

Patientsäkerhetsberättelse för år 2018

Uppföljning av systematiskt patientsäkerhetsarbete

Socialförvaltningen Gällivare kommun



Beslutad av Socialnämnden, 2019-02-26 § 38

Innehåll

1. Patientsäkerhetsberättelse – Uppföljning av systematiskt patientsäkerhetsarbete	1
1.1 Organisation och ansvar.....	1
1.2 Händelser och utvecklingsarbeten år 2018 gällande systematiskt patientsäkerhetsarbete	2
1.2.1 Samverkan	3
1.3 Övergripande utvecklingsarbete år 2019.....	4
2. Avvikelser HSL	6
2.1 Sammanfattning avvikelser	8
3. Lex Maria	10
3.1 Sammanfattning lex Maria	10
4. Riskanalys	11
4.1 Sammanfattning riskanalys	11
5. Egenkontroll.....	12
5.1 Redovisning av egenkontroll	12
5.2 Kvalitetsregister	15
5.3 Sammanfattning egenkontroll	16
6. Informationssäkerhet	17
6.1 Sammanfattning informationssäkerhet.....	17

1. Patientsäkerhetsberättelse – Uppföljning av systematiskt patientsäkerhetsarbete

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska beskriva kvaliteten inom hälso- och sjukvården samt hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar. Socialnämnden är vårdgivare och har ett hälso- och sjukvårdsansvar som omfattar undersökning, vård och behandling, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i vård och omsorgsboenden, dagliga verksamheter samt korttidsvård inom äldreomsorg samt hemsjukvård. Socialnämndens mål för hälso- och sjukvården är god och säker vård.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för att säkra verksamhetens kvalitet. Genom ledningssystemet ska ledningen säkerställa att samtliga verksamheter följer de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Socialförvaltningen i Gällivare kommun har år 2012, utifrån kraven i SOSFS 2011:9, infört ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ledningssystemet är att ge verktyg för ett systematiskt förbättringsarbete. Förbättringsarbete sker till stor del genom förebyggande arbete där identifiering av risker är en viktig faktor. Ledningssystemet ger med andra ord möjlighet att planera, leda, följa upp, utvärdera och utreda både händelser som inträffat samt händelser som verksamheterna identifierar som möjliga risker som kan komma att inträffa. De delar ur ledningssystemet som gäller patientsäkerhetsarbete är avvikelser hälso- och sjukvårdslagen (HSL), och lex Maria, men även synpunkter och klagomål, avvikelser extern part, riskanalyser och egenkontroll kan komma att beröra området. Synpunkter och klagomål samt avvikelser extern part redovisas i sin helhet i Kvalitetsberättelsen för år 2018, även de delar som berör HSL, och upptas inte här i Patientsäkerhetsberättelsen. Patientsäkerhetsberättelsen grundas på verksamheternas inlämnade redovisningar i form av Sammanställning av kvalitetssäkring till delårsrapport och årsredovisning och statistik hämtat från verksamhetssystemet VIVA samt dokumenthanterings-systemet LEX. Även statistik och information från berörda Kvalitetsregister inhämtas och redovisas. I denna Patientsäkerhetsberättelse görs sammanställningar och analyser för verksamhetsåret 2018.

1.1 Organisation och ansvar

Patientsäkerhetsberättelsen och dess redovisning baseras på lagkrav och föreskrifter i enlighet med nedanstående. Nedan redovisas också socialförvaltnings organisation och ansvar inom olika nivåer.

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)

- Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:67)
- Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612)

Vårdgivaren

Socialnämnden är vårdgivare och ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. För vårdgivarens patientsäkerhetsarbete finns verksamhetschef hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Som en del av socialtjänstens kvalitetsledningssystem finns en ansvarsfördelning mellan verksamhetschef hälso- och sjukvård och MAS.

