsarbetet. | Mätning av antal avvikelser. Manuell granskning av avvikelser och utredningar gjorda av chefer | Anpassning av avvikelshanteringssystem för att göra det mer användarvänligt har skett | Vid nerdyk i avvikelser ses en tydlig ökning i antal utredningar gjorda av chefer. | Chefens ansvar har tydliggjort genom den uppdaterad rutin och det anpassningar i systemet. Under 2020 har merparten av cheferna ett fungerande utredningsarbete. |
| En ändamålsenlig demensvård som följer nationella riktlinjer | Registrering och arbete i BPSD-registret | Sker på enhetsnivå | Årlig uppföljning i nationellt register | Delay relaterat till covid-19 |
| Bedriva en verksamhet där riskanalys sker som en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. | Samtliga patienter ska registreras och följas upp i Senior Alert | Utbildning och implementering av Senior Alert. Återkommande följa nyckeltal kopplat till analyserna i registret. | Årlig uppföljning i nationellt register | Sker 2022 |
| En evidensbaserad verksamhet som följer nationella riktlinjer för palliativ vård | Samtliga patienter ska registreras i palliativregistret. | Uppföljning på enhetsnivå, åtgärder planeras i personalgrupp | Årlig uppföljning i nationellt register | Sker 2022 |
| Ändamålsenlig synpunkts- och klagomålshantering som ger individen möjlighet att vara delaktig i vården. | Uppmana patienter och närstående att registrera klagomål och synpunkter. | Chef sammanställer och planerar åtgärder i aktuellt system. | Delay covid-19 | Delay covid-19 |

Tabell 1: Egenkontroll, internkontroll och uppföljningsbara mål.

Hälso- och sjukvården prioriterar att följa de mål som genererar följsamhet mot lagen. Dessa kan komma att variera över tid beroende på verksamhetens utmaningar.

Uppföljningsbara mål är tätt sammankopplat med egenkontroll.

Vård vid livets slut

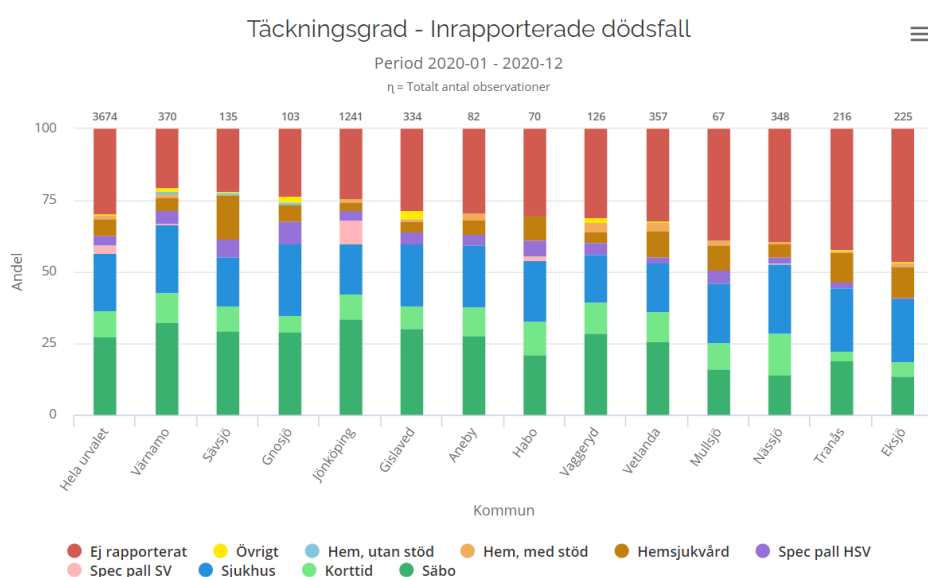
Palliativ vård är hälso-och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

(Socialstyrelsens definition). Palliativ vård har prioriteringsnivå 1. Palliativ vård som utförs i Habo kommun registreras i Svenska Palliativregistret.

Svenska palliativvårdsregistret

Utvalda insatser för palliativ vård skall registreras i svenskt palliativvårdsregistret.

Genomgående för länet är att det brister i smärtskattningar. Smärtlindring ges, men grundar sig inte alltid på att en skattning har utförts. Antalet avlidna med någon form av insats från kommunen var 70 st. Av dessa har 49 personer registrerats i Palliativregistret. Som tidigare år kan framför allt mänsklig närvaro i dödsögonblicket förbättras.



