



LEKSANDS  
KOMMUN

---

# Patientsäkerhetsberättelse för Leksands kommun År 2019

---

2020-03-05  
VERKSAMHETSCHEF HSL  
MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA

LEKSANDS KOMMUN

## Innehåll



# LEKSANDS KOMMUN

.....	1
.....	1
Patientsäkerhetsberättelse för Leksands kommun.....	1
År 2019.....	1
2020-03-05 VERKSAMHETSCHEF HSL MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA.....	1
LEKSANDS KOMMUN.....	1
1. Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet .....	5
1.1 .....	5
1.2 Strategier .....	5
2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	6
Verksamhetschef för hälso- och sjukvård.....	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.....	6
Avdelningschef .....	6
Enhetschef.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	6
Delegerad hälso- och sjukvårdspersonal.....	6
3 Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året .....	7
3.1 Senior Alert .....	7
3.2 Svenska Palliativregistret .....	8
3.3 BPSD – Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens .....	9
3.4 Hemsjukvård .....	9
3.5 Dokumentation – Journalgranskning.....	10
4 Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	11
5 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten.....	12
6 Rutiner för händelseanalyser .....	12
7 Informationssäkerhet .....	12
8 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	13
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter .....	14
10 Sammanställning och analys.....	14
11 Samverkan med patienter och närstående.....	15
12 Resultat .....	16
12.1 Senior Alert .....	16
12.2 Palliativa registret.....	17

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE LEKSANDS KOMMUN 2019

12.3	BPSD registret.....	18
12.4	Hemsjukvården.....	18
12.5	Avvikelser .....	23
12.5.1	Läkemedel 2016/2017/2018/2019 .....	23
12.5.2	Fall 2016/2017/2018/2019.....	24
12.5.3	Allmän omvårdnad/Specifik omvårdnad.....	25
12.6	Nattfasta .....	26

# Sammanfattning

---

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten och kvalitén inom hälso- och sjukvården i Leksands kommun under 2019 varit av god kvalitet. Förbättringsarbete ska fortgå inom hela verksamheten.

De viktigaste åtgärderna under 2019 för att öka patientsäkerheten har varit:

- ✓ Systematiskt förebyggande arbete när det gäller fall/fallskador, trycksår, undernäring och munhälsa genom ett strukturerat arbetssätt med riskbedömningar. Vid identifierad risk sätter vi in åtgärder som kontinuerligt följs upp. Ett riktigt bra arbete som pågår på särskilt boende.
- ✓ Vi har en bra modell med olika ombudsroller hos både legitimerade och omvårdnadspersonal. Det ger oss tillfälle att två gånger per år träffas för kompetenshöjning. Det gäller ombudsroller rehab, hygien, inkontinens, kost och palliativ vård. Vi har endast haft en ombudsträff under 2019.
- ✓ Rutiner och nya arbetssätt har tagits fram där vi signerar alla ordinerade läkemedel digitalt.
- ✓ Läkemedelsskåp har införts med kodlås till alla patienter som har delegerad hälso- och sjukvård i ordinärt boende.
- ✓ All omvårdnadspersonal har gått en rehab utbildning 2018-2019. Delar av utbildningen har även genomförts till all nyanställdpersonal samt vikarier. Syftet är att ge en grundlig kunskap i förflyttningar, vardagsrehabilitering och hjälpmedel. De som ännu ej gått har nu erbjudits.
- ✓ Alla över 85år, cirka 50 st som inte har någon kommunal insats som hemtjänst eller larm har skriftligt erbjudits ett fallförebyggande hembesök av arbetsterapeut under året. Endast 1 person har tackat ja till erbjudandet.
- ✓ NVP har implementerats på alla kommunens särskilda boende. Ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov.
- ✓ Arbetet kring BPSD i demensomvårdnaden pågår. Omvårdnad vid demenssjukdom behöver fortlöpande utvecklas.

Avvikelserna följs kontinuerligt upp! Under 2019 har registrerade avvikelser ökat i allmän omvårdnad, och minskat på fall och läkemedel.

Under det kommande året ska vi fortsätta utveckla och kvalitetssäkra vår verksamhet!

# 1. Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Varje Leksandsbo ska känna sig trygg och säker i kontakt med kommunens vård och omsorg. Medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att de också är trygga med verksamhetens rutiner och riktlinjer så att en säker vård kan ges.

**Mål: Ingen patient skall drabbas av vård skada inom vård- och omsorg.**

## 1.1

- Att fortsätta med ett bra arbetssätt kring nya lagen om samverkan vid utskrivning.
- Att minska antalet vård skador och framförallt minska antalet läkemedelsavvikelser
- Att öka patientens delaktighet, det innefattar också närstående
- Att hitta en modell för att bibehålla kunskapen som omvårdnadspersonalen fått genom utbildningen "Aktiv och självständig i vardagen"
- Att säkerställa kraven på god hygienisk standard

## 1.2 Strategier

- Att internt och externt samarbeta vid utskrivningsprocessen
- Att införa digitala signeringslistor för läkemedelshantering

### Särskilt boende

- Att alla särskilda boenden fortsätter med team möten där arbetet med IGP, riskbedömningar och avvikelser alltid tas upp
- Införa en vårdhygienisk egenkontroll framtagen av landstinget för kommuner
- Lyfta upp och diskutera svaren från efterlevandeenkäten med legitimerade och ombudsrollerna i palliativ vård
- Att introducera länsgemensamma riktlinjer för användandet av skyddsåtgärder
- Att fortsätta använda NVP, nationellt kunskapsstöd vid palliativ vård
- Att utveckla rehab ombud vid enheterna på särskilt boende
- Att använda infektionsmätning för kontinuerlig uppföljning av antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner

### Ordinärt boende

- Utveckla en patientenkät som på ett enkelt sätt fångar patienters erfarenheter av vård och behandling. Resultaten omhändertas och åtgärdas
- Att hitta rutiner för team möten i ordinärt boende där vi kan arbeta riskförebyggande

## **2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

*SFS 2010:659, 3kap. 9§ och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2§ p1*

### **Verksamhetschef för hälso- och sjukvård**

Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för all hälso- och sjukvård som bedrivs vid Leksands kommun. Hon/han ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som Medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt följs i verksamheten samt att dessa är kända för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Hon/han ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens, får fortbildning och har ansvar för och befogenheter för att kunna bedriva vård av god kvalitet.

Verksamhetschefen är den person som patienter, anhöriga och personal ska kunna vända sig till i frågor gällande verksamheten. I samverkan med Medicinskt ansvarig sjuksköterska planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar och redovisar de verksamhetens resultat i verksamhetsplanen.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. Hon/han ska planera, styra, kontrollera, dokumentera samt redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska se till att författningar är kända och efterlevs samt utfärda rutiner och instruktioner utifrån de krav som ställs på verksamheten. Avvikelse ska rapporteras och vid en händelse som medfört allvarlig vård skada, eller kunnat medföra allvarlig vård skada, görs bedömningen om den ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt lex Maria.

### **Avdelningschef**

Avdelningschef har det övergripande ansvaret för att leda och fördela arbetet i verksamheten och att verksamheten ska hålla en god kvalitet med hög patientsäkerhet och samtidigt vara kostnadseffektiv. De ansvarar också för att enhetschefer har tillgång till de resurser som krävs för att kunna fullgöra sina uppgifter.

### **Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen ska följa upprättade rutiner och rapportera avvikelser om en patient drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av vård skada.

### **Delegerad hälso- och sjukvårdspersonal**

Den som utför arbetsuppgifter på delegering har visat sig ha tillräcklig kompetens för att utföra en specifik uppgift. De har då samma ansvar som hälso- och sjukvårdspersonal.

### **3 Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året**

*SOSF 2011:9 5kap. 2§*

Uppföljning och utvärdering sker under året genom

- Egenkontroll genom analys och redovisning av resultat i kvalitetsregistret Senior Alert, Palliativregistret och BPSD
- Uppföljning av mål i verksamhetsplanerna
- Brukarundersökningar/Öppna jämförelser
- Egenkontroll av avvikelser
- Journalgranskning
- Internkontroll
- Nattfaste mätning
- Efterlevandeenkäter
- Mätning av skyddsåtgärder
- Systematiska frågor till deltagare i plus 85
- Enkät till de med insatsen Tryggad hemgång

#### **3.1 Senior Alert**

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister kring förebyggande arbete för äldres hälsa. Det är ett systematiskt arbetssätt för att förebygga trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen. Alla personer som är äldre än 65 år och bor i kommunens särskilda boenden ska riskbedömas enligt evidensbaserade skattningsskalor. Att använda dessa bedömningsinstrument skapar en möjlighet att göra den kommunala hälso- och sjukvården säkrare.

