



Eskilstuna
kommun

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

VÅRD- OCH
OMSORGSFÖRVALTNINGEN

ÄRENDE:
VON 2018:1

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-02-13 Cajsa Åkerholm

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Risikanalyser	11
Informationssäkerhet	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Samverkan med patienter och närstående	13
Sammanställning och analys	14
Resultat	14
Övergripande mål och strategier för kommande år	17

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Att rapportera risker, tillbud och negativa händelser utgör grundpelaren i patientsäkerhetsarbetet. Genom inrapporteringssystemet för avvikelser har alla medarbetare inom förvaltningen möjlighet att bidra till ett kontinuerligt förbättringsarbete inom verksamheten. Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen har rutin för att hantera både interna som externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå. Externa avvikelser kan vid behov lyftas upp i olika samverkansforum med annan huvudman. Båda avvikelseformerna har ett syfte att bidra till ett lärande och utveckling av kvalitén och patientsäkerheten.

Under året har ett arbete påbörjats för att säkerställa hur ett klagomålsärende och synpunkter på verksamheten ska hanteras. Uppdraget innebär att förtydliga hela processen allt från mottagande, ansvarsfördelning, registrering, hantering, avslut, återkoppling och uppföljning.

Arbetet med att riskbedöma för fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa och att registrera resultatet och åtgärderna i det nationella kvalitetsregistret pågår i det dagliga arbetet och har utvecklats under året med att även inrymma risk för blåsdysfunktion. De olika områdena är starkt kopplade till varandra och möjliggör en utveckling av arbetet med kvalitet och säkerhet i våra verksamheter.

Inom demensområdet har en pilotstudie med miljöronde genomförts då man sett att den utlösande faktorn för BPSD symtom oftast finns i den demenssjukes omgivning. Studien visade på resultat som kan användas till miljöförbättringar för de boende.

Inom hemsjukvården har man börjat använda kvalitetsregistret RiksSår med syfte att kvalitetssäkra hanteringen och förebyggande av sår.

Under året har ett arbete pågått med att anpassa den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård till länets kommuner och landsting. Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan och att ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

Egenkontroller har genomförts inom områdena hygien, nutrition och dokumentation. Som exempel kan nämnas att följsamheten till hygienriktlinjer och klädregler visar på ett förbättrat resultat från föregående år men kvarstår som ett område att fortsätta förbättra under 2018.

En genomgång har gjorts utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40), för att utreda behovet av att utveckla våra rutiner för att leva upp till kraven på informationssäkerhet i den nya föreskriften. En handlingsplan med åtgärdslista är skapad och arbetet kommer att fortgå under 2018.

Övergripande mål och strategier

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare årligen skriva en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under förgående kalenderår. I berättelsen ska det framgå vad verksamheten har vidtagit för åtgärder för att minimera risker och negativa händelser. Det ska även framgå vilka resultat som uppnåtts.

Enligt 3 kap 1§ i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen i hälso- och sjukvårdslag (2017:30) upprätthålls.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården.

För varje år beskrivs ett antal mål inom de olika verksamhetsgrenarna på olika detaljerad nivå. Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten samt att ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Nämndens ansvar

Vård- och omsorgsnämnden utgör vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden i Eskilstuna kommun har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Ansvaret avser;

- vård och omsorgsboenden för äldre
- hemsjukvård för personer över 18 år, i ordinärt boende inom primärvårdens uppdrag
- korttidsvistelse enligt SoL (Socialtjänstlagen)
- dagverksamhet för äldre
- bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt SoL/LSS
- bostäder med särskild service enligt LSS
- daglig verksamhet och sysselsättning

Verksamhetschef

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef som ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Förvaltningschefen på vård- och omsorgsförvaltningen har delegation från vård- och

omsorgsnämnden som verksamhetschef. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefen ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Den medicinskt ansvarig sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS utövar sitt ansvar genom att bevaka att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls. I uppdraget ingår att planera och styra hälso- och sjukvårdsuppdraget genom uppdragsbeskrivningen Hälso- och sjukvård samt att följa upp, kontrollera, dokumentera och redovisa uppdraget till nämnd.

Vårdgivaren utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. MAS har delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Områdeschef och biträdande områdeschef

Vård- och omsorgsförvaltningen har fem områdeschefer och fyra biträdande områdeschefer inom utförarverksamheten som har ett helhetsansvar för sitt specifika verksamhetsområde (1.hemtjänst ordinärt boende, 2. äldreomsorg på vård- och omsorgsboenden, 3.hälso- och sjukvård, 4.LSS, autism, personlig assistans inom område funktionshinder samt 5.socialpsykiatri, arbete och aktivitet inom område funktionshinder).

I ansvaret ingår

- att genomföra riskanalyser inför större förändringar i verksamheten så som organisatoriska förändringar, byte av/förändrade behandlingsmetoder, medicinteknisk utrustning m.m.
- att ansvara för att mål formuleras för verksamheten och att dessa nås, samt svara för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- att det finns den personal och utrustning som krävs
- att personalen inom verksamheten har kännedom om gällande författningar, riktlinjer, rutiner och att dessa följs
- att medarbetarna får adekvat introduktion och fortsatt kompetensutveckling

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdsuppdraget är kända på enheterna samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.

Medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga

verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Personal som utför delegerade uppdrag efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Det systematiska kvalitetsarbetet bygger kommunövergripande på att planera, utföra, förändra och förbättra. (PUFF).

I verksamheterna förekommer flera olika metoder för uppföljning, bl.a. Nationella kvalitetsregister, uppföljningar genom egenkontroll, verksamhetsuppföljning och avvikelshantering

Då en avvikelse eller risk identifierats är det av stor vikt att ta reda på och förklara de bakomliggande orsakerna till varför händelsen inträffade eller varför risken finns. Varje verksamhetsområde ansvarar för att händelser som inträffat rapporteras, utreds, återkopplas, följs upp och att sprida de erfarenheter man fått.

Avvikelser och händelser som berör annan huvudman registreras på förvaltningen och redovisas årligen tillsammans med förvaltningens interna avvikelser till ansvarig nämnd. Vid den årliga redovisningen deltar också den privata utföraren med statistik.

Samtliga verksamhetsgrenar arbetar med att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet genom att arbeta utifrån, och med stöd av aktuellt kvalitetsledningssystem. För större mål och strategier används verksamhetssystemet hypergene för mål och verksamhetsuppföljning.

Inom hälso- och sjukvårdsverksamheten ansvarar utvecklingsledare och områdeschef för genomförande av egenkontroller gällande dokumentation, hygien och tillgänglighet.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Riskbedömningar

Att arbeta för att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt för att säkerställa god och säker vård och omsorg för alla äldre personer. De olika områdena är starkt kopplade till varandra. Det nationella kvalitetsregistret Senior alert utgör stöd i vårt systematiska förbättringsarbete kring fall, nutrition, trycksår och munhälsa och möjliggör en utveckling av arbetet med kvalitet och säkerhet i våra verksamheter. Instrument för riskbedömning och åtgärderna är evidensbaserade vilket är till hjälp för att erbjuda alla patienter vård enligt bästa tillgängliga kunskap. Det överriparande målet är att förebygga skada och främja hälsa hos den enskilde individen.

Alla individer som bedöms ha risk för fall, undernäring, trycksår eller dålig

munhälsa ska ha dokumenterade åtgärder och följas upp regelbundet. Arbetet med riskbedömningar görs i multiprofessionell teamsamverkan där alla medarbetare deltar med sin del med allt från faktainsamling inför riskbedömning, registrering, åtgärder och uppföljning. Riskbedömning erbjuds alla över 65 år som flyttar in på vård- och omsorgsboende, korttidsvistelse för äldre samt boende i eget ordinärt boende som har hemsjukvårdsinsatser mer än 4 veckor.

Under året 2017 har vård- och omsorgsboende inkluderat även blåsfunktionsdelen i riskbedömningarna.

Demens – Beteendemässiga och Psykiska symtom vid demens BPSD

Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalitet och för att nå framgång i behandlingen krävs förutom ett gott bemötande och en god omsorg även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper i demenssjukdomar.

BPSD-registret är ett stöd i denna process. Kommunens två demenssjuksköterskor är certifierade utbildare för BPSD-registret och ansvarar bl.a. för nätverksträffar för de medarbetare som är aktiva i systemet.

Den utlösande faktorn för BPSD symtom finns oftast i den demenssjukes omgivning, för att skapa så bra miljö och förutsättningar som möjligt för den demenssjuke har en pilotstudie med miljöronder på två olika demensboenden genomförts av demenssjuksköterskorna. Detta har uppfattats som mycket positivt och man har kunnat använda resultatet till förbättringar för de boende.

Läkemedel

Läkemedelshanteringen inom kommunens hälso- och sjukvård regleras av en länsövergripande riktlinje mellan länets kommuner och landstinget. Varje enhet inom kommunen där läkemedel hanteras har dessutom en lokal instruktion för ansvarsfördelning samt för hur läkemedel ska hanteras lokalt. Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker årligen genom avtal med extern kvalitetsgranskare. Granskande enhet får en rapport med förbättringsförslag från granskande farmaceut. Uppföljning av rekommenderade åtgärder sker vid nästkommande granskning samt av MAS vid verksamhetsuppföljningar.

Förvaltningen har också avtal med en leverantör om att årligen fortbilda sjuksköterskor/distriktssköterskor inom läkemedelsområdet.

Dessutom sker utbildning till sjuksköterskor/ distriktssköterskor i Läkemedelskommitténs regi.

Läkemedelsgenomgångar

För samtliga personer över 75 år ska en enkel läkemedelsgenomgång erbjudas där den enskilde har fler än fem läkemedel eller där läkemedelsrelaterade problem misstänks oavsett ålder och antalet läkemedel. Därutöver ska fördjupade läkemedelsgenomgångar genomföras då en patient har fortsatta läkemedelsrelaterade problem. Läkemedelskommittén i Sörmland har utarbetat riktlinjer för läkemedelsgenomgångar och för ansvarsfördelning vid samarbete med läkemedelsgenomgångar som uppdateras årligen.