Figur 1: Andel patienter som registrerats i palliativregister 2020

Beteendestörningar och Psykiska symtom vid Demenssjukdom (BPSD)

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med användningsområde i vården för personer med demenssjukdom samt ett arbetsredskap för verksamheten som ger god hjälp i bemötande vid BPSD-symtom vid demenssjukdom. BPSD kan definieras som "symtom i form av störd perception, stört tankeinnehåll, förändrat stämningsläge eller förändrat beteende hos patienter med demenssjukdom". Målet är att ständigt förbättra vård och omsorg för individer med demenssjukdom. Vidare syftar det till att öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. Genom ett tvärprofessionellt arbetssätt utformas individanpassade vårdåtgärder vilket kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. BPSD har de senaste åren minskat med hänvisning till att det vid personalomsättning ej utbildats ny. Detta ligger i planering när de covid19-relaterade omständigheterna tillåter.

| | Summa | 2020-01 | 2020-02 | 2020-03 | 2020-04 | 2020-05 | 2020-06 | 2020-07 | 2020-08 | 2020-09 | 2020-10 | 2020-11 | 2020-12 | 2021-01 | 2021-02 |
|-----------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Summa | 1859 | 187 | 148 | 182 | 109 | 150 | 137 | 26 | 106 | 223 | 131 | 156 | 179 | 104 | 21 |
| Aneby | 63 | 8 | 5 | 11 | 0 | 2 | 7 | 0 | 3 | 6 | 6 | 4 | 9 | 2 | 0 |
| Eksjö | 35 | 0 | 1 | 5 | 5 | 0 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 6 | 0 | 1 | 1 |
| Gislaved | 174 | 23 | 18 | 23 | 9 | 12 | 8 | 1 | 6 | 19 | 11 | 20 | 10 | 12 | 2 |
| Gnosjö | 48 | 4 | 2 | 3 | 0 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 8 | 5 | 6 | 3 |
| Habo | 13 | 0 | 1 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jönköping | 721 | 72 | 57 | 60 | 56 | 44 | 49 | 9 | 46 | 101 | 55 | 52 | 66 | 47 | 7 |
| Mullsjö | 12 | 1 | 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Nässjö | 193 | 9 | 13 | 20 | 7 | 31 | 8 | 0 | 14 | 23 | 8 | 12 | 32 | 15 | 1 |
| Sävsjö | 86 | 14 | 7 | 7 | 2 | 8 | 8 | 0 | 5 | 15 | 7 | 8 | 3 | 1 | 1 |
| Tranås | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Vaggeryd | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vetlanda | 243 | 23 | 26 | 21 | 14 | 26 | 16 | 6 | 14 | 16 | 22 | 28 | 20 | 8 | 3 |
| Värnamo | 263 | 32 | 18 | 24 | 16 | 17 | 33 | 6 | 11 | 35 | 11 | 15 | 32 | 10 | 3 |

Figur 2: Antal BPSD-bedömningar i Jönköpings län

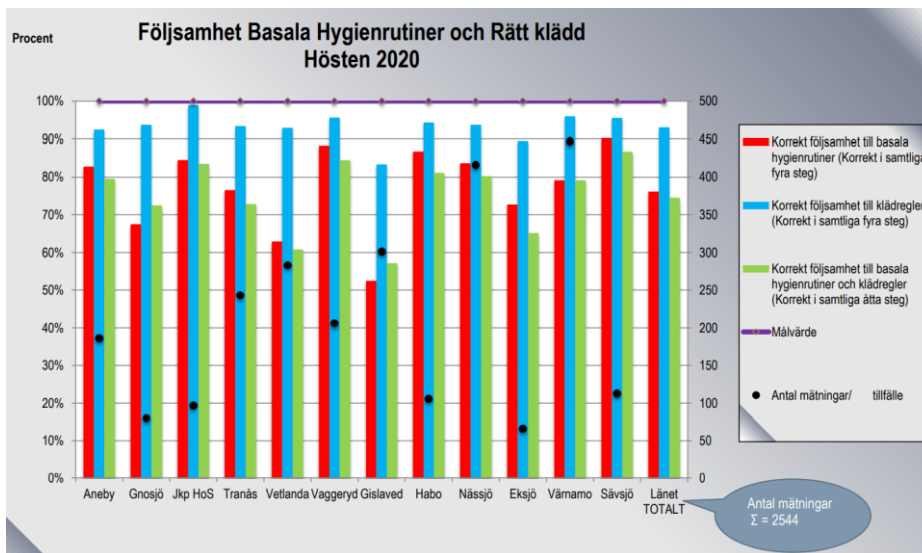
Smittskydd och Vårdhygien

Basal Hygien i Kommunal vård och omsorg

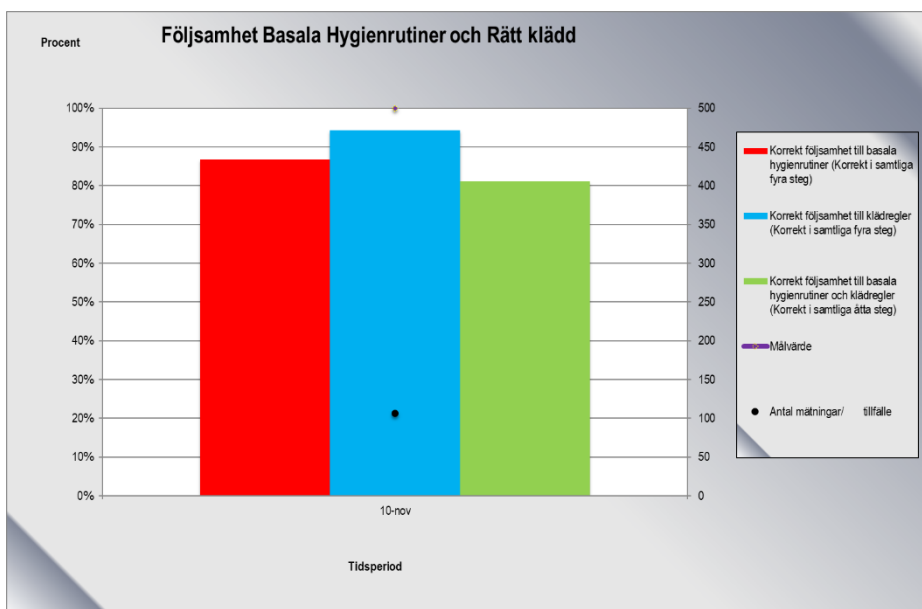
Basala hygienrutiner ska tillämpas av all personal som utför vård- och omsorgsmoment. Detta ska ske oberoende av vårdgivare och vårdform och vare sig det finns känd smitta eller inte. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10), Basal hygien i kommunal vård och omsorg, ligger till grund. Föreskriften förstärks och arbetsgivarens ansvar förtydligas i AFS 2018:4. Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittspridning, minska antibiotikaförskrivning och därmed även bidra till att minska antibiotikaresistensen. Målsättningen är att mätningar genomförs på samtliga enheter och uppnår 80 % följsamhet.

