



# Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

200204 Carina Stavåsen

---

---

## Innehåll

.....	1
<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>1. STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	6
<b>2. SAMVERKAN för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>7</b>
Samverkan med andra vårdgivare regional nivå .....	7
Lag om utskrivningsklara patienter .....	8
Samverkan delregionalt - lokalt .....	8
Samverkan lokal primärvård .....	8
Patienters och närståendes delaktighet .....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll .....	9
<b>3. PROCESSER - för att öka och förbättra patientsäkerheten .....</b>	<b>9</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	11
<b>4. RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>12</b>
Vårdhygien .....	12
Avvikelser .....	12
BPSD-registret .....	14
Palliativregistret .....	15
Senior alert .....	18
<b>5. Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>18</b>

---

## Sammanfattning

Genom att kvalitetssäkra utvalda processer och rutiner utifrån gällande lagstiftning och lokala förutsättningar förväntas en hög patientsäkerhet och kostnadseffektivitet kunna uppnås.

Inför 2019 identifierades följande områden och processer att sätta särskilt fokus på inom patientsäkerhet;

- Dokumentation – införande av ny del i patientjournal,
- Avvikelseprocessen, översyn av rutiner och arbetssätt,
- Läkemedelshantering implementering av ny rutin,
- Delegering, översyn av möjlighet att införa webbaserad utbildning inför delegering.

Processerna är påbörjade och några är avslutade enligt beskrivning i dokumentet. Under året har ett antal allvarliga händelser utretts och brister i verksamheten har identifierats, utretts och åtgärder beslutats för att förhindra liknande händelser. Flera händelser har uppmärksammats av anhöriga via klagomålshantering, två klagomål ledde till lex Mariaanmälan. Stor brist att inte verksamheten upptäcker sina egna brister.

Utifrån att en stor del av avvikelser inte utreds och analyseras kan konstateras att patientsäkerheten till viss del äventyras.

Under året har många nya sjuksköterskor anställts samtidigt som nytt sätt att planera bemanning införts. Riskanalys gjordes inte utifrån sjuksköterskors ansvar och arbetsuppgifter vilket bidragit till att patientsäkerheten stundtals varit bristande.

Under 2020 ska prioriteringar för ökad patientsäkerhet göras inom följande områden :

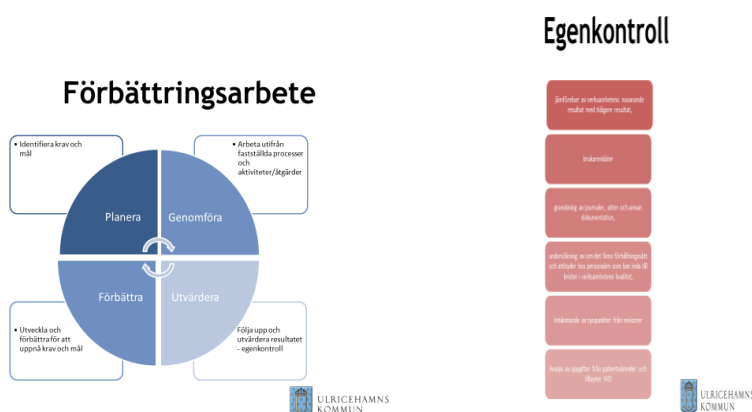
- Läkemedelshantering
- Dokumentation
- Delegeringsförfarandet till omvårdnadspersonal
- Avvikelseprocessen
- Vårdpreventionsarbetet
- Palliativ vård
- Vårdhygien

# 1. STRUKTUR

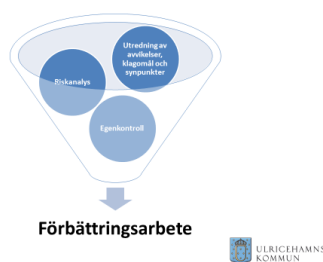
## Övergripande mål och strategier

Att utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 verka för ett ledningssystem, som är känt, används och följs inom samtliga berörda verksamhetsområden och bidrar till hög patientsäkerhet.

Genom att fortlöpande kvalitetssäkra processer och rutiner samt granska verksamhetens insatser, säkerställa att vård och behandling bedöms, utförs och utvärderas på ett patientsäkert sätt. Patientsäkerhetsarbetet utformas utifrån gällande lagstiftning och kommunens övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.



## Systematiskt förbättringsarbete



Ledningen för verksamheten ska med stöd av ledningssystemet styra verksamheten till ett systematiskt, metodiskt och processororienterat arbetssätt som kontinuerligt utvecklar kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet.