Hygien och infektioner

Genom ett avtal, gemensamt med länets övriga kommuner och Landstingets vårdhygieniska enhet inom medicindivisionen, regleras det vårdhygieniska arbetet. Avtalet innefattar bland annat utredningar, hygienronder, handledning, utbildning samt stöd i det vårdhygieniska arbetet. Det årliga målet för det vårdhygieniska arbetet beslutas av länets MAS-ar i samverkan med Vårdhygien vid s.k. hygienråd.

Personer boende på vård och omsorgsboenden för äldre och på korttidsenheter som sätts in på antibiotikabehandling, insjuknar i influensa eller virusorsakad magsjuka samt personer som är kateterbärare registreras med en åtgärdskod i verksamhetssystemet. En årlig sammanställning redovisas till nämnd. Registreringarna planeras att fortsätta, men att det finns ett behov av att utveckla statistikuttaget.

RiksSår

Arbetet med att registrera i kvalitetsregistret RiksSår har påbörjats under 2017 av sjuksköterskorna i hemsjukvården. RiksSår är ett värdefullt verktyg för struktur och ökad kunskap genom checklistor, webbutbildningar och samlade rapporter över verksamhetens resultat och förbättringsområden. Arbetet med implementeringen av detta kommer att fortsätta under 2018.

NPÖ – Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med den enskildes samtycke ta del av journalinformation som registrerats av olika vårdgivare som t. ex mellan landsting, kommun och privata vårdgivare. Sjuksköterskorna har påbörjat användandet av uppgifter från NPÖ, arbete med att minska de inloggningsrelaterade störningar som finns pågående.

Trygg och effektiv hemgång

2016 infördes en tjänst som planeringssjuksköterska med placering på sjukhuset. Uppdragets syfte är att vara en länk mellan kommun och landsting samt att sprida kunskap om den kommunala sjukvårdens förutsättningar och behov, att delta i vårdplaneringar och återrapportera till kommunens sjuksköterskor samt säkra upp att nödvändiga ordinationer mm är färdiga vid utskrivning från slutenvården. Under 2017 har ytterligare en planeringssjuksköterska anställts då man sett ett ökat behov.

Under 2017 har arbetet pågått med att skapa nya, och förbättra befintliga, rutiner för att förbättra hemgångsprocessen och göra den tryggare för patienten genom att rusta verksamheterna inför den nya betalningsansvarslagen.

Riktlinje församverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland är framtagen och arbetet med att arbeta utifrån riktlinjen har påbörjats. God samverkan i detta mellan alla berörda sker i Närvårdsstrukturens arbetsgrupper

SAMBO - (samverkan och planering kring brukare vid återgång till ordinärt boende)

Arbetssterapeut och fysioterapeut arbetar tillsammans i par och deltar på

sjukhusets vårdplaneringar för att vara ett stöd gällande hjälpmedel, bostadsanpassning, träning samt handledning av personal. Funktionerna finns som ett erbjudande för att kunna möta upp hemma när patienten kommer hem. Två arbetspar är aktiva i verksamheten.

IHR - Intensiv hemrehabilitering

Bedrevs under 2016 som ett projekt men har under 2017 blivit en del av den ordinarie verksamheten. Målet med verksamheten är att minska och skjuta upp beroendet av hemtjänstinsatser från samhället och förbättra patienternas hälsa så de klarar att självständigt bo hemma med ett gott välbefinnande och god livskvalité.

Vård i livets slutskede

Ett stöd i arbetet för att utveckla god vård och omsorg är kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret. När en person avlider fylls en digital dödsfallsenkät i av ansvarig sjuksköterska och registreras i registret. Alla patienter som avlider inom kommunens hälso- och sjukvård ska registreras. Genom att registrera i kvalitetsregistret kan respektive enhet följa den egna enhetens kvalitet av vård i livets slutskede och kunna identifiera viktiga områden för kontinuerligt förbättringsområde.

2016 genomfördes en utvärdering av Socialstyrelsen om hur den palliativa vården i livets slut bedrivs. Palliativa rådet i Sörmland har identifierat 4 områden som lagts som förslag till både kommunerna och Landstinget om att fokusera på den närmaste tiden. Områdena avser; ökad täckningsgrad i palliativa registret, utbildning/fortbildning, handledning och stödfunktioner t ex, palliativa ombud. Dessutom beslutade Socialstyrelsen i slutet av 2017 om nationella målnivåer för den palliativa vården i livets slut. Områdena avser; munhälsobedömning, smärtskattning sista levnadsveckan, vid behovsordination av opioid mot smärta, vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel, utan förekomst av trycksår och brytpunktsamtal.

Utbildning i förflyttningsteknik

All vårdpersonal utbildas i förflyttningsteknik.

Mobilt arbetssätt

Införande av mobilt arbetssätt pågår inom ordinärt boende.