När en patient/vårdtagare flyttar in på ett särskilt boende så ska en riskbedömning göras inom 2-3 veckor av patientansvarig sjuksköterska tillsammans med rehab personal och vårdpersonal. De risker som upptäcks ska alltid följas av åtgärder och dokumenterade ordinationer från sjuksköterska/sjukgymnast/arbetsterapeut. Uppföljningar av risker ska utvärderas i samband med team möte efter 6 månader eller tidigare om behov föreligger.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – riskbedömningar 2019**

- Att införa riskbedömningsinstrument för blåsdysfunktion på ett av de särskilda boendena
- Att korttidsenheten i högre utsträckning gör riskbedömningar
- Att enhetschefer och personal i högre utsträckning tar del av resultat

Analys av planerade aktiviteter: Vi har fortsatt ett bra arbete kring team möten och riskbedömningar. Alla som flyttar in på särskilt boende görs en riskbedömning minst två gånger årligen. Planerade och pågående förebyggande åtgärder finns i mycket stor utsträckning. Korttidsenheten gör också riskbedömningar som särskilt boende.

## **3.2 Svenska Palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan som vårdat en avliden besvarar ett antal frågor. Oavsett sjukdom är målet i Leksands kommun att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Att få vårdas där man vill vara, inte behöva vara ensam samt veta att de närstående får det stöd dom behöver är viktigt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med ansvariga sjuksköterskor för palliativ vård tar fram statistik ur palliativregistret regelbundet och presenterar denna på APT för legitimerad personal. Ansvariga sjuksköterskor för palliativ vård analyserar statistiken och lyfter fram förbättringsområden som vi ska arbeta mera med. Ingen redovisning av resultat har skett för enhetschefer men för de palliativa ombuden på de särskilda boendena.

För att kunna kvalitetssäkra vården i livets slut har vi förutom statistik från palliativa registret skickat ut en enkät till alla efterlevande. Den visar att man som närstående i mycket stor utsträckning är nöjd med vården, informationen och bemötandet från omvårdnadspersonal, sjuksköterska och läkare.

Vi erbjuder alltid ett efterlevandesamtal några veckor efter dödsfall. Vi har ett bestämt tillvägagångssätt för hur ett efterlevandesamtal ska genomföras. Rutinen är känd och används av sjuksköterskor på särskilda boenden.

Under året har vi fortsatt implementeringen av NVP, nationell vårdplan för palliativ vård. Det är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården från det att vården övergår från botande till lindrande/stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet. Statistik från palliativregistret finns presenterat under resultat.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – palliativ vård 2019**

- Att under året stabilisera arbetet med NVP
- Att under året träffa ombuden i palliativ vård en gång
- Att fortsätta arbetet kring att förbättra symtomskattning

Analys: Vi har under året startat upp NVP på alla våra särskilda boenden. Vi använder det på alla enheter. Arbetet med symtomskattning bör fortgå under året.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – palliativ vård 2020**

- Fortsätta arbetet med NVP, Nationell vårdplan
- Fortsätta arbeta med symtomskattning sista levnadsveckan
- Arbeta för att göra brytpunktsamtal i tidigare skede
- Öka munhälsobedömningarna och smärtskattningarna i livets slutskede



### 3.3 BPSD – Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. Symtom kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Detta skapar stort lidande för patient/vårdtagare och närstående samt minskar livskvalitet. Personalen har ofta svårt att förhålla sig till de problem som uppstår. God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer.

BPSD registret är ett stöd i processen med att komma tillrätta med symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp. Det sker regelbundet ett arbete med läkemedelsgenomgångar. Demenssköterskan har regelbundet kontakt med de verksamheter som använder BPSD och har deltagit aktivt i arbetet. Hon har även deltagit på de särskilda boendes planeringsdagar för att informera om demens, BPSD och bemötandeplaner.

#### Registrerade BPSD skattningar (redovisas i detalj under resultat)

2016: 83 st

2017: 104 st

2018: 103 st

2019: 102 st

#### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – demens 2019

- Att minska BPSD symtom med digitala hjälpmedel som musikdockor och läsplattor
- Att öka BPSD användandet på särskilt boende

Analys av planerade aktiviteter: En aktivitetstavla finns på vårt demensboende där personalen planerar aktiviteter utifrån BPSD symtom. Detta har inte spridits vidare till övriga enheter. Ipads finns att användas av personal och boenden vid aktiviteter. Särskilda appar är nedladdade för kognitiv träning, avslappning, minnen och musikupplevelser. Vi använder oss av BPSD i lika stor skala som 2018.

#### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – demens 2020

- Införa en ny skattnings skala: aktivitet och sömnprofil schema
- Fortsätta utveckla demensforum, tydliggöra ansvarsområdena.
- Fortsätta att utveckla samverkan internt och externt via demenssköterskan
- Fortsätta införandet av aktivitetstavlorna
- Utveckla kommunens minnsteam (AT, SG, demens ssk)
- Spetskompetensutveckling inom demens:
- Utbilda en sjuksköterska till Silvia sjuksköterska
- Utbilda två undersköterskor till Silvia undersköterskor
- Hitta arbetssätt inom ordinärt boende för att kunna arbeta med BPSD och bemötandeplaner, använda Silvia undersköterskorna i hemtjänsten till att göra BPSD skattningar och bemötandeplaner

### 3.4 Hemsjukvård

Kommunen har ansvar över hemsjukvården upp till sjuksköterskenivå. Antalet inskrivna hemsjukvårdspatienter, där vi har helhetsansvar, har under året varit 3 personer. Rutin finns för att bli inskriven i hemsjukvården. Hemsjukvård ska ges till dem där *”hälso- och sjukvård ges i patientens bostad och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid”*. Här beaktas även tröskelprincipen. Vi har ett betydligt större antal hembesökspatienter, cirka 100 personer, där vi ansvarar för en viss del av hälso- och sjukvården. Många av dem har omfattande insatser. De

delegerade hälso- och sjukvårdsinsatserna som utförs av omvårdnadspersonal/hemtjänst uppgår under året till cirka 700timmar/månad. Det redovisas under resultat.

Ingen nationell brukarundersökning finns inom hemsjukvården.

### **Tryggad hemgång**

Tryggad hemgång är avslutad under året eftersom verksamheten inte kunde finna några lämpliga personer för detta. Patienter som skrivs ut från slutenvården är generellt så svårt sjuka att korttidsplats ofta behövs.

### **Vårdbegäran/SIP**

I januari 2018 började ”Lagen om samverkan vid utskrivning” gälla och därefter blev utskrivningsprocessen från sjukhus annorlunda. Vårdbegäran skulle ske digitalt eller via primärvården. Då bland annat läkemedelslistorna inte gick att dela mellan huvudmän digitalt så används faxen i processen fortfarande ur patientsäkerhetssyfte, även vårdbegäran. Ingen mätning av vårdbegäran har gjorts under 2019. Januari 2019 gällde lagen även för psykiatri patienter.

Vi började i större grad samverka med primärvården och [SIP:a](#) (Samordnad Individuell Plan) när patienterna kommit hem från lasarettet eller innan hemgång. Vi har under 2019 deltagit i cirka 118st [SIP:ar](#) de flesta på vår korttidsavdelning.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – hemsjukvården 2019**

- Att ta fram en informationsbroschyr som beskriver kommunal hälso- och sjukvård och där man också får information om vart man kan lämna in klagomål och synpunkter
- Arbeta för ett bra arbetssätt utifrån den nya lagen om samverkan
- Att ta fram en enkät till hembesökspatienter

Analys: En informationsbroschyr har tagits fram och används vid tex SIP. Samverkan med primärvården, biståndshandläggare och slutenvården har under året utvecklats och fungerar mycket väl. Man kan se att de flesta SIPar är gjorda på vår korttidsavdelning, fler behöver göras i hemmet. Enkäter till hemsjukvårdspatienter har ej skickats ut då många av dessa patienter har minnessvikt och därmed kanske har lite svårt att svara på en enkät.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – hemsjukvården 2020**

- Ytterligare säkra upp läkemedelshanteringen i hemsjukvården
- Samverkan med vårdcentralen i projektet Nära Vård
- Förbättra rutiner för sårvård
- Fortsätta arbetet med NVP

## **3.5 Dokumentation – Journalgranskning**

Granskning av patientjournalerna sker slumpmässigt på varje enhet med en standardiserad mall under sommarmånaderna. Sammanställningen visar att det finns god dokumentation. Under året har omvårdnadspersonalen börjat med mobil dokumentation vilket ökat patientsäkerheten då personal alltid har tillgång till aktuell dokumentation. Detta kommer fortsätta implementeras under 2020.