---

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Ansvarig politisk nämnd har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

### Socialchef

Har ett övergripande administrativt ansvar för planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet.

### Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Ska tillsammans med MAS och MAR (medicinskt ansvariga) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefen skall bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten.

### MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska)

Ska tillsammans med MAR och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

### MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering)

Ska tillsammans med MAS och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen 4 kap. 2 § upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet avseende rehabilitering och inom ramen för ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

### Verksamhetschef/Enhetschef

Ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställts inom patientsäkerhet och som verksamheten är berörd av, är väl kända av personalen samt att ny personal får den introduktion som krävs för att kunna arbeta med metoder och arbetssätt utifrån patientsäkerhet.

### Vård- och omsorgspersonal

är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### Stödfunktioner

Vårdhygien och smittskyddsensheten på Södra Älvsborgs sjukhus.

---

## Struktur för uppföljning/utvärdering

Struktur för uppföljning kopplat till mål och strategier finns för

- avvikelshantering
- kvalitetsregister
- dokumentation/loggkontroller
- nationella kvalitetsmätningar
- vårdhygien egenkontroll
- läkemedelsuppföljningar
- utvärdering av arbetssätt och metoder

### Avvikelsehantering

Avvikelseberättelserna är en av de viktigaste källorna till att upptäcka vårdskador och risk för vårdskador. Avvikelse inom hälso- och sjukvården ska rapporteras och verksamhetens chef utreder, analyserar och följer upp i team med berörd personal. Särskilt allvarliga händelser utreds av MAS som bedömer om händelsen ska anmälas enligt Lex Maria.

MAS följer upp, sammanställer, analyserar och redovisar till nämnd och verksamheter en gång per år.

Avvikelse i vårdsamverkan rapporteras och hanteras enligt överenskommelse inom Närvårdssamverkan i södra Älvsborg. Avvikelse gällande apotek och medicintekniska produkter rapporteras enligt särskilda rutiner.

### Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister används för systematiskt kvalitetsarbete;

- *Senior alert*;  
via registret följs resultatet för det vårdpreventiva arbetssättet gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och inkontinens.
- *Palliativregistret*;  
via registret följs hur den palliativa vården fungerade sista veckan i patientens liv och ger indikationer på förbättringsåtgärder inom verksamheten.
- *BPSD (beteendemässiga symtom vid demenssjukdom)-registret*;  
via registret ges förslag på evidensbaserade vård- och omsorgsåtgärder vid beteendemässiga symtom vid demenssjukdom.

MAS gör analyser och årliga sammanställningar och jämför resultaten mot uppsatta mål och redovisar till nämnd och verksamhet.

### Dokumentation/loggkontroller

Journalgranskning genomförs i samband med MAS utredning av avvikelser. Strukturerad journalgranskning bör genomföras. Rutin finns för loggkontroller av patientjournaler.

---

## Nationella kvalitetsmätningar jämförelser

Kommunen har som avsikt att delta i nationella mätningar och jämförelser. Resultat från nationella kvalitetsmätningar och jämförelser redovisas till nämnd och verksamhet.

## Vårdhygien

Enhetschef ansvarar för att driva följsamhet till basala hygienrutiner och särskilda hygienombud ska finnas på varje enhet. Årlig uppföljning av MAS. All personal ska få information om rutinen för basala hygienrutiner och skriva under ett intyg att de är skyldiga att följa rutinen. För att kvalitetssäkra personalens tillämpning av basala hygienrutiner finns en webbaserad utbildning att tillgå.

I kommunen finns beslut att all vårdpersonal som jobbar med vårdnära arbete ska ha daglig tillgång till rena arbetskläder utifrån fastställda krav och att dessa ska kunna tvättas, torkas och förvaras på arbetsplatsen. Personal ska också byta om på arbetsplatsen.

Löpande funktions- och egenkontroller av disk- och spoldesinfektorer ska göras ute på enheterna. Årlig service och funktionskontroll görs enligt avtal med extern utförare. Checklistor för enhetens egenkontroll av följsamhet till vårdhygieniska rutiner finns att tillgå.

## Läkemedel

För varje enskild patient ska årlig fördjupad läkemedelsgenomgång göras enligt lokal överenskommelse med ansvarig vårdcentral. Läkemedelshandlingen är föremål för ständig förbättring och sker via särskild arbetsgrupp. Kommunala akutförråd finns för att täcka behovet av akut ordinerade läkemedel. Särskilt utsedda sjuksköterskor ansvarar för förråden.