Utvecklingsarbete ”Förändra radikalt”

Socialpsykiatrin har tillsammans med Vårdcentralen i Skiftinge startat upp ett projekt för att förbättra den somatiska hälsan för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Projektet ingår som en del i FoUis (Forskning och utveckling i Sörmland) tjänstedesignmodell ”Förändra radikalt”, med användaren i fokus. De har utgått från hur läget ser ut i Eskilstuna och genom intervjuer med brukarna så har det identifierats problemområden vid kontakt med vårdcentralen, för målgruppen.

Webb utbildning "Arbeta säkert med läkemedel"

Under 2017 har webb utbildningen "*Arbeta säkert med läkemedel*" införts som stöd vid läkemedelsdelegering. Arbetssättet innebär att den som ska få delegering först genomgår webb utbildningen. Därefter läser man in sig på lagstiftningen och annat material t ex riktlinjer och rutiner. Slutligen genomgår man webbplatsens kunskapskontroll för att slutligen använda resultatet av testet som ett diskussionsunderlag vid avstämning inför delegeringsbeslut.

Webb utbildning "Anhörigstöd"

För att uppmärksamma och lyfta anhörigas behov av stöd och samverkan har förvaltningens enheter gått webbutbildning i anhörigstöd. Arbetet med att involvera och förbättra stöd och samarbete med anhöriga fortsätter under 2018 som ett åtagande i verksamhetsplanen.

Kvalitetssäkring vid förskrivning av elrullstol

Vid ansökan om elrullstol har uppmärksammats återkommande klagomål och ifrågasättanden på hantering och beslut. Utifrån detta har en grupp bildats som hanterar alla dessa bedömningar för att få samsyn och öka tydligheten i underlaget till fattat beslut.

ADL bedömning på Korttidsenhet

Under 2017 har det införts erbjudande om ADL bedömning för alla som vistas på korttids

Uppföljning genom egenkontroll

Hälso- och sjukvårdsorganisationen har genomfört egenkontroll av

Följsamhet till hygienriktlinjer och klädregler genom självskattning på blankett som landstinget Sörmland tillhandahåller.

Resultaten för att utföra samtliga moment korrekt var för sjuksköterskorna 84-100 % 2017 att jämföra med 50-80% under 2016. För paramedicinska personalen var samma resultat 44-64% 2017 att jämföra med 17-22 % under 2016. Insatser för att förbättra följsamheten till hygienriktlinjer och klädregler finns inplanerade under 2018.

Journalgranskning där man observerat stora skillnader i hur man dokumenterar. Målet för 2018 är att arbeta för att skapa tydlighet i arbetet med vårdplaner.

Nattfaste mätningar har genomförts vid vård och omsorgsboende vid två tillfällen under 2017. Vid mätningarna kan man notera stora skillnader i nattfastans längd.

Under 2018 kommer de enhetschefer vars områden har goda resultat få presentera sitt arbetssätt för att delge goda exempel.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Landstingets och kommunerna i Sörmland har genom närvårdssamverkan arbetat fram både en struktur för samverkan liksom ett antal stödande och styrande dokument i samma syfte.

Till exempel kan nämnas, att i samband med nytt lagförslag, gällande trygg och effektiv hemgång från sjukhus till kommun, med start 1 januari 2018, har det under året arbetats fram samverkansriktlinjer för att stödja i processen.

Vårdskador kan också förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser.

Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp.

Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmän eller annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhuset, vårdcentralerna och kommunen, men också avvikelser till färdtjänst, ambulansverksamheten och tandvården förekommer.

Avvikelserna följs kontinuerligt i olika samverkansgrupper mellan Landstinget och kommunen.

Risikanalys

Hälso- och sjukvårdsorganisationen genomför riskanalyser

- vid ändringar i verksamhet
- vid personalbrist
- inför sommarplaneringen
- som uppföljning efter avvikelser som lett till nya instruktioner och således bidrar till en förbättring i verksamheten

Informationssäkerhet

Under året 2017 har Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2016:40, kommit ut.

Under 2018 träder Dataskyddsförordningen i kraft och ersätter Personuppgiftslagen. Detta kommer även att påverka annan lagstiftning. Ett arbete pågår för att anpassa organisationens arbete.

Uppföljningar av informationssäkerheten

En genomgång har gjorts utifrån HSLF-FS 2016:40 för att utreda behovet av att utveckla våra rutiner för att leva upp till kraven på informationssäkerhet i den nya föreskriften. En handlingsplan med åtgärdslista är skapad och arbetet kommer att fortgå under 2018.

Arbete pågår med att säkerställa att förvaltningen är anpassad till

Dataskyddsförordningen. Inventeringar av personuppgiftsbehandlingar och system har gjorts och arbete pågår.