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Inom socialtjänsten finns en utsedd verksamhetschef för hälso- och sjukvård med ansvar för den löpande verksamheten. Under början av år 2018 var det tf. socialchef Leopold Stoltz och fr.o.m. mars månad 2018 är Annette Viksten Åhl förvaltningschef/socialchef. Verksamhetschefen ansvarar både för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom vård och omsorg och den som bedrivs inom socialtjänsten individ- och familjeomsorg. Verksamhetschefen ska även ansvara för att det för enheten finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att nå kvalitetsmålen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAS ansvarar för att bevaka att kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet tillgodoses inom vård och omsorg och inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Denne befattningshavare ansvarar även för att patienterna får den hälso- och sjukvård som läkare förordat samt för rutiner för läkemedels-hantering är ändamålsenliga och väl fungerande. MAS bör även följa upp de rutiner som används i verksamheten så att de tillgodoser kraven på god patientsäkerhet och vård.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefens ansvarar för att de riktlinjer som verksamhetschef för HSL och MAS har fastställt är kända och följs i verksamheten samt att avvikelser följs upp. Enhetschefen ansvarar också för att ny personal får den introduktion som behövs för att utföra sina hälso- och sjuk-vårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvar

Den legitimerade personalen och även vård- och omsorgspersonal ansvarar för att alla medarbetare är skyldiga 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.

1.2 Händelser och utvecklingsarbeten år 2018 gällande systematiskt patientsäkerhetsarbete

Utifrån uppsatta mål i Patientsäkerhetsberättelsen för år 2017 kan sammanfattas att målområdena delvis uppnåtts.

Målet att öka riskbedömningar med Senior Alert med 10 % har inte uppnåtts utan har dessvärre minskat med 50 %. Analys påvisar en dubbeldokumentation för sjuksköterskor bl.a. utifrån bemanning. Situationen med dubbeldokumentering är inte hållbar och därför har socialnämnden 2018 beslutat att avsluta registrering i Senior Alert från och med 2019-01-01. Dokumentation och redovisningar som görs i Senior Alert kan göras och tas fram eget verksamhetssystem istället. Några av de viktigaste resultaten som uppnåtts under året är en ökad medvetenhet om basala hygienrutiner, ökade fallåtgärder inom några verksamheter samt en positiv förändring inom några verksamheter gällande nattfastetimmor.

Övrigt som behöver lyftas är att det under år 2018 pågått långsiktiga och kortsiktiga arbeten för att säkerställa patientsäkerhet utifrån sjuksköterskebemanning. Ett annat stort arbete som pågått är besluten om dokumentationskrav och uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Ny lag gäller från och med 1 januari 2019. Föreskrifterna innebär bland annat att kommunerna ska komplettera de patientuppgifter de lämnar till Socialstyrelsen i dag med nya uppgifter om vårdåtgärder som vidtagits av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och där kommunen är vårdgivare. Vårdåtgärderna ska vara klassificerade i detalj enligt KVÅ (klassificering vårdåtgärder) och har betytt en omställning av dokumentationsspråk i organisationen.

Året som gått visar att arbete måste fortsätta för att IBIC (Individens behov i centrum) ska bli en självklarhet och att samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal i verksamheterna ska ge ökad patientsäkerhet med stolta, engagerade, kompetenta och ansvarsfulla medarbetare.

1.2.1 Samverkan

Samverkan för att förebygga vårdskador

Med den nya lagen om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård uppstod krav att tillsammans med slutenvården skapa en helhetsbild utifrån brukares behov, skapa delaktighet och medverka för brukaren samt tydliggöra ansvar vid SIP (samordnad individuell plan). Arbetet har krävt en stor arbetsinsats både internt i socialförvaltningen samt i samverkan med Region Norrbotten. Kostnader för utskrivningsklara har ökat per brukare från 5 042 kr/dygn till 7 100 kr/dygn. Det innebär alltså en ökning med 2 058 kr/dygn och brukare för socialförvaltningen. Totalt antal dygn som innebar kostnader under år 2017 var 465 dygn. För år 2018 har socialförvaltningen kostnader för 300 dygn. Analysen av detta är att det interna arbetet inom socialförvaltningen medfört färre dygn för brukare innan de får komma hem igen, men kostnadsmissigt förändras budgeten inte i takt med det goda förbättringsarbetet då kostnaderna ökat per dygn.

Under år 2018 har i samverkan med Region Norrbotten verksamhetssystemet Lifecare införts. Lifecare är systemet via vilket kommunikationen mellan kommun och regionens hälso- och sjukvård ska föras.