## Arbetsätt och metoder

Arbetsätt inom hälso- och sjukvård är tillgängliga för all berörd personal genom aktuella rutiner och riktlinjer på intranätet. Utifrån inkomna synpunkter, avvikelser och omvärldsbevakning ska arbetsprocesser regelbundet analyseras och förbättras. Rutiner och riktlinjer ska vara uppdaterade och aktuella.

## 2. SAMVERKAN för att förebygga vårdskador

### Samverkan med andra vårdgivare regional nivå

Samverkan mellan regionen och kommunerna gällande hälso- och sjukvård regleras i *Hälso- och sjukvårdsavtalet* samt *Ramavtal för läkarsamverkan* som finns mellan Västra Götalandsregionen och VästKom. Kommunen kan bidra med att bemanna arbetsgrupper på regional nivå.

---

## **Lag om utskrivningsklara patienter**

Under året har den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård tillämpats fullt ut med förkortad planeringstid och snabbare hemtagning av utskrivningsklara patienter inom den somatiska vården. Planering för likartat arbetssätt för den psykiatriska slutenvården har förberetts och börjat tillämpas successivt och ska vara genomfört i april 2020.

## **Samverkan delregionalt - lokalt**

Samverkan på delregional nivå mellan kommun och region regleras i styrdokument och avtal beslutade i Närvårdssamverkan i södra Älvsborg.

Inom området vårdhygien finns en nära samverkan med enheten Vårdhygien på Södra Älvsborgs sjukhus.

Socialchef representerar kommunen i Närvårdssamverkans styrgrupp. En lokal ledningsgrupp håller regelbundna samverkansmöten där olika representanter från kommun, primärvård och sjukhus deltar. Arbetsgrupper utses vid behov.

Avvikelse rapportering vid brister i vårdens övergångar mellan kommunen och andra vårdgivare ses som en viktig del att förbättra patientsäkerheten. Händelser av vikt tas upp på lokala ledningsgruppen för Närvårdssamverkan.

Kommunen kan också ha representanter i delregionala arbetsgrupper bl.a för det gemensamma informationssystemet SAMSA.

## **Samverkan lokal primärvård**

En lokal överenskommelse för läkarmedverkan för kommunens patienter är framtagen och ingår i vårdcentralernas Närområdesplan. Överenskommelsen hänvisar till rutiner där det ska framgå hur samverkan ska ske. Regelbundna samverkansmöten hålls där bl.a chefer från respektive vårdcentral och kommun deltar. På kvällar, nätter och helger finns avtal mellan Primärvård och extern utförare för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att patienter och närstående ges möjlighet att medverka och påverka i den enskildes vård och behandling. Detta görs möjligt vid t.ex. inskrivningssamtal, vårdplanering, upprättande av hälsoplan, i den dagliga vården samt vid utredning av avvikelser. Kommunens särskilda anhörigstöd finns också att tillgå.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

All personal inom sektor Välfärd ska ha kunskap om vikten av att rapportera händelser och risker som patienter och brukare utsätts för. Närmaste chef ansvarar för att informera sin personal vad som ska rapporteras, hur man gör och att avvikelshanteringen blir ett verktyg att utveckla och förbättra verksamheten.



---

## Klagomål och synpunkter

### Inom kommunen

Via kommunens hemsida finns möjlighet att skicka in klagomål och synpunkter. Ute i verksamheterna finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål. Dessa hanteras enligt rutin och utreds av berörd chef eller annan lämplig person.

### Patientnämnden

Klagomål och synpunkter, som kommer via Patientnämnden tas emot och utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller verksamhetschef. Information om Patientnämnden finns på Ulricehamns kommuns hemsida.

## Egenkontroll

Se under resultat och analys.

## 3. PROCESSER - för att öka och förbättra patientsäkerheten

För 2019 sattes mål att för ökad patientsäkerhet och effektivare arbetssätt se över rutiner och processer för läkemedelshantering, delegering, dokumentation och avvikelser.

### Läkemedelshantering

Rutinen för läkemedelshantering har under året reviderats genom en arbetsgrupp. En av de viktigaste förändringarna var att all personal som handhar läkemedel alltid ska utgå från en aktuell läkemedelslista. Arbetsättet grundar sig i gällande författningar från socialstyrelsen och överenskommelser mellan region och kommun. Svårigheter finns att få fram tydliga läkemedelslistor från behandlande läkare för de patienter som inte har dosdispenserade läkemedel.