## 4 Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

### Rehabilitering

Den legitimerade rehab personalen utbildar regelbundet omvårdnadspersonalen i förflyttningsteknik. Under 2019 har vi även utbildat långtidsvikarier samt nyanställda. Såklart även sommarvikarier. Målet 2020 är att hitta en bra fortsättning på kompetensförsörjning inom området rehabilitering hos omvårdnadspersonalen.

Alla över 85 år har fått utskickat ett bra material om fallförebyggande åtgärder. I utskicket fanns ett erbjudande om fallförebyggande hembesök av arbetsterapeut. Endast en kontaktade rehab för hembesök. Ingen aktiv uppringning av arbetsterapeut detta år som tidigare år.

Från oktober har rehab enheten anställt en rehab assistent som utför träningar i ordinärt boende istället för hemtjänst. Vi har sett att kvalitén, kontinuitet och effektiviteten har ökat avsevärt.

### Kost/Nattfasa

Under året har det genomförts en nattfaste mätning. Mätningens resultat har redovisats för alla enhetschefer. Samtal i grupper där man analyserat resultatet har på några boenden lett till åtgärder och förändrat arbetssätt. Rutinerna kring bla kostmöten, kostombud, pedagogisk måltid och nutritionsvårdsprocessen har uppdaterats. Bestämt blev även att regelbundna träffar med kostombuden ska ske 2ggr/år. Dietist ska även träffa sjuksköterskorna årligen för kompetenshöjning. Dietist träffade under året enhetscheferna för en genomgång av de nya rutinerna. Mätningen av nattfastan redovisas under resultat.

### Hygien

Fortsatt arbete efter hygienronden 2018 har skett på Edshult. Inga ombudsträffar har skett under året.

### Synergi

Vi, med fler kommuner, är med i Synergi, Landstingets avvikelssystem. Vår kommun har skickat 8 synergier och fått 9 synergier. De flesta handlar om informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Att vi deltar i synergi leder till ett bättre underlag för att arbeta mer strategiskt med avvikelser huvudmän emellan.

### Läkemedel

Det stora arbetet har under året varit att inför digital signering både i ordinärt boende och på våra särskilda boenden. Läkemedelshanteringen ska vara enhetlig inom hela sektorn. Det är viktigt då vi har en bemanningspool och personal som arbetar på olika ställen i kommunen. Läkare på våra särskilda boenden har under året systematiskt läkemedelsgenomgångar där både personal och om möjligt även den boende är delaktig. Resultaten av öppna jämförelser visar att användningen av olämpliga läkemedel för personer +75 på särskilt boende fortsätter att ligga bland de lägsta i Sverige medan i ordinärt boende något högre. Vi ligger på medelvärde när det gäller antal patienter på särskilt boende som har 10 eller fler läkemedel.

### MAS nätverk

Nätverket för länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Dalarna träffas ca 8 gånger om året och då diskuteras arbetssätt, metoder, vårdkvalitet och andra aktuella ämnen. I detta nätverk ingår även vårdutvecklare från Högskolan Dalarna. Frågor om patientsäkerhetsarbete tas regelbundet upp.

## 5 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

*SOSFS:2011:9, 5 kap. 1§*

Personal, sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att rapportera avvikelser. Så fort omvårdnadspersonal får kännedom om en avvikelse kontaktas sjuksköterska/enhetschef. Sjuksköterskan bedömer vilka åtgärder som måste vidtas omgående och dokumenterar detta i hälso- och sjukvårdsjournalen. Sjuksköterskan/enhetschefen rapporterar in avvikelsen via verksamhetssystemet och avslutar även avvikelsen efter analys och eventuella åtgärder.

MAS får, utreder och avslutar avvikelser som har betydande risk/konsekvens. Lex Maria utreds av MAS och Lex Sara utreds av avdelningschef och delges VoO ledningsgrupp samt vård och omsorgsutskottet. Anmälan om dessa skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt gällande rutin. Avvikelser som berör andra vårdgivare skickas MAS via Synergi. MAS återkopplar till anmälaren efter svar erhållits.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska sammanställer och redovisar per tertial avvikelserna per antal och enhet tillsammans med åtgärds och händelseanalys till VoO ledningsgrupp samt Vård och omsorgsutskottet.

På alla särskilda boenden finns rutiner för hur team möten ska gå till. I dessa rutiner är avvikelser på enheten en stående punkt på dagordningen. I ett tvärprofessionellt team med enhetschef, sjuksköterska och rehab ansvarar man för att regelbundet, vid varje team möte, lyfta de senaste avvikelser på enheten. På mötet görs en händelseanalys och eventuella åtgärder sätts in för att förhindra att händelsen inträffar igen.

Enhetschefen ansvarar för att delge avdelningschef en gång per tertial. Avdelningschef redovisar sedan sammanställningen och åtgärder till ledningsgruppen och till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

I vårt verksamhetssystem skrivs avvikelser gällande fall, läkemedel, allmän och specifik omvårdnad, brist i vårdkedjan internt/externt och bemötande.

Mer detaljerad statistik kring avvikelser redovisas under resultat.

## 6 Rutiner för händelseanalyser

*SFS 2010:659, 3 kap. 3§*

Den legitimerade personalen arbetar under eget yrkesansvar och vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada skrivs en avvikelserapport. På varje särskilt boende tar varje sjuksköterska och enhetschef tillsammans ansvar för att varje månad gå igenom avvikelserna och gör en analys över det inträffade och vidtar åtgärder utifrån händelsen. Vi allvarligare händelser som medfört/eller kunnat medföra vårdskada sker en händelseanalys ihop med avdelningschef och MAS. Vi använder en mall för "Förbättringsplan" där man lyfter problemområden och kommer fram till åtgärder. Där ska även framgå tidsplan samt vem som är ansvarig för åtgärden.

MAS ansvarar för rapportering till IVO i de fall då det är nödvändigt. MAS går regelbundet igenom avvikelserna och rapporterar tertialvis dessa till utskottet och VoO ledningsgrupp. Redovisning av avvikelser har under året 2019 inte redovisats till utskottet.

## 7 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Vi har en bra driftstatus av journalsystemet Procapita/Lifecare. De mindre avbrotten har inte orsakat någon skada utan främst skapat irritation. Verksamhetssystemet ökar patientsäkerheten genom att dokumentation finns tillgänglig mobilt och fler personal kan ta del av viktig dokumentation på rätt plats i rätt tid. All omvårdnadspersonals dokumentation sker mobilt både i särskilt boende och

hemtjänst. På särskilt boende har nu legitimerad personal direktåtkomst till omvårdnadspersonalens hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Vi har IT beredskap på obekvämt arbetstid.

Vi är fortsatt producerer i NPÖ, Nationell patientöversikt.

Loggning har skett under året av verksamhetschef HSL samt MAS. För att kombinera systematisk och viss slumpmässighet när loggposter väljs ut har vi valt att under 2020 kontrollera loggar den 19:e i varje månad. Vi har även tittat slumpmässigt på en viss patients uppgifter samt på en viss anställd. Inget avvikande har kunnat ses.

Granskning av dokumentation sker enligt en mall några veckor under året.

## 8 Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS 2011:9, 4 kap. 6§*

**Internt**, inom kommunen

- **Team möten**

På våra särskilda boenden träffas enhetschef, sjuksköterska, rehab personal och omvårdnadspersonal systematiskt 2-4 gånger i månaden och tar upp aktuella avvikelser på enheten. Detta för att tillsammans i teamet analysera händelserna och sätta in åtgärder för att undvika nya avvikelser.