Det finns inom samverkansområdet upprättade rutiner för samverkan mellan kommunen och Region Norrbotten och dess företrädare. På dessa samverkansmöten diskuteras ansvarsfrågor utifrån gällande samverkansavtal. Samverkansträffarna sker enligt upprättad överenskommelse och MAS representerar hälso- och sjukvården från kommunen.

Regionens Länservice har årligen möte med kommunal hälso- och sjukvård där representanter för legitimerad personal deltar, socialförvaltningens IT-support samt MAS deltar. Samverkansmötet behandlar frågor runt beställningar och leveranser av hjälpmedel och andra upphandlade produkter.

Under år 2018 har MAS varit inbjuden till möte med Patientnämnden för att utveckla samverkan i patientärenden som kan beröra både kommun och region.

Samverkan med vårdtagare och närstående.

Patienters och närståendes delaktighet är en värdefull och viktig del i utveckling i verksamheter för brukarnas vård och omsorg. Allt arbete ska utgå från brukarens behov, om denne ger samtycke att anhöriga ska vara delaktiga i hälsoplaner, så ska anhöriga bjudas in och informeras om hälsoplaner som skapas för brukaren.

1.3 Övergripande utvecklingsarbete år 2019

Övergripande mål är att ha väl fungerande verksamheter med kompetent personal. Vidare ska socialförvaltningen arbeta med riskbedömningar som ska skapa grund för patientsäkert arbete. Till hjälp för detta kommer Core-set som arbetsverktyg att skapa tydliga hälsoplaner för patienterna där uppföljningar planeras in. I och med detta ska all legitimerad personal kunna börja arbeta mer förebyggande än i dagens upplägg av arbete.

Socialförvaltningen ska arbeta med tydligare riskbedömningar för nya brukare. Antalet riskbedömningar ska ökas med 50 % fr.o.m. 2019-04-01, dvs. samtliga nya brukare ska få riskbedömning skapad utifrån dennes behov. Vidare ska det för samtliga nya brukarna skapas tydliga hälsoplaner inom områdena fall och nutrition där riskbedömning påvisar risker för brukaren. Dessa ska följas upp kontinuerligt inom respektive verksamhet och redovisas MAS. MAS ansvarar för att analysera och lämna resultat, förslag till åtgärder etc. till berörd verksamhet och socialförvaltningens ledning.

Socialförvaltningen ska införa digital läkemedelssignering med mål att sänka läkemedelsavvikelser. Under år 2019 kommer projekt för detta att startas inom avdelning för vård och omsorg, inom boenden Demens och Älvgården plan 6. Målet är att minska läkemedelsavvikelserna på dessa pilotavdelningar med 50 % under projekttiden. Efter projekttidens utgång kommer utvärdering och analys av den digitala läkemedelssigneringen att göras och ny mål för införande och resultat kommer att upprättas.

Under år 2019 kommer rehabaktörerna tillsammans med förflyttningsombud inom avdelning för vård och omsorg att införa användande av segelduk som förflyttningshjälpmedel. Segelduk som förflyttningshjälpmedel kommer att underlätta i brukarens förflyttningsmoment men har också en viktig del i att

underlätta i personalens dagliga fysiska arbetsmiljö. I förlängningen finns en förhoppning att detta kommer att påverka sjuktal utifrån fysisk belastningsproblematik.

2. Avvikelser HSL

Avvikelser är något som händer eller riskerar att hända som avviker från det förväntade eller planerade för den som får vård och omsorg, råd eller stöd i socialtjänsten. En avvikelse innebär inte alltid någon felaktighet utan är en förändring som medför att det uppstår konsekvenser som måste hanteras. Utgångspunkten för avvikelshantering är ett systematiskt kvalitetsarbete utifrån brukarperspektivet. Samtliga medarbetare, i berörda verksamheter, är skyldiga att göra avvikelserapportering samt se till att berörd chef får kännedom om avvikelsen. Utifrån inkomna avvikelser ska utredning och analys göras. Den i sin tur ska identifiera och redogöra för eventuella brister samt beskriva vilka åtgärder som vidtagits. Avvikelser ska dokumenteras i verksamhetssystemet VIVA. Nedan följer statistik per avdelning gällande avvikelser HSL.