Under året har försök gjorts att införa digital signering när läkemedel har getts till patient, detta arbetssätt antas minska antalet avvikelser för läkemedelshantering. Pilotprojektet havererade och fick avbrytas främst pga bristande tekniska förutsättningar men också bristande samplanering mellan IT-enheten och sektor välfärd.

Förvaring av läkemedel är fortfarande bristfällig i kommunen men läkemedelsskåp med digital låsanordning har installerats på flera vård- och omsorgsboenden och fortsätter under 2020. I det ordinära boendet finns läsbara skrin att förvara läkemedel i om kommunen tagit över ansvaret.

---

Nyckeln till skrinen används också till vissa nyckelboxar där nyckel till patientens bostad förvaras. Det medför en stor säkerhetsrisk utifrån behörighet, delegering och förvaring av läkemedel. Den bristande säkerheten kan bidra till svinn av narkotiska läkemedel men också till stora svårigheter att utreda avvikelser kring försvunna läkemedel.

### **Delegering**

Arbets sättet för delegering av arbetsuppgifter har under året strukturerats och systematiserats så att all personal ska ha samma grundkunskaper för att kunna ta emot en delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Arbets sättet innebär att man först gör en webbutbildning med avslutande kunskapstest och sen träffar man en sjuksköterska som går igenom rutiner och arbetssätt för att därefter avgöra om delegering kan ges.

### **Dokumentation**

Under året har förts ett omfattande arbete med många inblandade för att planera införandet av helt ny del i patientjournalen, det s.k ”hälsoärendet”. Arbetet har skett tvärprofessionellt mellan legitimerad personal. Hälsoärendet innebär ett helt nytt sätt att strukturera journalen på och bygger på nationell informationsstruktur för dokumentation inom hälsa, vård och omsorg. Arbetet har dock under hösten fått stå tillbaka pga pilotprojektet för digital signering. Se även under ”Informationssäkerhet”.

### **Avvikelsehantering**

Under året har ett omfattande arbete startats med att se över processen för avvikelsehantering. Arbetet genomförs med representanter från alla verksamheter inom sektor välfärd och målet är att få fram en gemensamt arbetssätt som fungerar oavsett inom vilken verksamhet man jobbar. Arbetet beräknas vara klart under första halvåret av 2020.

### **Förskrivning inkontinensprodukter**

Under året har ett nytt arbetssätt införts för att säkerställa förskrivningsprocessen för inkontinensprodukter. För de som inte är distriktssköterskor genomförs en webbaserad utbildning med kunskapstest. Därefter genomgång och diskussion i grupp och behörighet ges för förskrivning.

### **Risakanalys**

Risker gällande patientsäkerhet upptäcks ofta via avvikelserapporter, klagomål och synpunkter och om händelseanalys görs så identifieras risker och metoden ”varför-därför” håller på att implementeras. Händelseanalyser är vanligare än riskanalyser.

### **Bemanning och ledarskap för sjuksköterskeenheter**

Ett kraftfullt och tydligt ledarskap är viktigt för en hög patientsäkerhet. I halvårsskiftet avslutade de två enhetschefer som då var anställda för att

---

leda sjuksköterskeheten sina tjänster och en konsult anlätades för att täcka upp tills rekrytering av ny chef blev klar i slutet av året. Avsaknad av tydlig styrning och ledning av enheten samt införande av nytt planeringssystem för bemanning har bidragit till brister i patientsäkerheten under året.

Under året har det rekryterats många nya sjuksköterskor samtidigt som sjuksköterskorna under vissa perioder har flyttats runt mellan de olika områdena utifrån schemaplanering. Vid schemaplaneringen har ingen eller lite hänsyn tagits till den enskilda sjuksköterskans patientansvar, planerad läkarmedverkan, teammöten eller aktiviteter som sker i samarbete med andra vårdaktörer och verksamheter. Detta har medfört risker i patientsäkerhet bl.a i form av bristande uppföljning av insatta åtgärder vilket lett till t.ex trycksår och försämrad sårhäkning hos patienter. Bristande information/kännedom om patienten vid läkarkontakt är också en följd när sjuksköterskor flyttas runt mellan de olika områdena. Någon riskanalys utifrån patientsäkerhet gjordes inte vid införande av nytt arbetssätt för schemaplanering eller när många nya sjuksköterskor anställdes.