I basala hygienrutiner ingår:

- Handhygien, det vill säga, alltid handdesinfektion och ibland också handtvätt.
- Handskar
- Skyddskläder
- Ibland stänkskydd – visir eller skyddsglasögon och munskydd eller andningsskydd.



Figur 3: Följsamhet till basala hygien och klädregler Jönköpings län



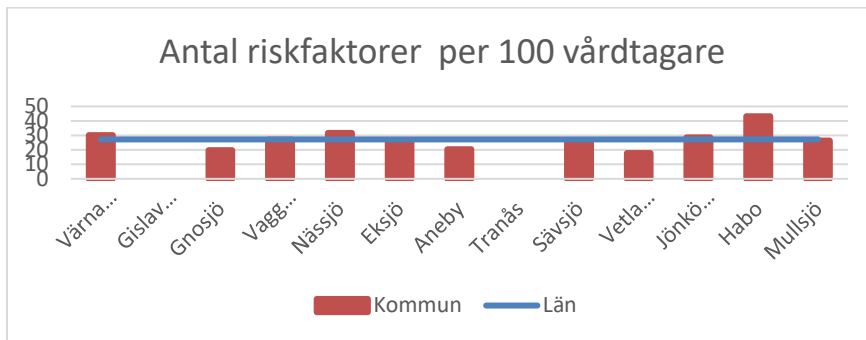
Figur 4: Följsamhet i Habo kommun halvår 2, 2020

Vårdrelaterade Infektioner och riskfaktorer

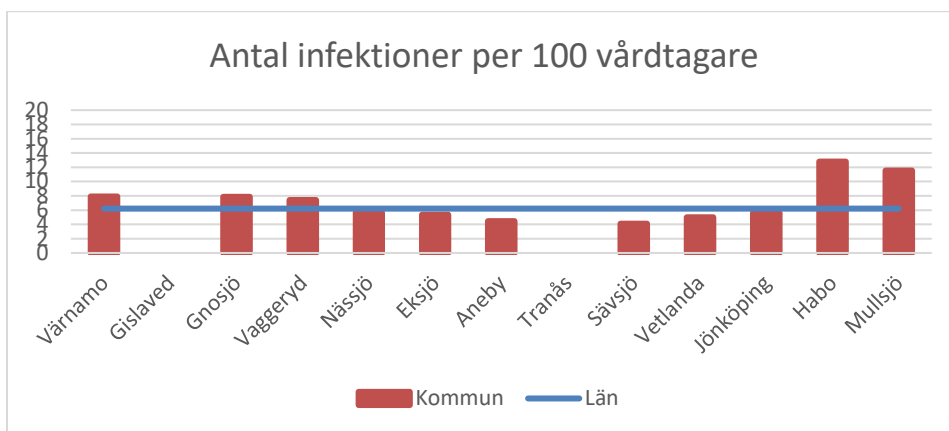
Vetenskaplig evidens finns för att förekomst av vissa riskfaktorer ger en ökning av vårdrelaterade infektioner (VRI). Ju fler riskfaktorer som kan identifieras hos en individ, desto större risk för uppkomst av infektion. Det är därför viktigt att kartlägga, dels förekomsten av riskfaktorer, dels antalet infektioner förvärvade inom särskilda boenden. Särskilt boende och demensboende i Habo kommun rapporterar månadsvis till smittskydd och vårdhygien och erhåller i gengäld sammanställda data.

Detta är ett sätt att kvalitetssäkra vården. Förvaltningen kan på detta sätt redogöra för vilka riskfaktorer som figurerar och hur dessa utvecklas. De vanligaste infektionerna som kräver antibiotikabehandling är fortsatt urinvägsinfektion och pneumoni. Den vanligaste enskilda riskfaktorn är urinkateter och därefter följer andra sår eller brott i hudbarriären.