Socialförvaltningens samtliga verksamheter

Kategori	Antal 2018
Läkemedelshändelse	740
Medicintekniskt hjälpmedel	23
Fall utan skada	799
Fall med skada	247
Rehabilitering/omvårdnadshändelse	3
Bemötande	0
Samverkan	16
Sekretess	0
Annan hälso- och sjukvårdsavvikelse	47
	1875

Avdelning för funktionshinder

Kategori	Antal 2018
Läkemedelshändelse	38
Medicintekniskt hjälpmedel	1
Fall utan skada	11
Fall med skada	10
Rehabilitering/omvårdnadshändelse	
Bemötande	
Samverkan	
Sekretess	
Annan hälso- och sjukvårdsavvikelse	2
	60

Avdelning för hemvård

Hemtjänsten

Kategori	Antal 2018
Läkemedelshändelse	201
Medicintekniskt hjälpmedel	6
Fall utan skada	339
Fall med skada	94
Rehabilitering/omvårdnadshändelse	
Bemötande	
Samverkan	8
Sekretess	
Annan hälso- och sjukvårdsavvikelse	11
	659

Avdelning för hemvård

Rehab- och sjukvård, korttidsvistelse

Kategori	Antal 2018
Läkemedelshändelse	37
Medicintekniskt hjälpmedel	1
Fall utan skada	25
Fall med skada	12
Rehabilitering/omvårdnadshändelse	
Bemötande	
Samverkan	2
Sekretess	
Annan hälso- och sjukvårdsavvikelse	6
	83

Avdelning för vård och omsorg

Kategori	Antal 2018
Läkemedelshändelse	464
Medicintekniskt hjälpmedel	15
Fall utan skada	424
Fall med skada	131
Rehabilitering/omvårdnadshändelse	3
Bemötande	
Samverkan	6
Sekretess	
Annan hälso- och sjukvårdsavvikelse	28
	1071

2.1 Sammanfattning avvikelser

För år 2018 är den sammantagna analysen gällande HSL-avvikelser att fortsatt arbete med läkemedelshändelser måste ske. Information, utbildning och handledning vid delegering av läkemedel måste fortsatt ske och även öka. Uppföljningen och egenkontrollen av delegeringar, avvikelser m.m. måste ske i samverkan mellan HSL-området och verksamheterna. Nedan följer specificerad analys utifrån valda områden för riktat arbete under år 2018.

Läkemedel

Avvikelser HSL gällande läkemedel har granskats under år 2018 utifrån satta målsättningar inom avdelning för hemvård hemtjänst. Hemtjänstens läkemedelsavvikelser var målsatta att minska med 20 %. Resultatet för avvikelser för år 2017 var 352 st. vilket innebär att målet med minskade läkemedelsavvikelser är uppnått.

Fall

Risicanalyser för frekventa fall hos brukare, som ska ske tvärprofessionellt i verksamheterna, har inte fungerat till fullo enligt den analys som görs utifrån avvikelserna. När det berör flera lagutrymmen gäller det att alla gör sin del, vilket inte sköts fullt ut. Avstämning för de åtgärder som är vidtagna har inte heller skett systematiskt, därmed har resultaten bristfälligt dokumenteras utifrån riskerna. En lärdom i verksamheterna för detta är att samverkan är a och o för att uppföljning ska ske utifrån de behov som finns. Verksamheterna behöver en plan för hur riskbedömningar och uppföljningar ska ske när det uppstår sjukdom/personalbrist uppstår i samtliga yrkesgrupper. En ytterligare förklaring till avsaknaden av riskbedömningar och uppföljningar är att det varit brist i personalbemanning inom sjuksköterskeyrket.