Risikanalyt

En första riskanalys för personuppgiftsbehandlingar har gjorts, med fokus på hanteringen av personuppgifter för brukare, personal och övriga kategorier av personer. I gruppen ingick deltagare från verksamheter, stabsenheter och biståndskontor. Analysen behöver kompletteras. Den har hittills visat följande behov:

- Utveckla rutinerna för behörighetsbeställningar för våra system.
- Ta fram en säker digital lösning för kommunikation av sekretessuppgifter.
- Digitalisering av personalens planering för att få bort pappershanteringen vilket ger ökad säkerhet vid hantering av brukares uppgifter.
- Stark autentisering vid inloggning till system.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

- Ett arbete med skyddet mot åtkomst till nätverket pågår i kommunen.
- NPÖ - Inloggningsproblem har påverkat åtkomsten av uppgifter i NPÖ, det är lokaliserat att dessa har sin grund i Kommunens HSA katalog/ organisationsträd.

Utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Skydd av system

En utvärdering har gjorts av skyddet mot olovlig åtkomst. Dokumentationssystemet är separerat från övriga system pga att leverantören ska kunna ha åtkomst. Skydd finns mot interna och externa hot.

Samtliga system har skydd mot interna och externa hot. Loggar finns som kontrolleras dagligen och tester av skyddet görs.

Loggkontroller utförs i dokumentationssystem och Nationella patientöversikten enligt skriftliga rutiner för att kontrollera så att personal inte obehörigt har haft åtkomst till information i systemen. Det görs för att säkerställa brukarnas integritet. För varje månad tas stickprovskontroller på slumpmässigt utvald personal för att se vilka brukare de haft åtkomst till i systemen. Det finns också möjlighet att vid behov utföra loggkontroller på enskilda brukare eller personal för att kontrollera åtkomst.

Skydd av nätverk

Våra IT-system nås via olika typer av nätverk. I det trådlösa nätverket är säkerheten hög. Utveckling av skyddet för trådburet nätverk pågår.

Det finns ett inriktningsbeslut i kommunen att alla kommunens fastigheter ska få uppkoppling till kommunens nätverk via fiber. Det ger snabbare och stabilare uppkoppling mot våra IT-system vilket ger ökad säkerhet för brukare och patienter. Någon tidsplan finns inte ännu men planering pågår.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Under året har en ny föreskrift gällande anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada trätt i kraft. Dessutom har föreskriften och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete reviderats, vilka förvaltningen har att förhålla sig till. Som vårdgivare har man ett krav på sig att utreda händelser enligt ovan, att lämpliga åtgärder sätts, att dessa följs upp och att kunskaperna om det inträffade sprids för att liknande händelser inte ska inträffa igen.

Arbetet med avvikelser är grunden för patientsäkerhetsarbetet och innebär att utveckla den kommunala vården och omsorgen därför uppmuntras all personal att registrera avvikelser och händelser.

Riktlinje och rutin finns för hantering av avvikelser och finns i verksamhetsprocessen.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan inkomma genom olika kanaler t ex via Patientnämnden, ett telefonsamtal, mail mm. Vårdgivaren har ett ansvar att utreda och besvara/återkoppla till den som begärt ett yttrande. Hittills har ärenden framför allt utretts och besvarats av verksamheten dit klagomålet/synpunkten är riktad. För att få en bättre struktur på hanteringen och ett bredare lärande av erfarenheterna efter en utredning har förvaltningen sett ett behov av nytänkande av att hantera klagomål och synpunkter. Därför pågår det ett arbete på förvaltningen för att ur ett processperspektiv beskriva hur ett klagomålsärende och synpunkter ska hanteras. Uppdraget innebär att säkerställa hela processen allt från mottagande, ansvarsfördelning, registrering, hantering, avslut, återkoppling och uppföljning.

Samverkan med patienter och anhöriga

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även de anhöriga. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter på verksamheten ska delges alla brukare och anhöriga. I de områden som servicedeklarationerna finns ska dessa delas ut, informationen på kommunens hemsida ska hållas uppdaterad och all personal ska kunna informera om kommunens anhörigstöd. Anhörigstödet utvärderas varje år via enkäter, resultat sammanställs och redovisas till nämnden.

Anhörigstödet

Anhörigstödet i vård- och omsorgsförvaltningen är en förebyggande verksamhet. Verksamheten på Anhörigcentrum vänder sig till anhöriga som vårdar och stödjer en person 18 år och äldre i ordinärt boende, vård- och omsorgsboende eller boende med särskild service. Anhörigcentrum erbjuder råd, stöd, samtal enskilt eller i grupp med andra anhöriga, föreläsningar och

tematräffar, avslappning och friskvård. Insatserna är kostnadsfria och kräver inget biståndsbeslut. Anhörigstödet vänder sig till alla medborgare som är folkbokförda inom Eskilstuna kommun.

Sammanställning och analys

Utifrån de händelseanalyser som genomförts under året, p.g.a. inträffade händelser i verksamheten och från inkomna klagomål, ser vi, som exempel, brister i dokumentationen samt brister i hur information överförs från en personalkategori till en annan. Rapport efter utförd händelseanalys med åtgärdsförslag återkopplas från analysansvarig till ansvarig chef och områdeschef. Till de åtgärdsförslag som formulerats ska alltid en uppföljning planeras in.