### **Utredning av händelser - vårdskador**

Under året har flera allvarliga händelser utretts, varav två lett till Lex Mariaanmälan. Händelserna har handlat om bristande kontroll, bedömningar och åtgärder när patienter försämrats i sitt hälsotillstånd. Utredningarna med förslag på åtgärder har varit godkända av IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Lex Mariaanmälningarna ledde till en rad förslag på åtgärder för att minska risken för liknande händelser, bl.a att ViSam och SBAR skulle införas som rapporteringsstöd under året.

Genomgående är att de flesta händelser som lett till fördjupad utredning har inkommit som klagomål från anhöriga, de har inte uppmärksammats av verksamheten, vilket är allvarligt och visar på behov av översyn av arbetssätt och rutiner.

Övriga allvarliga händelser är att antalet avvikelser där svinn av narkotiska läkemedel har ökat drastiskt. 55 avvikelserapporter är inlämnade på sammanlagt hundratals tabletter som saknas. Dessa händelser utreds i första hand som Lex Sarahutredningar men kopplas också till hälso- och sjukvårdsverksamhetens ansvar för läkemedel.

### **Informationssäkerhet**

Under året identifierades att ett antal personer dokumenterade och signerade i patientjournalen som legitimerade sjuksköterskor när de istället var anställda som undersköterskor, omvårdnadsassistenter eller demenssamordnare. Ingen av dem hade legitimation som sjuksköterska och hade fått rollen tilldelad av ansvarig chef. Några hade ifrågasatt riktigheten i detta men dåvarande chefer hade inte reagerat på att det skulle vara fel och kunna äventyra patientsäkerheten. Detta är nu åtgärdat och MAS har haft diskussion med socialstyrelsen om att det i många journaler finns journalanteckningar som ser ut att vara gjorda av legitimerad personal men som

---

inte är det och om ska hanteras på något särskilt sätt. Slutsatsen blev att det är omöjligt att i efterhand rätta till utan det är en brist som kommunen får hantera om och när frågeställningar dyker upp.

Respektive chef ansvarar för att beställningar och ändringar av behörigheter omgående rapporteras till systemförvaltare. Behörigheter i HSA-katalogen går igenom av HSA-ansvarig varje månad.

## 4. RESULTAT OCH ANALYS

### Vårdhygien

#### Basala hygienrutiner

Följsamhet till basala hygienrutiner ska kontrolleras genom egenkontroll en gång/år på varje enhet. Egenkontrollen utförs av vårdpersonal då de uppger hur de följt basala hygienrutiner vid ett eller flera vårdtillfällen. Under 2019 har egenkontroll utförts inom enheterna Parkgården, Hökerumsgården, Ekero, Centrala hemtjänsten, URC och dagcenter. Sammanlagt har 93 vårdtillfällen granskats. Detaljerat resultat visas inte här men stor följsamhet finns till rutinen för arbetskläder, klockor, ringar, nagellack och hår. Mindre följsamhet finns till rutiner för användandet av handsprit före vårdnära arbete samt att använda engångsförkläde.

#### Spol- och diskdesinfektorer

Diskdesinfektorer finns på flera enheter som används för desinfektion av använda instrument och utrustning. Serviceavtal på diskdesinfektorerna sades upp under 2018 pga höga kostnader men ingen riskbedömning gjordes av konsekvenser. Service och genomgång av maskinerna är nödvändigt att utföra varje år för att garantera avsedd funktion. Under 2019 har MAS påtalat behovet av att snabbt få till ett nytt serviceavtal för befintliga maskiner samt behovet av inköp av diskdesinfektorer till de enheter där det saknas. Något nytt avtal har inte tecknats och maskinerna har använts med risk för att sprida vårdrelaterade infektioner.

Spoldesinfektorer som också används för rengöring och desinfektion av utrustning finns på några enheter men det finns heller inga serviceavtal och ingen har haft kontroll på dessa maskiner. Under 2020 är det högsta prioritet att serviceavtal och bedömning av befintliga maskiner görs samt att rutin över ansvar och daglig skötsel tas fram och implementeras.

### Avvikelser

Antalet rapporterade avvikelser har ökat jämfört med föregående år, se tabeller. Av det totala antalet 4040 har 1474 inträffat inom socialtjänsten och LSS men redovisas inte i detalj i patientsäkerhetsberättelsen.

Totalt rapporterade avvikelser inom SoL, LSS och HSL			
	2019	2018	2017
<b>totalt</b>	<b>4040</b>	3521	3195

Av dessa 4040 avvikelserapporter var de som hade inträffat före 191031 fortfarande 1680 under utredning eller ej påbörjade vid årets slut.