Antalet fallavvikelser fortsätter vara hög från år till år. Övergripande måste fokus sättas på riskbedömningar m.m. som nämnts ovan men i denna Patientsäkerhetsberättelse har fokus i analys också gjorts på fallavvikelserna inom vård och omsorg. Nedan följer en konkretisering av minskning och ökning av antal fall samt analys av händelser inom enheterna:

Inom vård och omsorgsboenden kan nämnas att Enen fallavvikelser minskat med 33 %, både då tre brukare med hög fallrisk avlidit under året men också för att ett mer strukturerat arbetssätt i samverkan kring fallrisker skett. På Forsgläntan har fallen ökat med 54 %. Analysen visar att det beror på behov av utbildning av sensorgovlet som användande av larm. Stor omsättning av ordinarie och vikarierande omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor kan ha bidragit till att kontinuitet inte skett samt att det strukturerade arbetet med fall blivit eftersatt. En handlingsplan för förbättringar ska tas fram i samverkan mellan yrkesgrupperna inom Forsgläntan. På Älvgården plan 6 har fallavvikelserna ökat med ca 50 %. Där finns ett flertalet brukare med stor falltendens pga. tilltagande demens hos tidigare "gångare", dessa står för det stora flertalet av fallavvikelserna. Åtgärder är gjorda i samverkan inom verksamheten men analysen är att tillsyner för brukare med hög fallrisk kan bli bättre. Dagtid aktiveras brukarna med fallrisk gemensamt med personal men fall sker oftare under kvälls-, natt- och helgtid vilket inneburit att förstärkning av personalstyrka

gjorts. På Älvgården plan 7 har fallavvikelserna minskat med 55 %. En kort analys av detta är att de brukare med hög fallrisk avlidit under året.

3. Lex Maria

Lex Maria är en benämning på bestämmelser i patientsäkerhetslagen och avser skyldigheten att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en vårdtagare drabbats av eller riskerat att drabbas av en allvarlig vårdskada. Syftet är att komma till rätta med brister i verksamheterna och förhindra att liknande händelser upprepas. Utgångspunkten för lex Maria är ett kvalitetsarbete utifrån brukarperspektivet som ger socialförvaltningen en möjlighet att utveckla verksamheterna. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren, socialnämnden. Rapportering sker utifrån avvikelserapportering HSL och alla allvarliga HSL-avvikelser rapporteras omgående till MAS för bedömning utifrån lex Maria. Utredning och analys av händelse görs av berörd chef och utifrån detta, samt övrigt material som bedöms behövas, görs en övergripande utredning av MAS som på delegation av socialnämnden fattar beslut i ärende. Ärenden som utreds lex Maria ska anmälas till IVO.

3.1 Sammanfattning lex Maria

Under perioden 2018 har inga ärenden lex Maria utretts och/eller anmälts till IVO.

4. Riskanalys

Riskanalyser är ett sätt att arbeta förebyggande genom att identifiera händelser/företeelser som kan utgöra en risk i verksamheterna. I riskanalysarbetet värderas riskernas sannolikhet och vilka konsekvenser som de kan innebära och utifrån detta beslutas det sedan om vilka åtgärder som eventuellt ska vidtas för att begränsa de identifierade riskerna. Riskanalyser genomförs t.ex. för att begränsa risker vid omorganisationer, vid införande av ny teknisk utrustning, inför semesterperioder, utifrån riskområden som identifierats vid avvikelser, lex Maria med mera.

4.1 Sammanfattning riskanalys

För hemsjukvården har riskanalyser och aktivitetsplaner gjorts vid ett antal tillfällen t.ex. utifrån bristen på ordinarie sjuksköterskor, vidareutbildade sjuksköterskor samt även brist på bemanningssjuksköterskor inför sommaren 2018. För OAS inom vård- och omsorgsboende har också riskanalys och handlingsplan skapats utifrån flertalet uppsägningar under våren. Verksamheterna äger riskanalyserna och har att arbeta med resultaten och planera åtgärder utifrån detta.

5. Egenkontroll

Egenkontroll innebär att granska samt utvärdera om verksamheterna bedrivs enligt lagkrav, kvalitetskrav och andra uppsatta mål. Egenkontroll är en form av intern granskning som ger socialförvaltningen en möjlighet att förbättra kvaliteten och utveckla verksamheterna. Verksamheterna ska förutom följa upp lagkrav etc. granska och analysera inkomna resultat, fastställa egna målsättningar och planera för eventuella åtgärder. Arbetet med egenkontroll ska ske kontinuerligt och i denna ingår att följa upp de övergripande lagkraven, att göra uppföljning av måluppfyllelse utifrån socialnämndens beslut, följa upp de årliga handlingsplanerna, göra uppföljning och analys enligt rutiner i ledningssystemet, göra jämförelser av verksamhetens resultat utifrån uppgifter i kvalitetsregister, riskanalyser med mera. Som en del av egenkontrollen måste verksamheterna också utföra andra aktiviteter, exempelvis hantera tillsyner, granskningar, förelägganden från IVO, revisorerna med flera.