- **Tryggad hemgångsteam, Trygg hemma**

Verksamheten har avslutats under året.

**Externt**, med andra vårdgivare

- **Landstinget Dalarna (Region Dalarna)**

Samverkan vid utskrivning från slutenvården

Samverkan med högskolan dalarna

- Samverkansavtal angående läkarbemanning för våra särskilda boenden, för hemsjukvården och tryggad hemgång
- Det finns en gemensam processbeskrivning (landsting – kommun) för att säkra att vårdbegäran hanteras på ett korrekt sätt. Denna utgår från nuvarande hemsjukvårdsavtal
- Samverkansdokument finns gällande SIP, "Samordnad individuell vårdplan, rutin för samverkan mellan kommunerna och Landstinget Dalarna kring utskrivningsklara patienter"
- Avtal med smittskyddsenshetens sektion för Vårdhygien finns och de kan tillhandahålla sin kompetens. T.ex. vid hygienronder och influensa utbrott
- Avtal finns med Medicinteknik för inköp och kontroll av medicintekniska behandlingshjälpmedel som finns ute i verksamheten
- Samverkansavtal finns mellan Leksands kommun och LD hjälpmedel (Dalarnas Hjälpmedelcenter) i Borlänge för tjänster och hjälpmedel
- Avtal finns med patientnämnden

- **Folktandvården**

Avtal om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård med Folktandvården Dalarna.

## 9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

*SFS 2010:659, 6 kap. 4§. SOSFS 2011:9, 5 kap. 3§*

Syftet med synpunktshandlingen är att samla in och ta till vara synpunkter, klagomål och förbättringsförslag för att förbättra och utveckla verksamheten.

Synpunkter och klagomål välkomnas, samtliga följs upp och informationen tas på allvar. Hanteringen sker skyndsamt och klagomålet eller synpunkten hanteras så nära berörd verksamhet som möjligt. Om brister identifieras vidtas nödvändiga åtgärder. Alla som önskar kan lämna synpunkter och klagomål tex patienter, närstående, personal, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer. Information om möjligheten ska finnas på kommunens hemsida men bör även delges muntligt vid lämpliga tillfällen.

All personal är skyldig att snarast rapportera avvikelser till berörda personer på avsedd blankett för avvikelserrapportering. Den personal som har tillgång till verksamhetssystemet skriver in avvikelserna direkt. Vid allvarigare händelser samt alltid vid avvikelser som handlar om läkemedel ska tjänstgörande sjuksköterska kontaktas omgående för bedömning om akut åtgärd krävs. Fall som lett till skada anmäls alltid till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Under 2019 har ingen Lex Maria anmälan gjorts. En Lex Sarah anmälan har utretts och skickats till IVO.

## 10 Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Inkomna klagomål och synpunkter analyseras, utreds, dokumenteras, åtgärdas och sammanställs av respektive berörd enhetschef för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Enhetschef skickar dessa vidare till avdelningschef och ledningsgrupp. Varje chef är ansvarig för hantering av synpunkter och klagomål i sin verksamhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder, registrerar och sammanställer inkomna klagomål och synpunkter som handlar om ansvar eller insatser inom hälso- och sjukvård. Berörda verksamheter samt ledningsgrupp VoO informeras om samtliga händelser.

Rutin finns på att inkomna avvikelser ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas. Vårdskador mäts genom uppföljning av inkomna avvikelser. I vårt verksamhetssystem så handlar vi om avvikelserna fall, läkemedelsavvikelser, brist i vårdkedjan internt/externt, övergrepp och bemötande. Dessa ska redovisas tertialsvis.

För att minska fall och läkemedelsavvikelser på särskilt boende arbetas i första hand med omvårdnadsmöten, Senior Alert och BPSD. Åtgärder kan även vara specifika träningsprogram ordinerade av sjukgymnast som styrketräning, balansträning, förflyttningsträning eller gångträning. Omgivningsfaktorer som flytt av möbler, antihalksockor, skor, höftskyddsbyxor, belysning, bälten är andra åtgärder som regelbundet ses över. Regelbundna läkemedelsgenomgångar inklusive viss provtagning är andra åtgärder som finns för att säkerställa att personen står på rätt medicinering.

### Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – avvikelser 2019

- Ett ständigt pågående arbete kring fall och läkemedelsavvikelser, att dessa analyseras, åtgärdas och återkopplas till personal
- Att hitta nya arbetssätt kring fallförebyggande åtgärder till personer som vistats på vår korttidsenhet på grund av fall i hemmet
- Att all personal inom ordinärt boende ska få utbildning i förflyttningsteknik och vardagsrehabilitering

Analys: Under året erbjöds alla över 85 år utan hemtjänst ett fallförebyggande hembesök, skillnaden mot föregående år var att patienten själv skulle ringa till rehab personalen och boka ett hembesök. Det visade sig att endast en person ringde av 50. Digital utveckling har lett till något minskade läkemedelsavvikelser. Nya arbetssätt med fokus på riskbedömningar och fall har utvecklats på korttidsenheten. Förflyttningutbildning inom hemtjänsten har skett.

### **Förslag till fortsatt arbete och förbättringar – avvikelser 2020**

- Ett ständigt pågående arbete kring fall och läkemedelsavvikelser, att dessa analyseras, åtgärdas och återkopplas till personal. Att avvikelser inom allmän och specifik omvårdnad uppmuntras att skrivas.
- Att hitta nya arbetssätt inom ordinärt boende ihop med HSR enhetens personal för att minska antalet fall
- Fortsätta med utbildningar till vikarier och nyanställda som kommer in i verksamheten under året i förflyttningsteknik och vardagsrehabilitering.
- Nytt arbetssätt istället för + 85 år; rehab personalen erbjuder ett kostnadsfritt hembesök till nya larmkunder.

## **11 Samverkan med patienter och närstående**

### *SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Generellt gäller för samtliga verksamheter och alla medarbetare att samarbeta med patienter och anhöriga. Det gäller i det dagliga arbetet att lyssna på och ta hänsyn till anhöriga som en expertresurs. Att vara uppmärksam och lyhörd på anhörigas olika behov som kan ändras över tid. Vi ska ge tydlig information om vad som finns att tillgå och samverka med övriga verksamheter.

Anhöriga ska erbjudas kunskaper om den sjukdom/funktionsnedsättning som den närstående har. Vi ska erbjuda tydlig information om vart stöd, vård och omsorg finns. De ska kunna känna trygghet med vården och omsorgen för den närstående. De ska bemötas med respekt, vänlighet och intresse överallt där de kommer i kontakt med vård- och omsorgsgivare.

För att anhöriga ska kunna ges stöd är det viktigt att tydliggöra vem som ansvarar för vad i verksamheten. Samverkan med anhöriga är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet om patienten vill och har gett sitt medgivande. På vår korttidsverksamhet hålls alltid en vårdplanering innan utskrivning där patient är i fokus och alltid medverkar.

## 12 Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

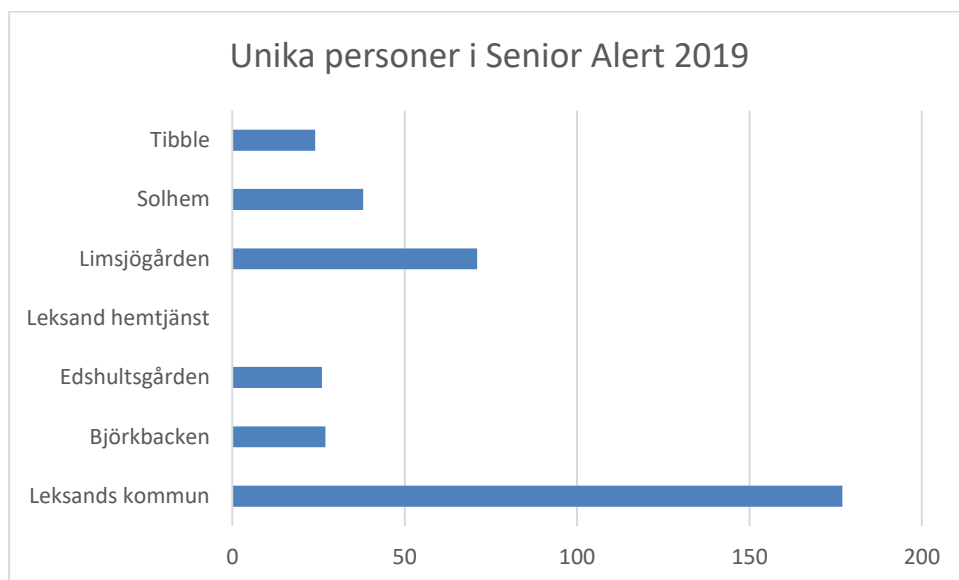
### 12.1 Senior Alert

**Särskilt boende:** Vi har ett väl fungerande systematiskt arbetssätt med team möten på särskilt boende där vi på ett naturligt sätt riskbedömer patienter minst två gånger årligen. Antalet riskbedömningar ligger ungefär likadant som förra året och vi har blivit bättre på att sätta in planerade förebyggande åtgärder. Alla särskilda boenden bedömer nu även munhälsa.