Avvikelse läkemedelshandling			
	2019	2018	2017
Utebliven dos	578	415	409
Läkemedel saknas, ej iordningsställt	101	114	27
Fel dos/fel patient/fel läkemedel	139	80	118
Brist narkotiska läkemedel/svinn	55		
Brister läkemedelslista/signeringslista	13		
<b>totalt</b>	<b>886</b>	<b>609</b>	<b>554</b>

Antalet avvikelser inom läkemedelshandling har ökat med 45%. Ökningen har skett inom alla kategorier, mest allvarligt är de avvikelser som handlar om att patienten får fel läkemedel, fel dos eller att läkemedlet ges till fel patient. Bristande följsamhet till rutiner är en vanlig orsak till att det blir fel.

En annan kategori som ökat och är mycket allvarlig är svinnet av narkotiska läkemedel. Flera lex Sarautredningar har gjorts eller är påbörjade men utredningarna är svåra pga att det oftast är svårt att ringa in tidpunkten när läkemedlet försvann. Digitala lås med loggfunktion införs på alla boenden inom äldreomsorgen vilket möjliggör kontroll av vem som varit i skåpet, mindre mängd narkotiska läkemedel förvaras hemma hos patient och tätare kontroller införs.

Övriga avvikelser hälso- och sjukvård			
	2019	2018	2017
Utebliven/felaktig behandling eller träning	92	5	
Trycksår/vårdrelaterad smitta	8	1	
<b>totalt</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	

Antalet rapporterade händelser inom detta område handlar främst om utebliven träning. Orsaken är till stor del att träning väljs bort vid tidspress eller osäkerhet kring utförandet men också att det glöms av.

Avvikelser fall			
	2019	2018	2017
Fall med skada	148	128	136
Fall utan eller med mindre skada	<b>1432</b>	1488	1421
<b>Totalt</b>	<b>1580</b>	1616	1557

Totala antalet fall har minskat men antalet med skada har ökat vilket pekar på vikten av att jobba vårdpreventivt och genomföra riskbedömningar för att kunna vidta förebyggande åtgärder.

### Avvikelser i Närvårdssamverkan

Kommunen har skickat ca 80 avvikelser inom området ”brister i Närvårdssamverkan” till andra vårdgivare. Rapporterna berör främst bristande information i samband med utskrivning från sjukhus. Kommunen har t.ex inte fått aktuella läkemedelslistor eller epikriser vilket äventyrar patientsäkerheten och orsakar kvalitetsbrister och högre arbetsbelastning. Avvikelser lokalt gentemot primärvården handlar mestadels om bristande tillgänglighet och följsamhet till överenskomna samverkanstider men också bristande åtgärder i samband med förändrade läkemedelsordinationer. Kommunen har fått 13 avvikelser till sig från andra vårdgivare. Dessa handlar om bristande informationsöverföring och brister i samband med provtagning. Förbättringsåtgärder har vidtagits utifrån vissa avvikelser.

### BPSD-registret

BPSD-registret används för att hitta evidensbaserade omvårdnadsåtgärder vid BPSD-symtom. För att använda registret krävs en 2,5 dagars utbildning som certifierar administratörens behörighet och säkerställer kompetens. Sen 2012 har kommunen utbildat ca 120 administratörer men arbetssättet har inte tagit fart till att vara en naturlig del i verksamheterna.

	2019	2018	2017
<b>Antal registreringar</b>	20	60	82

Registreringarna är gjorda på Ryttershov, Hökerumsgården och URC, de flesta under första halvåret av 2019.

Antal utbildade BPSD-administratörer	2019	2018	2017
Sjuksköterskor		12	4
Arbetsterapeut, fysioterapeut		11	5
Enhetschefer		3	4
Omvårdnadspersonal		21	9
<b>totalt</b>	8	47	22

Idag finns 36 aktiva användare varav 8 har utbildats under 2019. Användarna är spridda inom både legitimerad personal, chefer och omvårdnadspersonal samt finns på alla enheter. Trots den stora utbildningsinsatsen så har inte arbetet med att använda registret fått fart, tvärtom minskat sen 2017.

## Munhälsa - tandvård

Den som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till intyg om N-tandvård (nödvändig tandvård), vilket innebär att personen betalar samma patientavgifter som i hälso- och sjukvården.

Sjuksköterska eller handläggare bedömer om personen är berättigad till intyget som även ger rätt till en årlig munhälsobedömning utförd av regionens utsedda utförare.

Regionen ska också erbjuda årlig utbildning till alla personalgrupper i munhälsa.