5.1 Redovisning av egenkontroll

Redovisning av verksamheternas egenkontroll utifrån övergripande beslut görs i Kvalitetsberättelsen för 2018 och i Patientsäkerhetsberättelsen för år 2018 redovisas sammanställning av uppställda mål och uppföljning av övergripande art för HSL.

Under år 2018 har följande egenkontroller gjorts övergripande av MAS:

Egenkontroll	Omfattning	Mätinstrument
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Register infektioner
Basala hygienrutiner och klädregler	1 ggr per år	Självskattningar
Hygienronder	1 ggr per år	Protokoll
Nattfastemätning	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser	2 gånger per år	Verksamhetssystem
Trycksår	2 gånger per år	Senior Alert
Journalgranskning	1 granskning/månad	Verksamhetssystem

Hygienkrav

Mål: Alla verksamheter följer lagkrav och upprättade hygienrutiner.

Strategi: Att genom hygienronder och hygienutbildning samt arbete med hygienombud nå ut till samtliga verksamheter.

Åtgärd: Utföra och följa upp hygienronder. Kontinuerliga träffar med hygienombud, verksamhetsansvariga samt erbjuda utbildningstillfällen.

Resultat: Resultat av hygienrond och självskattning utgör grund för handlingsplaner inom respektive verksamhet för att nå målsättning.

Analys: Utifrån hygienronder om totalt 82 timmar samt möten med verksamheter om 42 timmar och sammanställning av hygienombudens självskattningar har ett förbättrat resultat konstaterats. Planer och

Sammanfattning har genomförts om totalt 100 timmar och arbetet påvisar att en god grund är lagd inom hygienområdet. I analysen för år 2018 kvarstår dock att det påbörjade arbetet måste fortgå för att verksamheterna ska arbeta likvärdigt i enlighet med uppställda krav och mål.

Läkemedelsavvikelser

Mål: Minska läkemedelsavvikelser inom hemtjänsten med 20 %.

Strategi: Att genom utbildning och handledning arbeta med information om läkemedel samt upprättande av HSL-avvikelser undvika felaktig hantering och dokumentation.

Åtgärd: Informationstillfällen och handledningar har skett inom berörd verksamhet.

Resultat: Antalet HSL-avvikelser gällande läkemedel har minskat med 40 %.

Analys: Målet om att nå en minskning med 20 % har nåtts och verksamheterna har gjort ett bra arbete med åtgärder och hantering av avvikelser. Information och handledning har visat resultat över förväntan och har varit en framgångsfaktor som bör fortsatt användas.

Läkemedelshantering

Mål: Öka patientsäkerhet med säker läkemedelshantering och spårbarhet.

Strategi: Ingen strategi har tagits fram inom detta målområde.

Åtgärd: Ingen åtgärd utförd inom detta målområde.

Resultat: Inget resultat kan presenteras för detta målområde.

Analys: Helhetstag behövs i detta målområde. Diskussioner och övergripande mål finns för införande av nytt system för att kunna åtgärda brister.

Läkemedelsgenomgångar

Mål: Öka antalet läkemedelsgenomgångar med 10 %.

Strategi: Genom planering för kontinuerliga läkemedelsgenomgångar säkra upp att verksamheten hanterar läkemedelsgenomgångarna enligt krav.

Åtgärd: Information till OAS och ansvariga läkare om vikten att utföra läkemedelsgenomgångar i samverkan utifrån krav och brukarnas behov.

Resultat: Inom avdelning för vård och omsorg har en ökning med 9 % skett på läkemedelsgenomgångar. Inom avdelning för hemsjukvård har målet ej nåtts.

År	Antal totalt	Antal i hemsjukvården
----	--------------	-----------------------

2018	293 st.	9 st.
2017	271 st.	30 st.
2016	296 st.	3 st.

Analys: Information vid arbetsplatsträffar och handledningar med OAS samt information vid samverkansforum med Region Norrbotten har gett grund till en förbättring av läkemedelsgenomgångar. Utifrån årets resultat och analys av insatser kommer årsplanering göras i respektive verksamhet för att säkerställa att läkemedelsgenomgångarna utförs kontinuerligt.