**Korttidsenheten:** Arbetet med riskbedömningar på korttidsenheten har förbättrats under året. Rutinerna är omgjorda för att hinna med att även utvärdera insatta åtgärder.

**Ordinärt boende:** Ingen riskbedömning är gjord då vi avslutat insatsen trygg hemgång samt har för få patienter i hemsjukvården.

Diagrammet nedan visar antal unika personer (177) som har fått minst en riskbedömning. 2018 var det 164 unika personer.

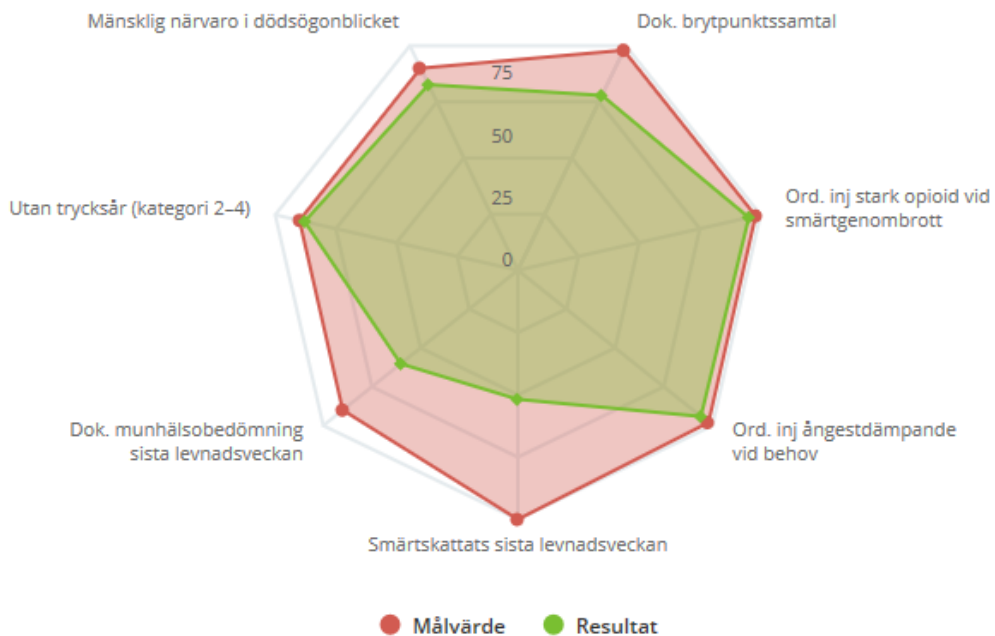




## 12.2 Palliativa registret

### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

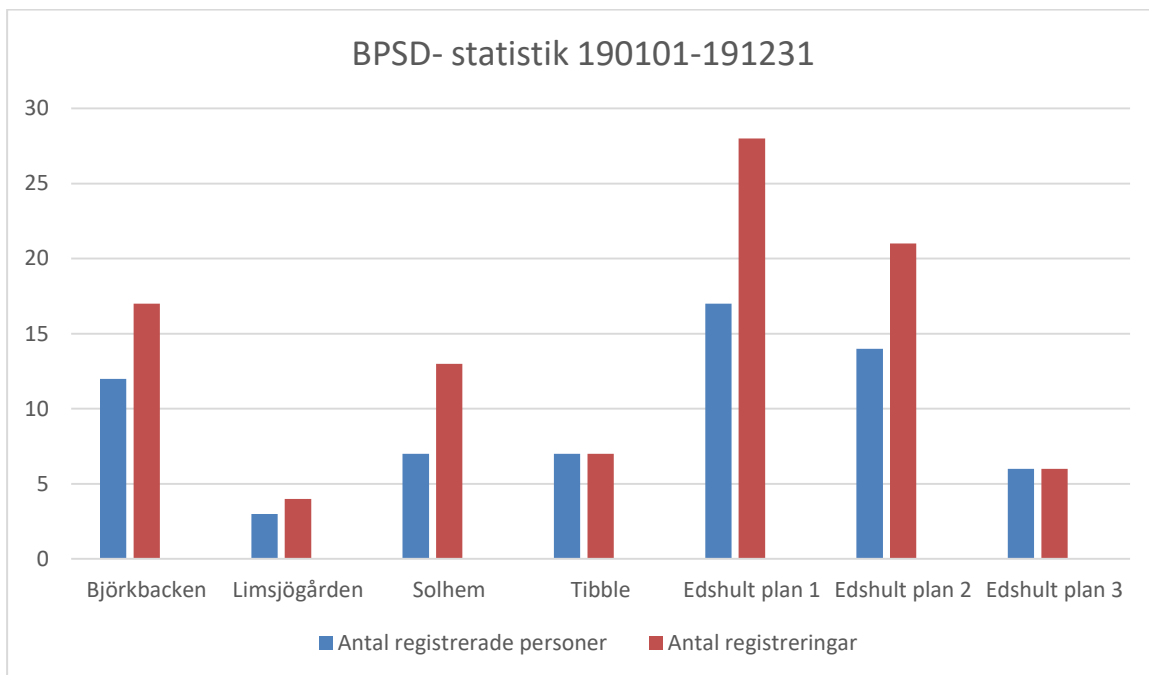
Period 2019-01 - 2019-12



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Analys: Cirka 55 personer har avlidit inom kommunens hälso- och sjukvård under 2019. Det är tjugo färre än året innan. Vi är bra på att ge lindring från symtom som kan uppkomma vid vård i livets slut. Det är oftast en person närvarande i dödsögonblicket, antingen personal eller närstående. Brytpunktssamtal är även i år bättre till närstående än direkt till patient. Vi behöver fortsatt arbeta med smärtskattning sista levnadsveckan samt att utföra och dokumentera en munhälsobedömning.

### 12.3 BPSD registret

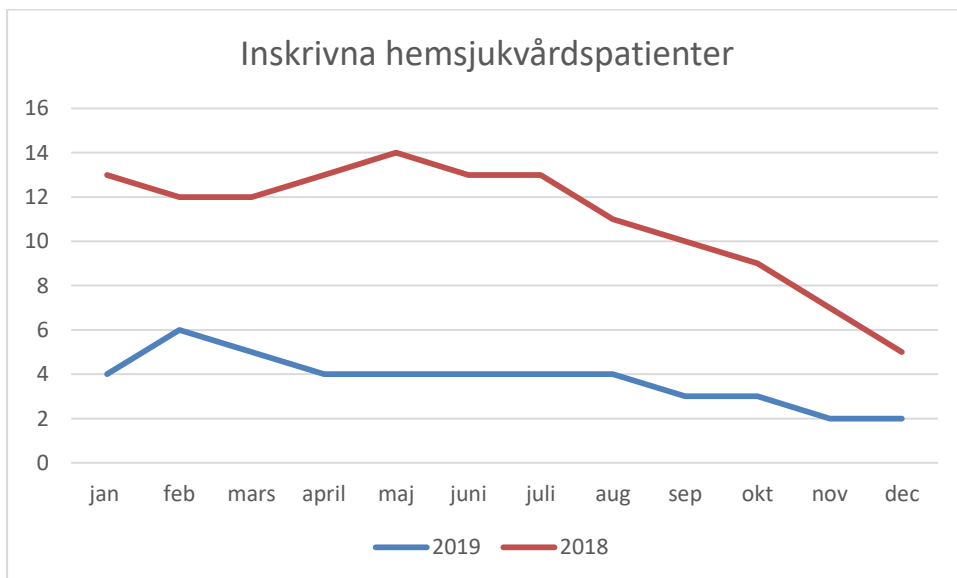


Analys: 66 personer är registrerade i registret under denna period.