Intyg om N-tandvård och munhälsobedömning				
	Äldreboende		LSS+ ordinärt boende	
	2019	2018	2019	2018
Antal personer med intyg om nödvändig tandvård	169	186	262	249
Antal (andel)tackat ja till munhälsobedömning	150	168	97	81
Antal (andel)tackat ja till munhälsobedömning som fått en MHB	170		71	

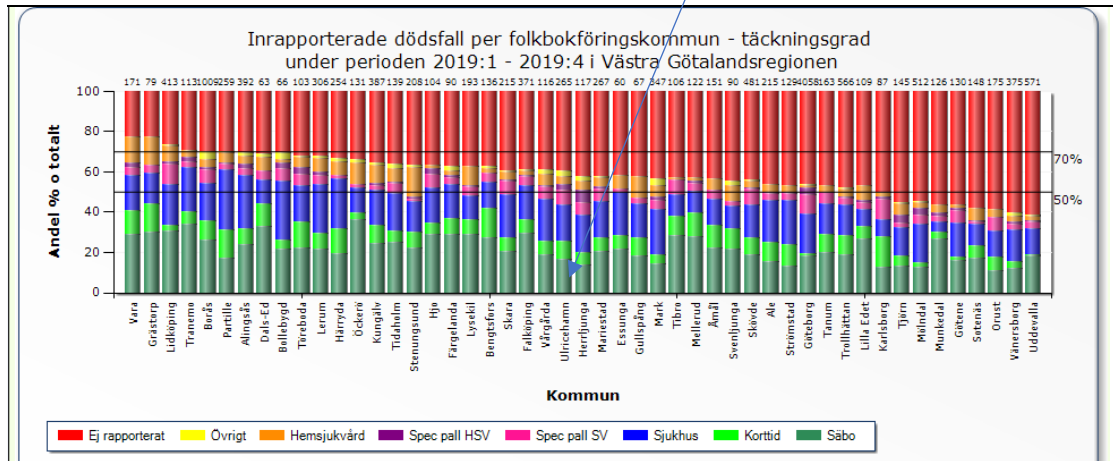
Utbildning till personal i munhälsa	2019		2018	
	Äldreboende		LSS+ ordinärt boende	
Antal personal som utbildats	96	37	11	11
Antal personalgrupper som utbildats	4	2	2	2

## Palliativregistret

### Täckningsgrad

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för att förbättra vården i livets slut. Efter att en person avlidit besvaras en enkät med ca 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Därefter kan resultatet användas för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

Ett nationellt mål är att 70% av inträffade dödsfall ska registreras oavsett var dödsfallet sker. Under 2019 registrerades ca 61% vilket jämfört med 2018 är en minskning då resultatet var drygt 64%. Tabellen visar att drygt hälften av registrerade dödsfall har skett inom kommunens verksamheter, övriga inom slutenvård.



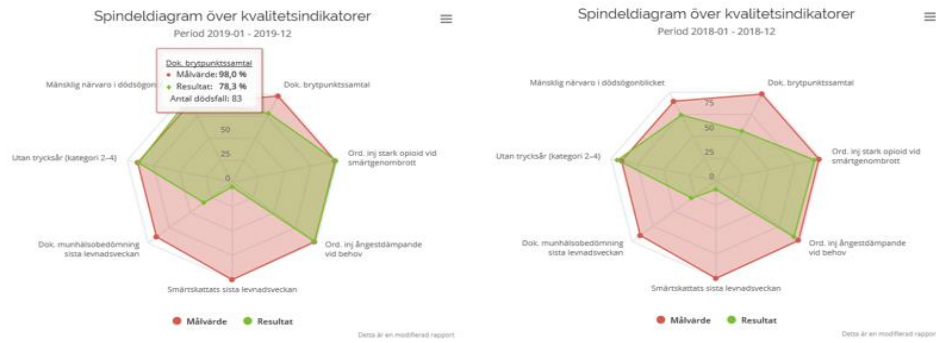
### Kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram sex nationella kvalitetsindikatorer inom palliativ vård i livets slutskede samt måltal för dessa. Uppnått resultat för dessa samt uppgifter om mänsklig närvaro i dödsögonblicket redovisas i nedanstående spindeldiagram.