Nattfasta

Mål: Att minska antalet timmar vid nattfasta med 10 %.

Strategi: Utbildningstillfällen för verksamheternas kostombud nutrition och nattfasta sätts i fokus.

Åtgärd: Mellan utbildningstillfällen ska kostombud tillsammans med enhetschefer inom verksamheter planera för åtgärder för att minska nattfastans antal timmar.

Resultat: Mål om minskning av nattfasta har uppnåtts inom två vård- och omsorgsboenden. Alla enheter har inte utfört mätning av nattfasta inom beslutad tidsram varpå resultat inte kan redovisas. Några enheter har inget jämförelsetal att visa från föregående år då mätning ej utförts det året.

Enhet	Resultat %	2018	2017
Demens	-	9,37	-
Enen grb	Ökat 5 %	12,66	11,82
Enen s-hus	-	-	-
Forsgläntan	Minskat 14 %	10,62	12,37
Hedgården	-	9,33	-
Korttidsboende	Minskat 10%	11,94	13,16
Älvgården	-	10,5	-

Analys: Utifrån inlämnade resultat visar analys både på minskningar och ökningar av nattfasta inom verksamheterna. Information om nattfasta och vikten av utförande av mätningar måste fortgå för att uppnå uppsatt mål.

Introduktion

Mål: Framtagande av process för introduktion av utbildad nyanställd personal.

Strategi: Ingen strategi har tagits fram inom detta målområde.

Åtgärd: Ingen åtgärd utförd inom detta målområde.

Resultat: Inget resultat kan presenteras för detta målområde.

Analys: En förvaltnings övergripande strategi måste fram då introduktion berör fler områden än HSL. Detta arbete har inte prioriterats inom socialförvaltningens ledning.

Kompetensförsörjning

Mål: Att skapa hållbar kompetensförsörjning inom socialförvaltningen.

Strategi: Genom samverkan med personalenheten arbeta fram handlingsplan för socialförvaltningens kompetensförsörjning.

Åtgärd: Handlingsplan för kompetensförsörjning ska utgå från fokus på verksamheternas nuvarande och kommande behov. Handlingsplanen ska innehålla konkreta åtgärder och ansvarsfördelning för kompetensförsörjning med både kort (1 år) och långt perspektiv (3-5 år).

Resultat: Arbetet är påbörjat men inget resultat kan presenteras för detta målområde.

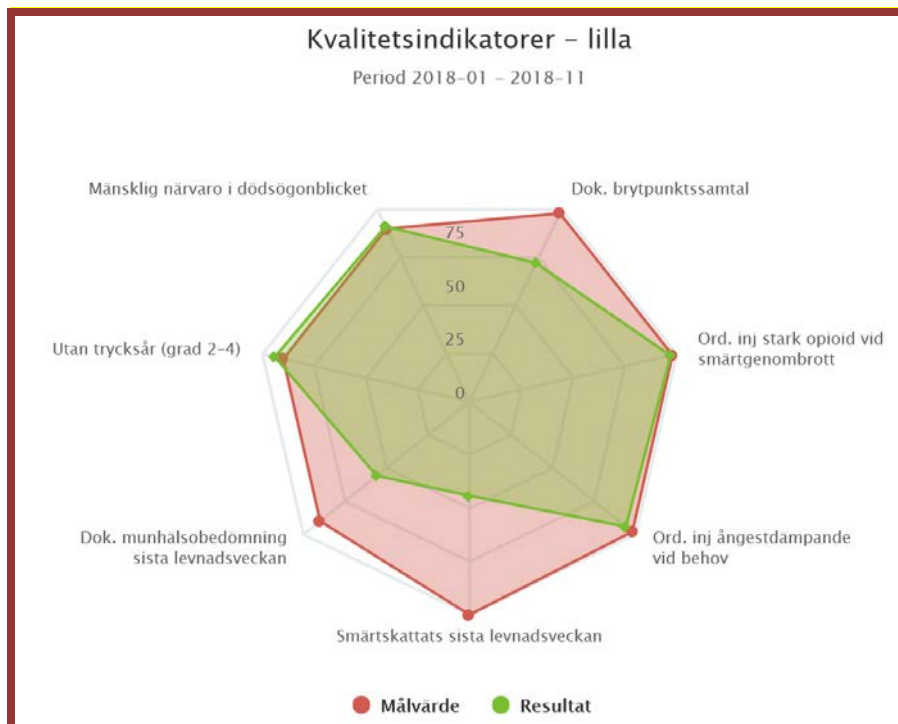
Analys: Det påbörjade arbetet måste fortgå och prioriteras i förvaltningens ledning utifrån att kompetensförsörjning inom socialförvaltningen berör mer än HSL-området.