Rapporterna efter utförda hygienronder av hygiensköterska ger rekommendationer till enheterna att hantera vårdhygieniska frågeställningar. Antalet hygienronder utförda av hygiensköterska är enbart ett begränsat antal per år vilket medför att åtgärdsförslagen som framförs ska ses i ett lärandesyfte för förvaltningens övriga verksamheter och därmed lyftas till övriga enheter i lämpliga forum.

Kvalitetsgranskning av läkemedelhantering genomförs årligen på samtliga enheter där läkemedel hanteras. Granskande farmaceut återkopplar genomförd granskning med en rapport som ställs till enheten att åtgärda. Uppföljning av åtgärdsförslag genomförs vid nästkommande granskning och/eller av MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) vid verksamhetsbesök. MAS och enhetschefer för sjuksköterskor sammanställer samtliga generella åtgärdsförslag för att kunna sprida till samtliga enheter att ta till sig.

Resultat

Anhörigstödet

Inom anhörigstödet har målen 2017 har målen varit att;

- Erbjudna minst två nya samtalscirklar ”När jag inte längre är med”. Ett nyframtaget material från Bräcke Diakoni som vänder sig till föräldrar med vuxna barn med olika funktionsnedsättningar. Målet är att skapa strategier för framtiden som anhörig. Två fullsatta grupper (8 deltagare i varje grupp) genomfördes under våren 2017. Totalt 9 sammankomster per grupp. Utvärderingen visade att deltagarna varit mycket nöjda med innehållet och känner sig bättre rustade för framtiden. Ytterligare en grupp startade under november 2017.
- Öka samarbetet och samverkan mellan biståndshandläggarna och Anhörigcentrum. Anhörigkonsulenter har deltagit på ett APT för alla handläggare under våren 2017 där en anhörig var med och berättade sin historia. Anhörigkonsulenter har bjudit in teamledare, chefer och utvecklingsledare att planera för en workshop i oktober 2107.

Workshopen leddes av Gunilla Matheney och hade temat ”Anhörigperspektiv i handläggningen med IBIC som grund”. Ca 30 handläggare och anhörigkonsulenter deltog och utvärderingen visade mycket positiva tankar om fortsatt utveckling och vilja att samarbeta mer kring dessa frågor. Fortsättning planeras för 2018.

Arbetet med att ta fram en strategi för stöd till anhöriga i samverkan mellan FoUiS, landstinget och länets kommuner har pågått under året. Strategin antogs av den gemensamma nämnden i september 2017. Strategin ger uppdrag till alla huvudmän att arbeta med olika aktiviteter för att öka stödet till anhöriga.

Avvikelse, händelser och fall

Förekomsten av avvikelser, händelser och fall registreras i verksamhetssystemet och analyseras framförallt på enhetsnivå.

Övergripande statistik med analys av resultatet redovisas till nämnd årligen.

Av det inrapporterade materialet kan utläsas att för 2017 har antalet registrerade fallhändelser ökat från 4696, 2016, till 5436, d v s en ökning med 740 fallhändelser (=15,8 %).

1457 unika personer berörs av de registrerade fallen. 81 % hade två registrerade fallhändelser inom de senaste 30 dagarna.

Inregistrerade läkemedelsavvikelser har en minimal ökning av antalet inregistrerade händelser på 2,9 %, sedan föregående år.

Övriga avvikelser/händelser som registreras inom hälso- och sjukvården är bristande rehabilitering, medicintekniska produkter, bristande behandling/omvårdnad, dokumentation och informationsöverföring.

Avvikelse mellan kommunen och landstinget

Då händelser och avvikelser avser till eller från annan huvudman, ff. allt landstingets verksamheter, registreras dessa i ett manuellt system. Besvarandet och åtgärder efter en s.k. extern avvikelse sker på enhetsnivå.

	2017	2016	2015
Från kommunen till landstinget	Totalt 129 113 (MSE) 16 (VC)	Totalt 122 106 (MSE) 16 (VC)	Totalt 81 68 (MSE) 13 (VC)
Från landstinget till kommunen	Totalt 4 3 (MSE) 1 (VC)	Totalt 6 4 (MSE) 2 (VC)	Totalt 11 4 (MSE) 7 (VC)

Kommentar: (MSE = Mälarsjukhuset, VC = vårdcentral)

Avvikelserna från kommunen till MSE gäller framför allt *bristande information och kommunikation, bemötande och hjälpmedel.*

Avvikelser från kommunen till vårdcentral avser framförallt *går ej att nå jourläkare, bemötande, informationsöverföring samt uteblev från SIP.*

Från landstinget till kommunerna avser avvikelserna *brister i bemötande och omvårdnad samt brister i diabetesomhändertagande*

Infektionsregistrering

På vård- och omsorgsboende för äldre samt på korttidsvistelse för äldre åtgärds- registreras antalet kateterbärare, antibiotikabehandlade infektioner samt virusorsakad influensa och magsjuka i verksamhetssystemet. Statistik hämtas månatligen för att kunna följas på enhetsnivå.