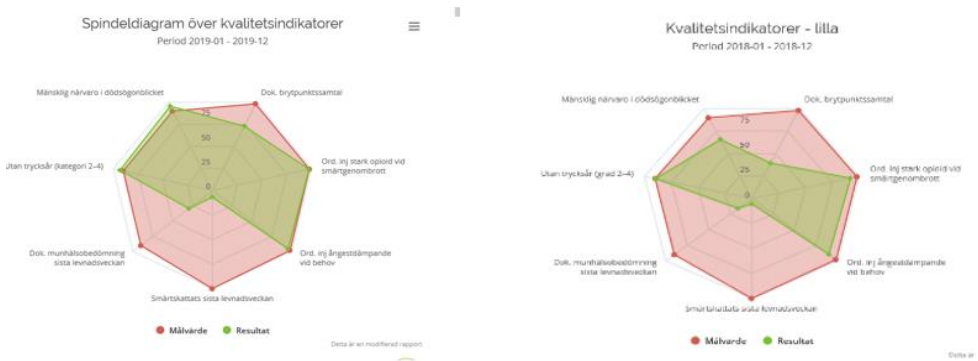
I diagrammen görs en jämförelse mellan 2018 och 2019 års resultat samt en redovisning av kommunens övergripande resultat jämfört med resultatet på vård- och omsorgsboende, korttidsboende resp. ordinarie boende. Skillnader i resultat ses mellan de olika boendeformerna men också förbättrat resultat inom varje boendeform, framförallt ses förbättringar inom vård- och omsorgsboende. Kommunen har ett bättre resultat gällande brytpunktssamtal jämfört med 2018 men brister fortfarande stort i att utföra smärtskattning och munhälsobedömningar, se diagram nästa sida.



## Hela kommunen



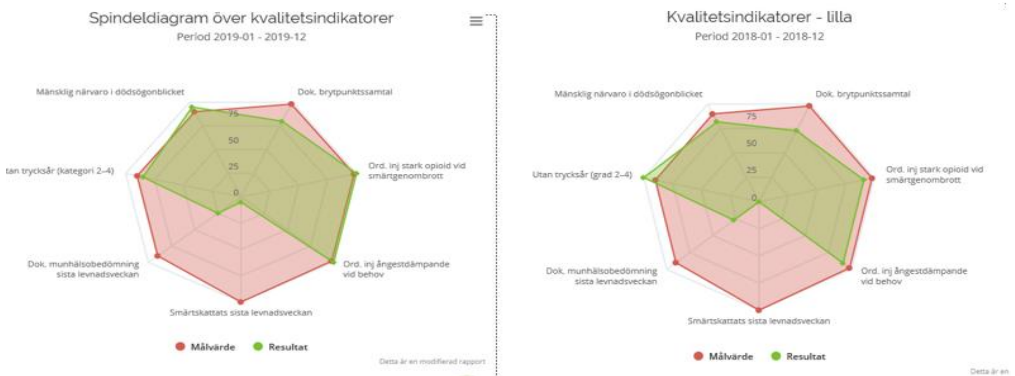
## Vård- och omsorgsboende



## Korttidsboende



## Ordinärt boende



## Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Registret medverkar till utvecklandet av nya arbetsätt, vilka ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den.

Inom kommunen ska alla personer över 65 år på vård- och omsorgsboende samt personer med hemsjukvård i ordinärt boende erbjudas riskbedömning minst en gång om året.

Under året har det utförts riskbedömning på 140 personer, föregående år var antalet 262 personer. Av årets bedömningar utfördes 68% på vård- och omsorgsboenden framförallt på Parkgården, Hökerumsgården och Ryttershov. 32% av riskbedömningarna har utförts i ordinärt boende där den enskilde har hemsjukvård.

Resultat se tabell nedan.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bekämliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Ulricehamns kommun	140	88% 128 av 145	55% 79 av 128	91% 119 av 128	52% 64 av 109
Trycksår		28% 41 av 145	66% 27 av 41	90% 37 av 41	56% 22 av 39
Undernäring		46% 66 av 145	59% 39 av 66	89% 50 av 56	68% 42 av 62
Fall		75% 100 av 145	64% 70 av 109	92% 100 av 109	58% 62 av 108
Munhälsa		43% 61 av 142	56% 34 av 61	85% 52 av 61	54% 28 av 52

## 5. Mål och strategier för kommande år

Fortsatta utvecklingsområden att prioritera i förbättringsarbetet gällande patientsäkerhet

- Läkemedelshantering
- Dokumentation
- Rapporteringsstöd mellan personalgrupper
- Delegeringsförfarandet till omvårdnadspersonal
- Avvikelseprocessen
- Vårdpreventionsarbetet
- Palliativ vård
- Vårdhygien