96 registreringar är gjorda på dessa personer under perioden

### 12.4 Hemsjukvården

#### Inskrivna hemsjukvårdspatienter 2019/2018

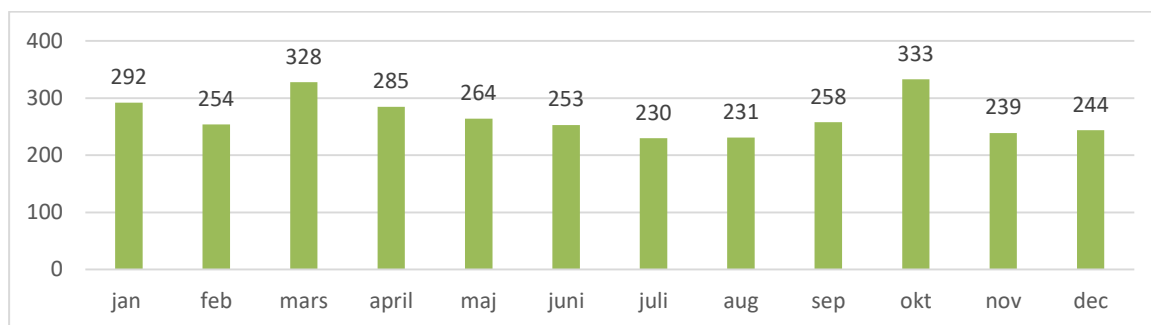


Analys: Inskrivna hemsjukvårdspatienter som kommunen har helhetsansvar för

har minskat markant under 2019

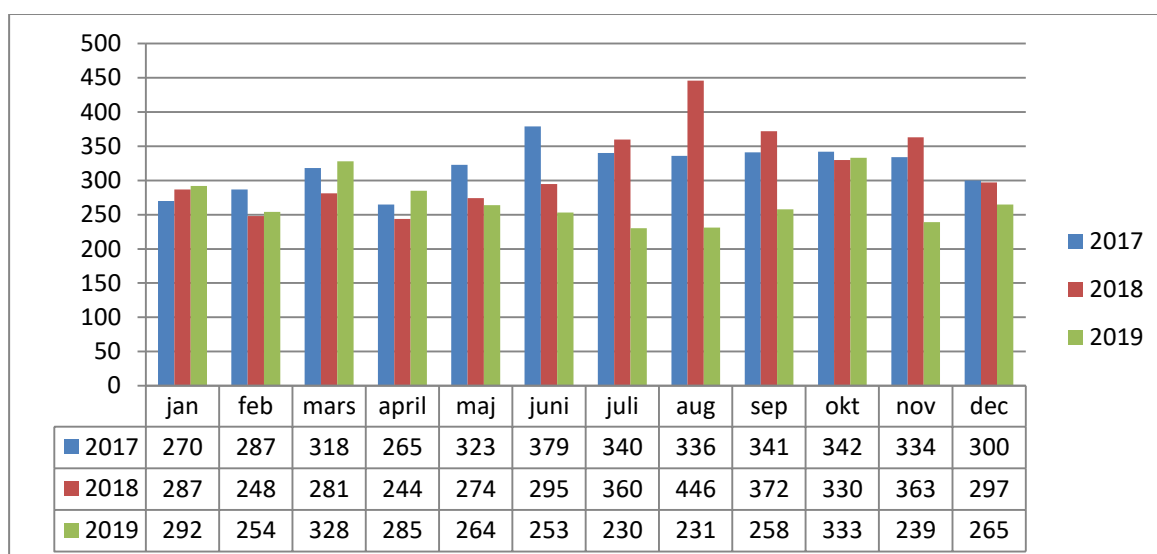
Det är vårdcentralens läkare som avgör vilka personer som skall skrivas in i hemsjukvården. Flera multisjuka som varit aktuella för hemsjukvården har även haft hjälp från specialistsjukvården, det är en anledning till varför hemsjukvårdsläkaren ej skrivit in dem. De sköts till stor del av specialistsjukvårdens läkare.

**Sammanlagda antalet hembesök av sjuksköterska/undersköterska i hemsjukvården 2019**

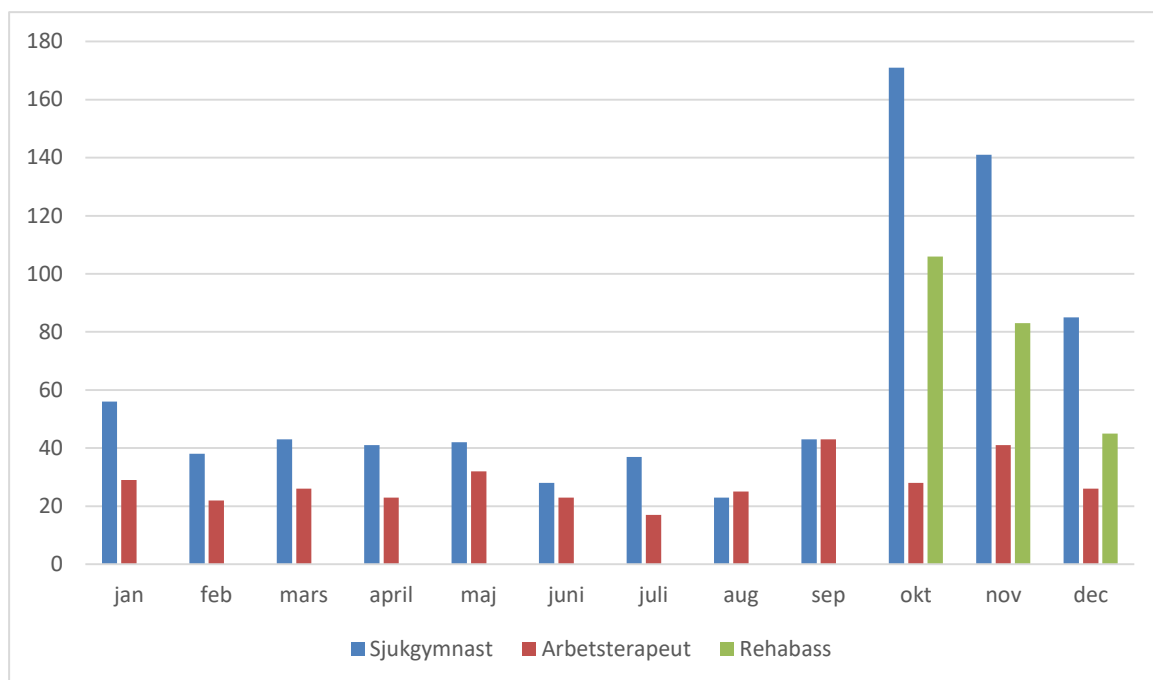


3200 (3211st) hembesök gjordes 2019. Det är 600 hembesök färre än under föregående år. 2018/3800 hembesök.