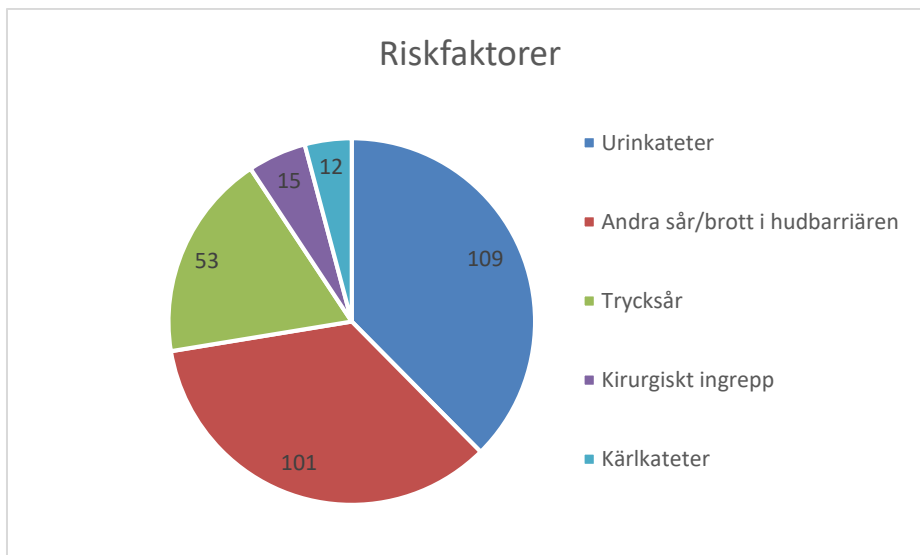
Resultat/ årssammanställning erhålls i februari och hanteras genom diskussion i berörda personalgrupper, samt i hygienorganisationen och används som underlag till förbättringsarbete kommande år.



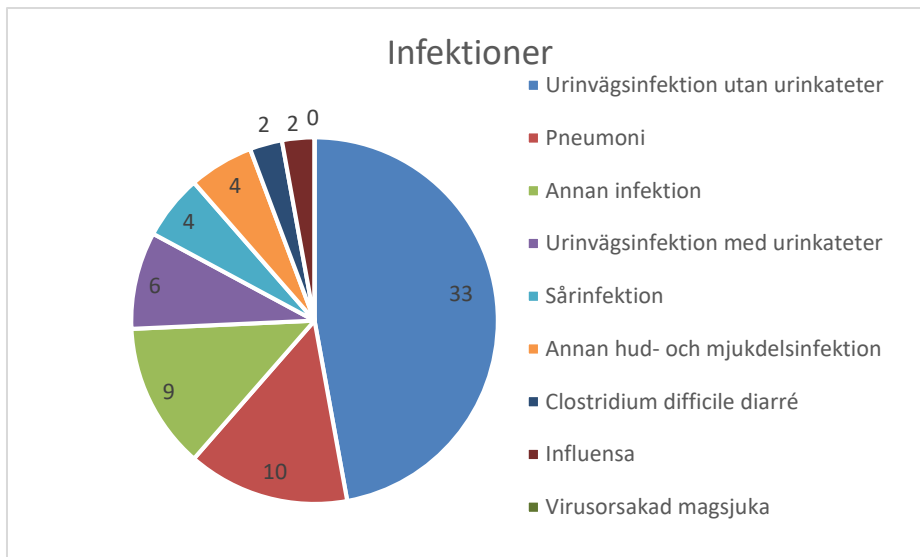
Figur 5: Andel riskfaktorer för personer på särskilt boende i Jönköpings län



Figur 6: Andel infektioner per invånare i Jönköpings län



Figur 7: Fördelning av riskfaktorer i Habo kommun, särskilt boende, 2020



Figur 8: Fördelning av infektioner i Habo kommun, särskilt boende, 2020

Avvikelser

Analys och sammanfattning avvikelsehantering 2020

Merparten av medarbetarna bedöms kunna arbeta i avvikelsehanteringssystemet, dock inte på ett optimalt och effektivt sätt. Detta behöver fortsatt arbetas med. Under 2021 kommer ytterligare förenklad administration kring systemet att genomföras, samt kommer systemförvaltare att skapa enkla lathundar för utredare och registrerare.

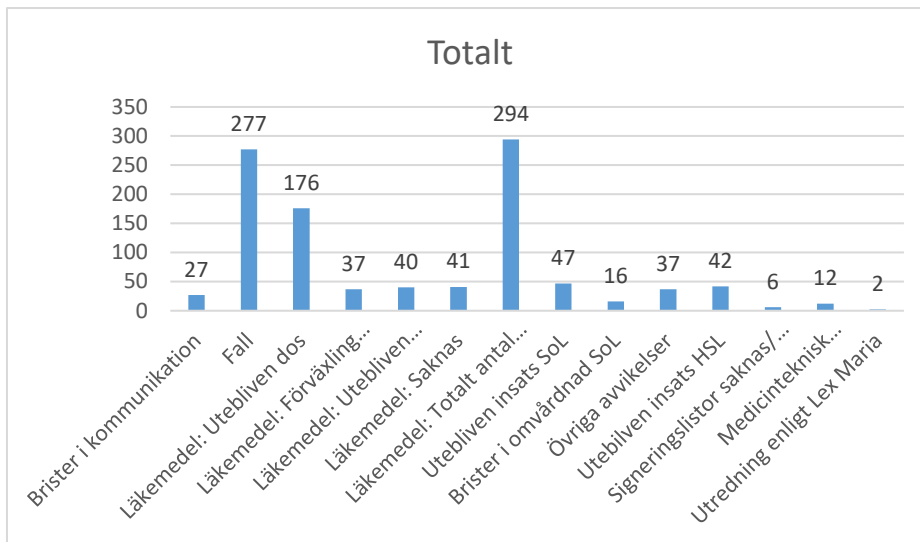
Merparten av avvikelserna handlar om fall. Under 2021 kommer därför team-träffarna vara föremål för utvecklingsarbete, samt att arbete med fallförebyggande åtgärder kommer att ske strukturerat i Senior Alert.