Registreringen för 2017 är inte jämförbar med tidigare års inrapporterade data med anledning av att registeringshanteringen har ändrats under året. Resultatet bedöms därför inte tillförlitlig men ger ändå en vägledning om antalet kateterbärare och om vilka infektioner som förekommer.

Riskbedömningar

Under 2017 gjordes 1005 riskbedömningar i Senior alert för 880 individer inom Eskilstuna Kommun. Vid riskbedömningarna bedömdes 87 % ha risk för att drabbas inom något eller några områden. Av de som bedömdes ha risk finns det åtgärdsplan på 89 %. Antalet åtgärdsplaner har ökat från 2016 med 5 % från 84 till 89 % vilket är positivt.

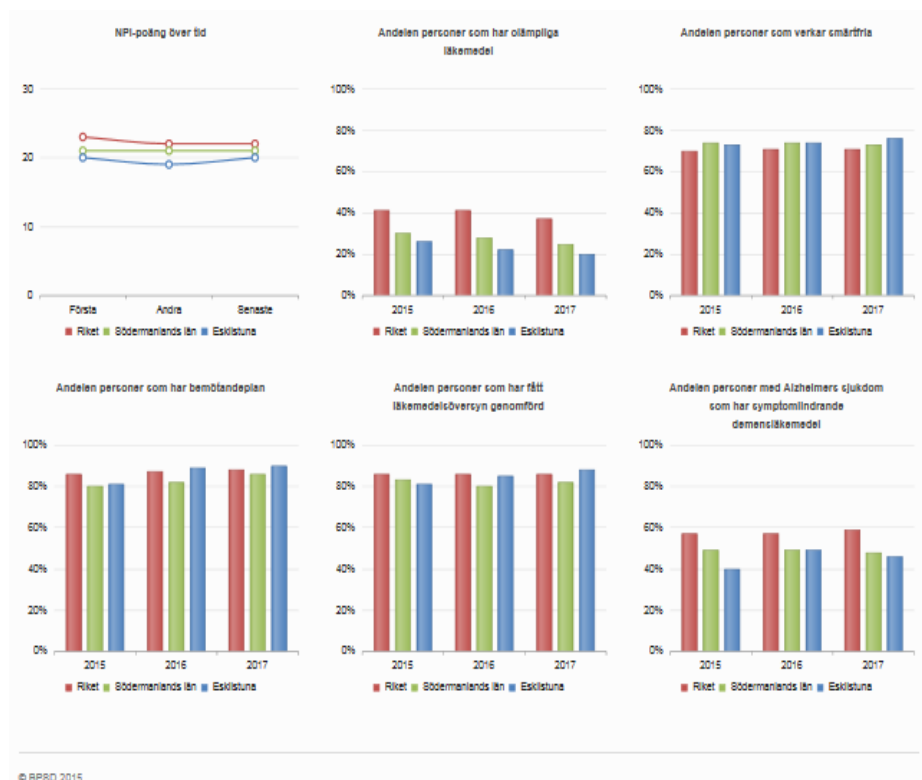
Nationella kvalitetsindikatorer utifrån BPSD registreringar i Eskilstuna under perioden 2015-2017

Eskilstuna har 2017, 103 registrerade enheter i BPSD registret vilket inkluderar de privata utförarna. Det har genomförts 737 skattningar på 507 personer under året

Eskilstunas registreringar i BPSD registret	2015	2016	2017
Andel personer som har olämpliga läkemedel (Mål lågt värde)	26%	22%	20%
Andel personer som verkar smärtfria (Mål högt värde)	73%	74%	76%
Andel personer som har bemötandeplan (Mål högt värde)	81%	89%	90%
Andel personer som fått läkemedelsöversyn genomförd (Mål högt värde)	81%	85%	88%
Andel med Alzheimers som har symtomlindrande läkemedel (Mål högt värde)	40%	49%	46%

Kommentar: Förbättringar har skett utifrån alla kvalitetsindikatorer förutom andelen personer i Eskilstuna med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel

Nationella kvalitetsindikatorer utifrån BPSD registreringar i Eskilstuna i förhållande till Södermanland och övriga Sverige under perioden 2015-2017



Kommentar: Eskilstuna har i jämförelse med Sverige och Södermanland bättre siffror på fem av sex områden, det området som inte redovisar förbättrade resultat är andelen personer i Eskilstuna med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel vilket man hör geriatriker påtala bör ha ett målvärde runt 80 %

Övergripande mål och strategier för kommande år

Händelser, klagomål och avvikelser

För att få en bra struktur på hanteringen och ett bredare lärande av erfarenheterna efter en utredning kommer verksamheterna att arbeta för att säkerställa och förtydliga processen, från mottagande, ansvarsfördelning, registrering, hantering, avslut, återkoppling och uppföljning och på så sätt öka patientsäkerheten

- Utveckla arbetet och hanteringen med den interna avvikelshanteringen där händelser inom hälso- och sjukvården samt

fall ingår.