**Sammanlagda antalet hembesök av sjuksköterska 2017-2019**

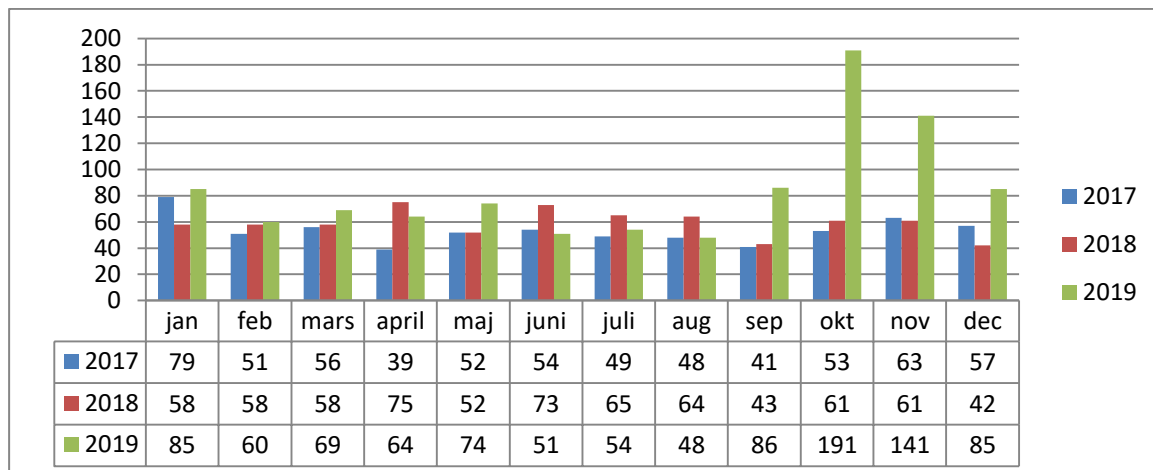


**Sammanlagda antalet hembesök av arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och rehabassistent 2019**

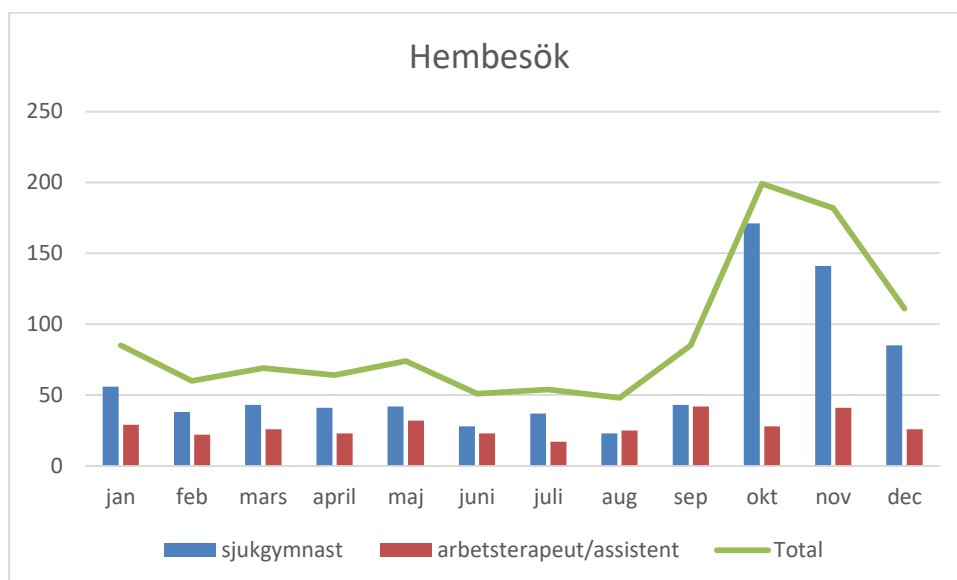


En rehabiliterings assistent projektanställdes i oktober månad för att utföra alla delegerade rehab uppgifter i ordinärt boende. Detta ökar kvalitén på utförandet av träningen eftersom det endast är en person som utför träningen istället för flera inom hemtjänsten. Därav ökat antal hembesök av rehabassistent.

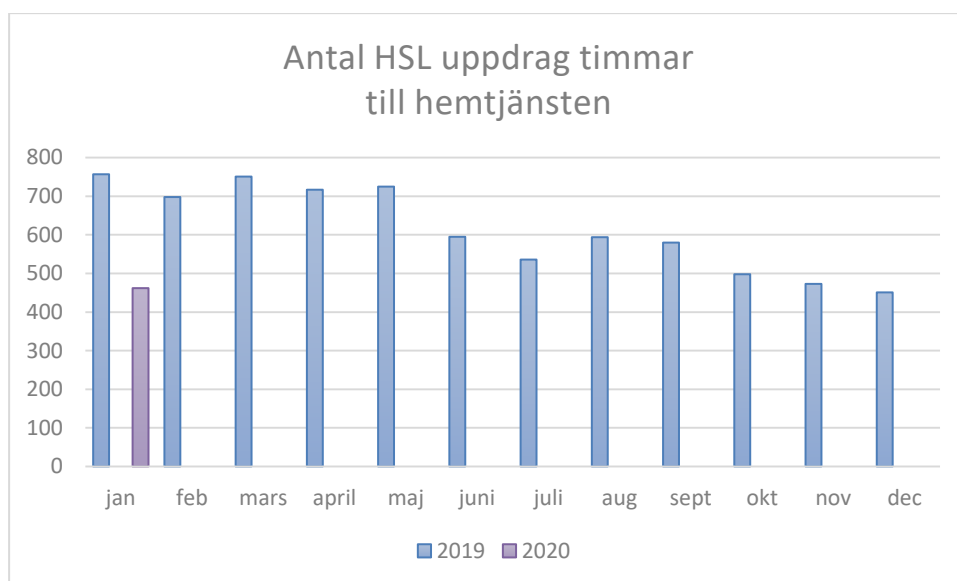
**Sammanlagda antalet hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut 2017-2019**



**Sammanlagda antalet hembesök av rehab personal dagtid**



Analys: Under 2019 har det utförts cirka 1082 hembesök till ordinärt boende. Det är cirka 372 fler besök än året innan. Ökningen beror på att vi har anställt en rehabassistent under oktober, november och december.



### **Antal HSL timmar, delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter**

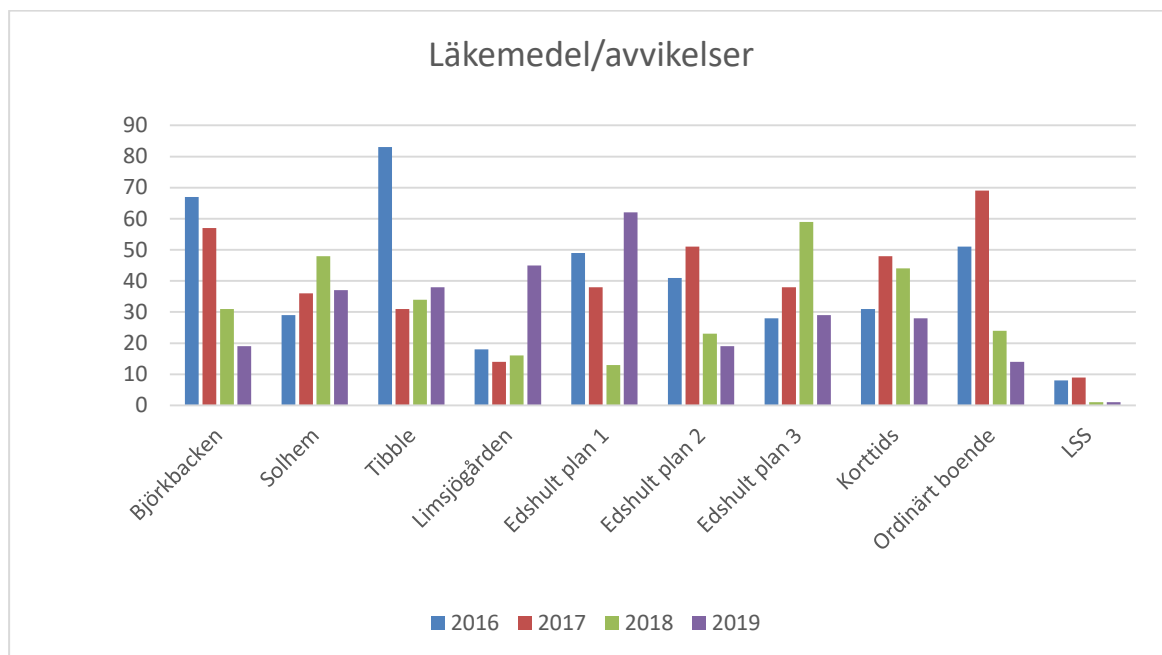
Analys: Under 2019 har vi sett att antalet timmar som hemsjukvården delegerar hälso- och sjukvårdsuppgifter till hemtjänsten ligger på cirka 700timmar/månad. Vi kan även jämföra de olika hemtjänstgrupperna och hur de varierar över tid. Norra 2 har varit det område som haft flest antal timmar. Tydligt blir att i oktober anställdes en rehabassistent som då tog över de delegerade HSL timmarna gällande rehabinsatser från hemtjänsten.

### **+ 85 Hembesök**

Arbetet med att förebygga fall har fortsatt under hela 2019. Endast ett fallförebyggande hembesök har gjorts av arbetsterapeut det är en minskning med 74 personer sedan 2018. Orsaken till det låga resultatet är att den enskilde skulle ringa upp själv och boka tid.