Antalet läkemedelsavvikelser består främst av utebliven dos. Detta arbetas med i respektive verksamhet.

Funktionshinderomsorgen och delar av äldreomsorgen rapporterar endast in ett fåtal avvikelser. Det sker missförstånd och förväxlingar bland baspersonal i vad som är en avvikelse och hur den ska kategoriseras. Bedömningen är att rutin för avvikelsehantering behöver förtydligas för personal och i en del arbetsgrupper behövs utbildningsinsatser. Det behöver finnas lättillgängliga lathundar för rapportör och utredare.

Chefer i förvaltningen erhåller från MAS en sammanfattning av de avvikelser som rapporterats in under 2020. Varje chef ansvarar sedan för att analysera sammanställningen och planera lämpliga åtgärder utifrån analysen.

Bristerna följs av åtgärdsplaner i avvikelsehanteringssystemet där verksamheterna får analysera de individuella riskerna och planera för åtgärder.



Figur 9: Sammanställning av det totala antalet avvikelser inom vård och omsorg 2020

Utredning av händelser - vårdskador

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

All personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har skyldighet att rapportera händelser då en vård skada inträffat eller om det föreläggat risk för en vård skada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar då för att göra en bedömning av händelsen och för att anmälan sker vid allvarlig vård skada. Med allvarlig vård skada menar lagstiftaren en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit Dessa händelser ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2020 har inga händelser som rapporterats enligt Lex Maria resulterat i anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Två utredningar enligt Lex Maria har genomförts under 2021. Båda utredningarna har handlat om förväxling av läkemedel.

Avvikelser i samverkan

Under 2020 har flest händelser rapporterats gällande vårdplaneringsprocessen. Det har varit den vanligast rapporterade händelsen de senaste åren. De mest förekommande händelserna är att samtycke till informationsdelning ej har inhämtats, tid för hemgång har ej informerats och initiering till samordnad vårdplanering har inte skett vid ökat behov av insatser efter sjukhusvistelsen. Coronapandemin har inneburit att nya rutiner har tagits fram och ett antal händelser gäller att dessa inte har följts. Det gäller främst brist på information om att personer är konstaterat smittade av covid-19 och att provtagning för covid-19 ej har gjorts före hemgång. Det har även rapporterats ett flertal händelser gällande att initiering till samordnad vårdplanering och meddelande om utskrivningsklar skrivs med kort tid tidsintervall (1 timme) emellan. Det är egentligen ingen avvikelse från rutinen men det är svårt för kommunerna att hantera.

Den näst vanligaste händelsen handlar om läkemedelshantering. Inom denna kategori är den mest förekommande händelsen att läkemedel inte skickas med hem efter sjukhusvistelse. Därefter kommer att förändringar i läkemedelsordinationer inte har meddelats, felaktiga och uteblivna ordinationer.

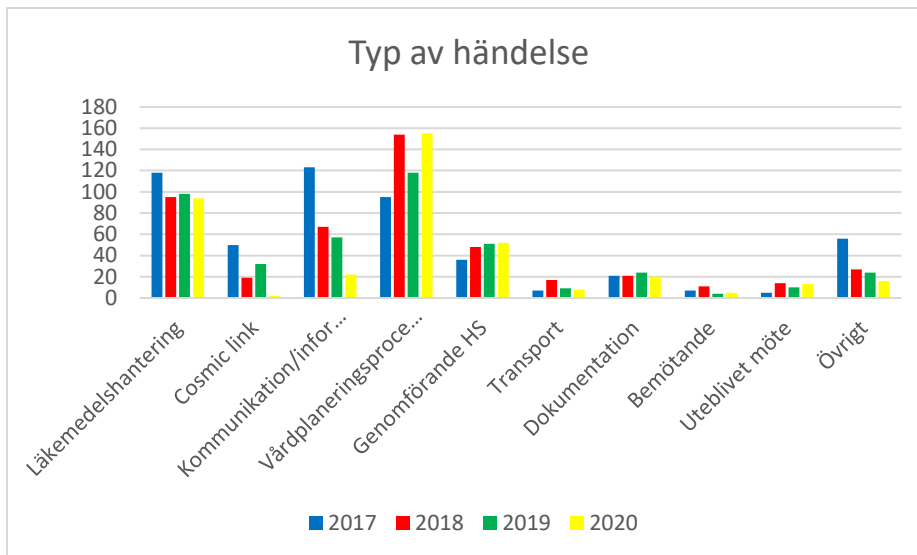
Genomförda aktiviteter 2020

De aktiviteter som planerades för 2020 har inte varit möjligt att genomföra fullt ut på grund av Coronapandemin.