- Målet är att utveckla struktur för hantering av händelser och klagomål genom att t ex. utbilda analysansvariga i Nitha.
- Arbetet med att ansluta till landstingets avvikelshanteringssystem, (Synergi) pågår och kommer att fortsätta under 2018 för att kunna hantera avvikelser och klagomål på ett mer sammanhållet och övergripande sätt.

Analysvecka

Behov av en tillförlitlig och användbar statistik har identifierats. Komplexa system har ökat behovet av tydlighet i vilken statistik som ska tas fram och hur. Verksamheterna kommer att arbeta med detta under temaveckor under 2018.

Hygien och infektionshantering

Basala hygienrutiner är en grundförutsättning för god och säker vård och omsorg inom alla verksamheter.

- Under 2018 ska möjligheten att ingå i Svenska HALT utredas.
- Arbeta för att öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler
- Utveckla egenkontrollen genom självskattning av följsamhet till basala hygienriktlinjer och klädregler så den gäller alla förvaltningens verksamhetsområden samt skapa handlingsplaner där behov identifieras.
- Utveckla och tydliggöra betydelsen av den interna registreringen av infektioner.

RisKFörebyggande vård- och omsorg

För att uppnå en god kvalitet i vården och omsorgen måste den baseras på bästa möjliga kunskap. Att arbeta kunskapsbaserat innebär bland annat att systematiskt och strukturerat identifiera risker och sätta in åtgärder på individnivå.

- Webbutbildning i evidensbaserad praktik
- Riskbedömningar utifrån kvalitetsregistret Senior alert
- Korttidsenheterna ska under 2018 starta upp arbetet med riskbedömningar och åtgärder utifrån Senior alert
- Registrering i BPSD, RiksSår och palliativa registret
- Öka samverkan mellan olika professioner, genom utbildning och workshops gällande BPSD arbetet.
- Minskad nattfasta genom mätningar och åtgärder på vård- och omsorgsboende

Dokumentation

Ett utvecklingsarbete för att förenkla och utveckla arbetet med dokumentation utifrån vårdplaner ska startas upp under 2018.

- Under 2018 ska hälso- och sjukvårdsorganisationen starta upp implementering av journalgranskning utifrån

SKLs metod ”Markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård”.

Skydds och begränsningsåtgärder

Skydds och begränsningsåtgärder ska så långt som möjligt förebyggas. En skydds och begränsningsåtgärd är tillåten endast under förutsättning att den enskilde samtycker till åtgärden och att syftet är att skydda, hjälpa eller stödja den enskilde. Beslut om skydds och begränsningsåtgärder ska utgå från den enskildes behov, bygga på individuella bedömningar och får inte fattas generellt.

- Inventering och säkerställande att skydds och begränsningsåtgärder används på ett säkert sätt
- Implementering utifrån ”nollvision”
- Utveckla och omstrukturera resursteam för demens.

Läkemedelshantering

Att kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner i hälso- och sjukvården för att leva upp till HSLF-FS 2017:37 som träder i kraft 1 januari 2018.

- Läkemedelskommittén kommer under 2018 att fastställa nya reviderade länsgemensamma riktlinjer för den kommunala hälso- och sjukvården vilket innebär att organisationen under 2018 behöver kvalitetssäkra att verksamheterna lever upp till de krav som ställs.

”Trygg och effektiv”

Arbetet med att säkerställa trygga hemgångar för patienter som skrivs ut från slutenvård kommer att fortsätta under 2018 och vara högt prioriterad.

Palliativ vård i livets slutskede

Den palliativa vården syftar till att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem

- Förbättra resultat och uppnå målvärden för god palliativ vård i enlighet med Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer
- Kvalitetssäkra riktlinjer och rutiner samt kompetens för all personal i syfte att förbättra resultat i alla indikatorer enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer samt nationella vårdnivåer för god palliativ vård
- Alla personer med ett palliativt vårdbeslut ska ha en fast palliativ vårdplan i journalen vilket under 2018 ska skapas med utgångspunkt från Nationellt vårdprogram för palliativ vård.
- Öka stödet till omvårdnadspersonal och anhöriga vid vård i livets slutskede genom att införa tillsynsbesök nattetid av sjuksköterska på vård- och omsorgsboende.

Anhörigstödet

Under 2018 kommer det gemensamma anhörigprogrammet i kommunen att revideras och inkludera intentionerna i den strategiska planen i Sörmland.

Egenkontroller

Egenkontroll ska enligt lagstiftningen utövas med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

Att utveckla det systematiska och strukturerade arbetet med självskattningar och egenkontroll i hela förvaltningen i samverkan är en prioriterad målsättning 2018.

Informationssäkerhet

- Samsyn och styrning i hur man arbetar i organisationsträdet krävs för att under 2018 få strukturerade uppgifter till våra kvalitetsregister, NPÖ, Pascal mm
- Arbeta för att använda Prator mer övergripande då systemet fått en ny innebörd i större utsträckning utifrån samverkan för Trygg och effektiv hemgång.
- När det gäller distansarbetsplatser/Citrix lösningar kommer inloggning att ske via en ny lösning, tidigare SMS