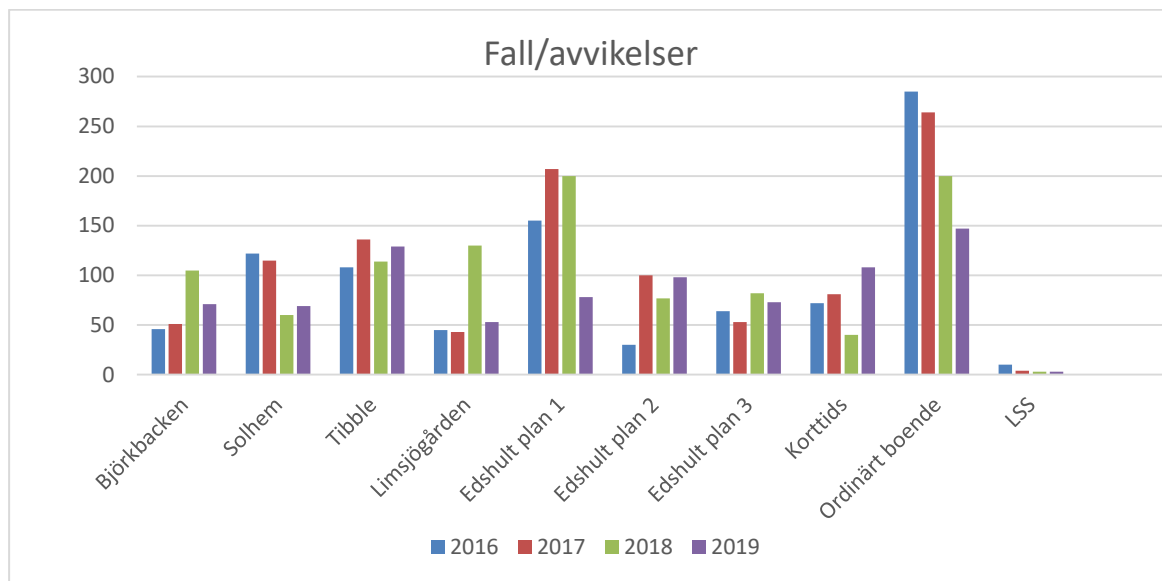
## 12.5 Avvikelser

### 12.5.1 Läkemedel 2016/2017/2018/2019



Analys: Antal läkemedel avvikelser 2019/ 324 st. Det kan jämföras med 2018/392 st. En minskning med 68 st. Den största minskningen har varit på Edshult plan 3 där man halverat sina läkemedelsavvikelser, en del av minskningen beror på att en avd har plomberats under året. Ordinärt boende har under senare halvåret börjat med digital signering och minskat sina läkemedelsavvikelser. Även korttidsenheten hann starta upp med digital signering under året. Edshult plan 1 och Limsjögården har blivit bättre på att identifiera avvikelser och rapportera sedan införandet av Appva. Den största orsaken till avvikelser, beror på att man glömt, missat eller gett försent. Under 2020 fortsätter arbetet av digital signering som tydligare visar på avvikelser av läkemedel.

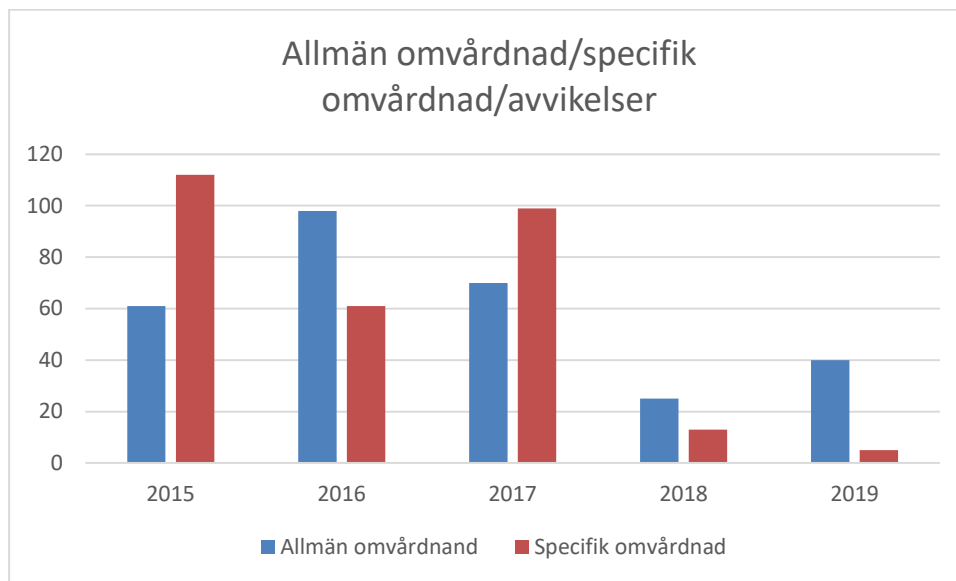
### 12.5.2 Fall 2016/2017/2018/2019



**Analys:** Antal registrerade fall 2019 var 885 totalt i kommunen. Antal registrerade fall 2018 var 1030. 145 mindre fall avvikelser har registrerats under året. 734 fall inträffade på särskilt boende och 147 i ordinärt boende. Edshult plan 1 har 122 färre fall och Limsjögården 77 färre fall. Minskningen beror till viss del på att några enskilda patienter inte längre bor kvar eller har blivit sämre i sin sjukdom.



### 12.5.3 Allmän omvårdnad/Specifik omvårdnad



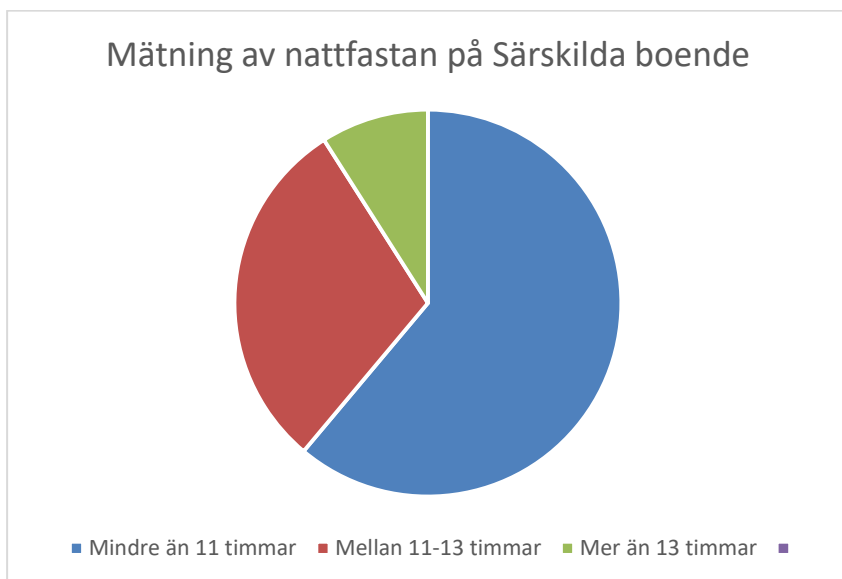
Analys: Avvikelse inom allmän omvårdnad har ökat mycket under året medan specifik omvårdnad har minskat. Vi har senaste åren satsat på kompetens inom områden som nutrition, hygien och palliativ vård vilket vi gjort genom olika ombudsroller. Rehab registrerar inte utebliven träning på särskilt boende. Eventuellt finns en underrapportering av just dessa avvikelser. Framöver behöver vi se över den manuella hanteringen som är idag för att underlätta avvikelshanteringsprocessen för omvårdnadspersonal.

## 12.6 Nattfasta

Nattfastan mättes en gång under hösten 2019 på alla särskilda boenden. Målet är att nattfastan ska ligga under 11h. Nattfastan skiljer sig åt mellan olika boenden. Flera boenden arbetar aktivt med rutiner för en förbättrad nattfasta tillsammans med kostombud, sjuksköterska och enhetschef.

Den registreras enligt denna skala:

- under 11 h
- mellan 11h - 13h
- över 13 h



**Analys:** Resultatet visar att 61% når målet under 11 timmar. Mellan 10-15 % av de som bor på särskilt boende vill sova och tackar nej till erbjuden dryck nattetid. Resultatet är betydligt bättre på de särskilda boenden som har infört ny måltidsordning. Ombudsträffarna blev inställda på grund av olika omständigheter. Dietisten har inte haft möjlighet att träffa personalen under året.