- Information om vårdsamordningsprocessen till läkare på Ryhovs olika kliniker. Har genomförts på ortopedi, onkologi, rehabmedicin, urologi och infektion.
- Utbildning i vårdsamordningsprocessen och Link för nyanställda och erfarna sjuksköterskor på Ryhov har inte kunnat genomföras. Berörd personal har uppmanats att se film om vårdsamordningsprocessen
- Information till berörda verksamheter om händelserådet, dess arbetssätt och vikten av att rapportera händelser.
- Fortsatt arbete med att förebygga trycksår på sjukhuset.

Planerade aktiviteter 2021

- Information om vårdsamordningsprocessen till läkare på medicinkliniken och kirurgkliniken.
- Fortsatt arbete med de aktiviteter som planerades för 2020, som ej har kunnat genomföras pga. pandemin.



Figur 10: Vanligast förekommande händelsetyper gällande avvikelser i samverkan, norra länsdelarna.

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Risikanalys

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

Habo kommun har en risk- och sårbarhetsanalys för frekventa händelser samt för extrema händelser. Denna analys uppdateras årligen av MAS i samarbete med chefer i förvaltningen och räddningstjänst.

Risikanalys har gjorts inför sommaren avseende bemanning. Efter det har handlingsplan har skapats där man förtydligat prioriteringsordning för hur resurser ska fördelas vid bemanningsbrister.

Risikanalys på individnivå genomförs kontinuerligt i verksamheten.

Övriga riskbedömningar och riskhantering genomförs av verksamheterna baserat på förändringar i verksamheten. Då används underlag från SKR (Sveriges kommuner och landsting).

Risikanalys skall till exempel göras när;

- Ny teknik införs
- Ändring av personalens sammansättning
- Förändring i rutiner
- Händelser och störningar i verksamhetssystemen hanteras av systemförvaltare.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan en viktig del i det kontinuerliga arbetet med att förebygga vårdskador. Hälso- och sjukvården i Habo kommun samverkar med andra vårdgivare på olika nivåer.

Strategisk samverkan

Samverkan kring patientsäkerhet på strategisk nivå sker genom att Habo kommun har representanter i olika länsnätverk, och nätverk som inkluderar de norra länsdelarna. I nätverken sker bland annat avvikelshantering i samverkan, implementering och översyn av gemensamma riktlinjer på olika nivåer och genom nätverken sker kontinuerlig kompetensutveckling inom aktuella områden.

MAS deltar även i samverkansform på nationell nivå.

Samverkan med primärvården

Hälso- och sjukvårdens personal har daglig möjlighet till telefonkonsultation med doktorer på Habo vårdcentral.

Utöver detta finns möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att skicka meddelanden i olika IT-system till vårdcentralens doktorer.

Dagtid finns en öppen linje direkt till vårdcentralens vårdsamordnare, som tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal bedömer och förmedlar vidare åtgärd eller kontakt.

Avvikelsehantering i samverkan med primärvården sker kontinuerlig i fysiska möten, antingen månadsvis på strategisk nivå eller i direktkontakt mellan berörda professioner då situationen kräver det.

Samverkan med slutenvården

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) gäller sedan 2018. Jönköpings län var ute i god tid inför lagförändringen, och projektet ”Trygg och säker vård och omsorg” rullade igång redan 2016.

”Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och där jag behöver den”.

Projektet är nu avslutat och i full drift. En stor del av samverkansavvikelser härleds till avvikelser från Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) och vårdsamordningsprocessen. Dessa avvikelser ska hanteras i händelseråd i länets olika delar.

Direkt samverkan mellan professioner sker huvudsakligen via det gemensamma IT-systemet Cosmic Link. Där kan man efter samtycke från patienten läsa vad som sker då patienten vårdas inom ramen för regionen. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal kommunicerar med regionens hälso- och sjukvårdspersonal via Cosmic Links meddelandefunktion.

Samverkan på strategisk nivå sker i händelseråd för somatik och psykiatri samt i olika arbetsgrupper och strategigrupper.

Samverkan med olika specialistfunktioner sker på regelbunden basis. Exempel på detta är samverkan med Smittskydd/ vårdhygien och SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet)

Patientnämnden

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat genom lagstiftning samt regionfullmäktiges reglemente. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården. Dessa sammanställs och redovisas till region och kommuner med syfte att förbättra vården. Habo kommun har generellt fåtalet ärenden hos patientnämnden, och under 2020 har inga sådana inkommit.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Förvaltningen fortsätter arbetet med informationsklassning enligt KLASSA som metod för att hjälpa verksamheten att välja rätt åtgärd för att skydda sin information. Det innebär en behörighetsstyrning i verksamhetssystemet som förhindrar åtkomst till patienter där man inte har en patientrelation. Verktuget är framtaget av SKR.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Hälso- och sjukvården i Habo kommun har en viljeriktning att stärka patientens delaktighet i sin vård. Detta görs genom information, uppföljning och dialog med patienten. Arbetet med att stärka delaktighet medför god följsamhet till ordinationer och på så vis ökad patientsäkerhet.