5.2 Kvalitetsregister

Palliativa registret 2018-01-01-2018-11-30

Resultat Kvalitetsindikatorer	Resultat %	Målvärde %
Dokumenterat brytpunktssamtal	72,1	98
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	97,1	98
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	94,1	95
Smärtskattad sista levnadsveckan	44,1	100
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	55,9	90
Utan trycksår (grad 2-4)	94,1	90
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	91,2	90

(antal dödsfall i urvalet 2018-01-01—2018-11-30 är 68.)



Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD

BPSD-registret har som syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. BPSD-mätningar och registreringar görs i verksamheterna efter behov av BPSD-ombud, sjuksköterskor och demenssjuksköterska. Under år 2018 har 66 st. registreringar i BPSD-registret gjorts ute i verksamheterna. Under året utbildades 19 nya BPSD-ombud av demenssjuksköterskan. Demenssjuksköterskan har även utbildat i demensskörkort för 14 personal.

5.3 Sammanfattning egenkontroll

Egenkontroll handlar om att följa och följa upp den egna verksamheten, att se resultaten och arbeta med utvecklingsområden. Utifrån analys för år 2018 görs bedömningen att fortsatt arbete ska göras inom några av de tidigare utvalda målområdena. Inom hygien har ett årshjul upprättats för år 2019, årshjulet syftar till att systematiskt arbeta med vårdhygieniska krav genom utbildningar, hygienronder, hygienkattningar och handlingsplaner till respektive område. Vad gäller läkemedelsavvikelser och läkemedelsgenomgångar finns en plan inom respektive område för åtgärder. Det kommer också att göras en övergripande satsning för att minska antal timmar som generellt råder för nattfasta. Under egenkontrollen uppkommer även behov av att följa upp munhalsbedömningar som utförs idag av Region Norrbotten Folk tandvården. Till kommande Patientsäkerhetsberättelse för år 2019 kommer munhalsbedömningarna att tydliggöras i uppföljning.

6. Informationssäkerhet

Dokumentation inom hälso- och sjukvården syftar till att ge patienten en god och säker vård och vara underlag för informationsöverföring och säkra vårdkvalitet. Vårdgivaren ska kunna utöva tillsyn och föra statistik om hälso- och sjukvård inom sin verksamhet. Enligt patientdatalagen föreskrivs skyldighet att föra journal vid vård och behandling inom hälso- och sjukvård. Patientdatalagen möjliggör också för vårdgivare att ta del av annan vårdgivares dokumentation i sammanhållen datajournal, skydda patientens integritet och gör patienten mer delaktig i beslut som rör patienten själv. Socialförvaltning berörs också av frågor som IT-struktur, IT-säkerhet, GDPR/PuL utifrån fråga om informationssäkerhet.

6.1 Sammanfattning informationssäkerhet

Under år 2018 har journalgranskning skett på övergripande nivå för att systematiskt se över dokumentationskvaliteten i verksamheterna. Resultat av granskning som påvisar brister och olikheter i dokumentation leder till åtgärder hos verksamheterna och den legitimerade personalen.

Vid upprättande av Patientsäkerhetsberättelse för år 2018 uppmärksammas brister hos socialförvaltningen gällande loggkontroller. Det finns i dagsläget inga upprättade rutiner eller dylikt för loggkontroller och övrig IT-säkerhet som visar att ingen otillbörlig läsning av journaluppgifter har skett under året. Utifrån detta rekommenderas socialförvaltningens ledning att prioritera IT-säkerheten utifrån ett övergripande perspektiv då ansvarsfrågan ligger utanför HSL-området.