- När en patient flyttar in till särskilt boende i Habo kommun erbjuds patienten och dess närstående ett välkomstsamtal. I detta samtal ges sjuksköterska information om hemsjukvården i Habo I samtalen ges patienten och närstående möjlighet att ställa frågor och lämna information till hälso- och sjukvården.

- Inför årlig läkemedelsgenomgång kontaktas apotekare på Habo vårdcentral för genomgång av läkemedel för patienter inom särskilt boende. Anhöriga erbjuds att delta i de fall patienten samtycker.
- Patienten görs på olika sätt delaktig i vården. Exempel på detta är att hälso- och sjukvården för dialog med patienten angående vårdnivå, läkemedelshantering och livsuppehållande åtgärder såsom hjärt- och lunggräddning. I de enskilda hälsoärendena i patientens journal efterfrågas patientens delaktighet.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter inkommer till Hälso- och sjukvården genom:

- Kommunens hemsida via ett elektroniskt formulär, alternativt en pappersfolder.
- Direkt kontakt med enhetschef eller vårdpersonal.
- Skriftligen via mejl.

Enhetschef har sammanställer synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål återkopplas till personalen i lämpligt forum, och till närstående enligt överenskommelse.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker och avvikelser i verksamheten skriftligen via avvikelshanteringssystemet i Digital Fox Response. I vissa fall lämnas även en muntlig rapport till berörd chef och/ eller MAS beroende på ärendes art och allvarlighetsgrad.

Avvikelsena sammanställs av enhetschef för Hälso- och sjukvårdspersonal och återförs muntligen och/ eller skriftligen till berörd personal.

Åtgärder vidtas utifrån avvikelsernas karaktär.

Hälso- och sjukvårdspersonalen informeras om rapporteringsskyldigheten vid nyanställning. Information om rapporteringsskyldigheten finns beskrivet i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Dokumentation

Enligt patientdatalagen 2008:355, skall journaler föras i den omfattning lagen anger.

Förändringar sker fortfarande dokumentationsstrukturen då skiftet av verksamhetssystem inte är helt implementerat. Som en del av internkontroll 2020 har hälso- och sjukvårdsdokumentation granskats.

Denna granskning visar på mindre brister som framförallt bestod i att anteckningar inte var signerade inom adekvat tidsram och att individuella mål inte var formulerade.

Övergripande Mål och strategier för kommande år

Varje invånare i Habo kommun ska känna att en trygg och säker vård ges i kontakten med kommunal hälso- och sjukvård. Individerna ska bemötas med respekt och värdighet. Patienterna ska erbjudas delaktighet och inflytande över den vård som erbjuds dem.

På samma sätt ska varje medarbetare inom hälso- och sjukvården ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter under sådana förutsättningar att en trygg och säker vård och omsorg kan ges.

Socialnämnden har antagit 3 verksamhetsutvecklingsmål där man önskar att göra en markant för mandatperioden:

- Digitalisering och välfärdsteknik
- Personalförsörjning
- Integration



Figur 11: Verksamhetsstyrning Socialförvaltningen Habo kommun

Strategin digitalisering och välfärdsteknik är också en del av patientsäkerhetsarbete. Målet för hälso- och sjukvården är att aktivt arbetat med att uppnå ökad patientsäkerhet genom att använda digitala lösningar. Exempel på detta är att i de situationer det anses lämpligt använda sig av digitala mötesformer.

Digitala lösningar kring läkemedelshantering och signering är också något som hälso- och sjukvården strävar mot för att uppnå ökad patientsäkerhet.

Socialnämnden har identifierat behov av att säkra *personalförsörjning* för att kunna bedriva bland annat hälso- och sjukvård inom socialförvaltningen. För att i sin tur kunna erbjuda god och säker hälso- och sjukvård krävs att det finns kompetenta medarbetare anställda. Habo kommun som arbetsgivare har ansvar för att tillgodose en stimulerande, intressant, utvecklande och trygg arbetsplats.

Mål för hälso- och sjukvården i Habo kommun för verksamhetsåret 2021:

Målen för verksamheten sätts utefter lagkrav, verksamhetens egna krav samt den enskildes krav och förväntningar på verksamheten. I Habo kommun styrs verksamheterna, hälso- och sjukvårdsenheten inkluderat, av verksamhetsspecifika kvalitetsfaktorer i enighet med förädlad styrmodell, budget, socialnämndens mål och kommunfullmäktiges övergripande mål. Hälso- och sjukvården styrs av gällande lagstiftning som rör hälso- och sjukvården.

Uppföljning av kvalitet redovisas i kvartalsrapporter till socialnämnd.

- Under 2021 har hälso- och sjukvårdsorganisationen som mål att arbeta vidare med och förbättra dokumentation. Verksamheten har ännu brister i dokumentationen enligt 2020 års internkontroll och därför kommer arbetet med att förbättra dokumentationen att fortsätta.
- Under 2021 är målet att det preventiva arbetet med patientsäkerhet ska förbättras genom att arbeta med riskanalyser på ett strukturerat sätt. Detta planeras att ske med stöd från det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
- Ytterligare ett mål är att under 2021 förbättra läkemedelshanteringen med utgångspunkt från den läkemedelsrevision som genomfördes av en oberoende klinisk apotekare från Apoteket AB under hösten 2020. Handlingsplan efter granskningen finns (se bilaga) och under året kommer fokus ligga på att denna handlingsplan ska vara åtgärdad.
- Öka digitalisering för att uppnå ökad patientsäkerhet. Detta ska ske genom att byta till digitala läkemedelsskåp hos samtliga patienter.

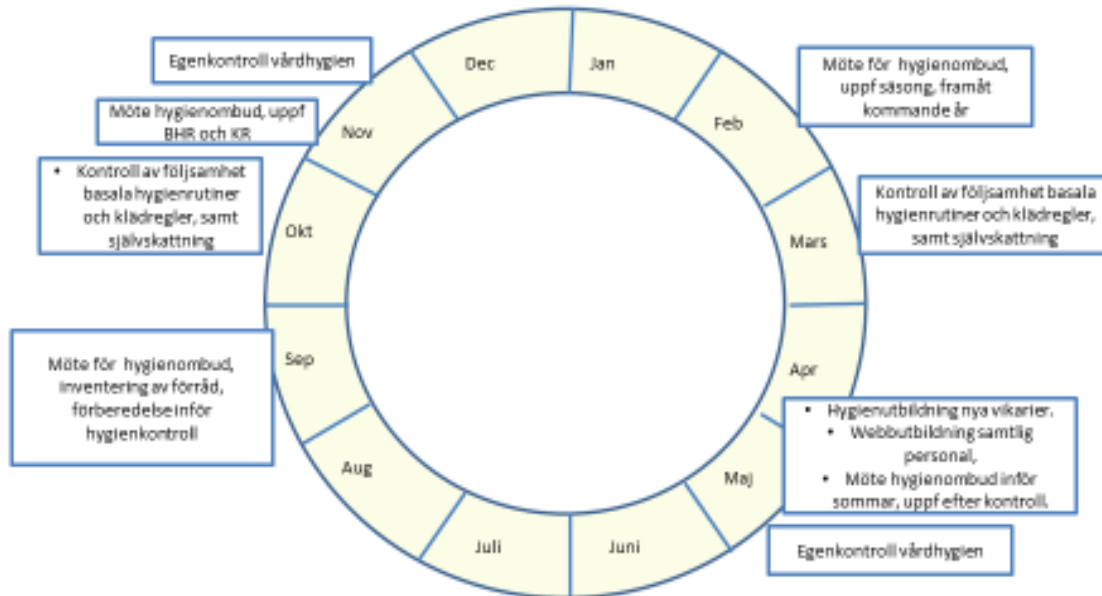
Hälso- och sjukvården har för avsikt att på lokal nivå och på länsnivå börja arbeta utifrån Nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Detta kommer i korthet att innebära:

- Följa årshjul för vårdhygien. Se bilaga 1
- Senior Alert är ett kvalitetsregister i vilket personer som är 65 år eller äldre och som har kontakt med vård eller omsorg, registreras gällande riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Samtliga faktorer är viktiga att följa för att arbetet skall kunna målinriktas. Med hjälp av Senior Alert vill kommuner och regioner utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den. Det möjliggör för verksamheten att arbeta preventivt istället för reaktivt. Senior Alert planerades att återinföras under 2020 vilket har senarelagts med hänvisning till pandemiarbete. Det är ett omfattande arbete att återuppta arbetet med riskbedömningar och uppföljningar då många av de medarbetare, inom alla personalkategorier, som nu finns i verksamheten är nya. Bedömningarna bygger på teamsamverkan, vilken i vissa delar av verksamheterna har varit eftersatt under 2020.
 - Under 2021 är målet att fortsätta jobba med riskbedömningar för patienter inskrivna i hemsjukvård. Detta sker lämpligen med hjälp av Senior Alert.
 - Under 2020 har registreringar i Senior Alert inte skett med kontinuitet. Endast 46 registreringar har skett totalt i Habo kommun under 2020. Under 2019 var siffran 72 registreringar.

- Under 2021 kommer ledning tillsammans med representant för Senior Alert att utbilda och skapa förutsättningar för att organisationen ska kunna arbeta strukturerat med Senior Alert som stöd för att uppnå ökad patientsäkerhet genom strukturerade riskbedömningar av patienter i hemsjukvård.
- För att patienten ska erhålla god och säker vård krävs att berörda professioner samverkar. Detta sker bäst genom möten där patienten diskuteras utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv. Under 2021 kommer ett förbättringsarbete att påbörjas för att teamträffarna ska bli så effektiva som möjligt.
- Arbete med styrmodellens kritiska kvalitetsfaktorer och indikatorer kommer att fortsätta under 2021. Detta mäts på enheten och avvikelser rapporteras till Vård- och omsorgschef.
- Ökad samverkan med regionen i form av att målsättningen att öka andelen patienter som har en SIP som kommit till genom SVPL.

Bilaga 1. Årshjul hygienorganisation

Årshjul hygienorganisation



HABO KOMMUN

habokommun.se