



# Social Velfärd

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Antagen av vård- och omsorgsnämnden  
2021-02-02

## Innehåll

Sammanfattning .....	4
1. Allmänt.....	5
2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	5
2.1 Vårdgivaren.....	5
2.2 Verksamhetschef hälso- och sjukvård.....	5
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.....	6
2.4 Enhetschef.....	6
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonal.....	6
2.6 Inspektionen för vård och omsorg.....	6
3. Övergripande mål och strategier .....	6
3.1 Nationellt .....	6
3.2 Social välfärd.....	7
4. Samverkan för att förebygga skador i vården .....	9
4.1 Samverkansavtal.....	9
4.2 Samverkansmöte .....	9
4.3 Internkontroll, Vårdövergångar mellan slutenvård och öppenvård .....	9
4.4 SIP, Samordnad Individuell Plan .....	10
4.5 Läkarmedverkan.....	11
.....	12
4.6 Närvården västra Skaraborg .....	12
4.7 Samverkan med patienter och närstående .....	13
4.8 Socialstyrelsens brukarundersökning.....	13
4.9 Vårdhygien och smittskydd.....	13
4.10 Samverkan med medborgare.....	13
4.11 Patientnämnd.....	13
5. Struktur för uppföljning och utvärdering .....	14
6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	14
6.1 Arbete med nationella kvalitetsregister - Senior alert.....	14
6.2 Munhälsa- uppsökande och nödvändig tandvård.....	15
6.3 Mätning av trycksår, Punktprevalensmätning 2020-11-19. Jämförelse med 2017-2018....	16
6.4 Vårdprevention och utfall på hela året .....	17
6.5 Palliativregistret .....	17
6.5 BPSD.....	18
6.6 Teamarbete .....	20

7. Uppföljningar genom egenkontroll - Egenkontrollplan .....	20
7.1 Dokumentation .....	21
7.2 Journalgranskning .....	21
7.3 Avvikelsehantering.....	21
Under 2020 har en utredning gjorts som kan leda till en lex Maria, men det har inte skett någon återkoppling från IVO. ....	23
7.4 Digitala signeringslistor .....	23
7.5 E-recept .....	24
7.5 Influensavaccination.....	24
7.6 Vaccinering mot covid-19 .....	24
7.7 NPÖ, Nationell patientöversikt .....	24
8 Hantering av Klagomål och synpunkter.....	24
9 Delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder .....	25
10 Undvikbar slutenvård .....	25
11. Samverkan.....	26
12. Informationssäkerhet.....	26

Upprättad av Medicinskt ansvarig sjuksköterska Birgitta Engström Walander

## Sammanfattning

### 1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits?

Patientsäkerhetsarbetet har mest handlat om att förhindra spridningen av pandemin, covid-19. Det har gjorts genom att följa de rekommendationer som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har gett ut och de rutiner som Smittskydd Västra Götaland har publicerat med anledning av pandemin covid-19. De har hela tiden följts av verksamheten. De har omedelbart kommunicerats via mail med alla chefer och legitimerad personal. Dialog kring innehållet sker med områdeschefer och sjuksköterskor. Områdescheferna har dialog med enhetscheferna. Ledningsteamet sprider innehållet i verksamheterna.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits genom att göra de mätningar och kontroller som finns upptagna i egenkontrollplanen, vilka är mätning av trycksår, oplanerade transporter till akuten, läkemedelsanvändning, andel med medicinska vårdplaner, hur många som har korrekt läkemedelslista med sig från sjukhuset, avvikelser internt och externt, journalgranskning och resultat i kvalitetsregistren. Introduktion och uppdatering av legitimerad personal i gällande lagar, författningar, riktlinjer och rutiner sker regelbundet.

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar och en skyldighet att rapportera negativa händelser och tillbud, det utgör en grund för förbättrad patientsäkerhet på varje enhet. Avvikelsena går också igenom av medicinskt ansvarig sjuksköterska, som utreder en del ytterligare och fattar beslut om de ska anmälas enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

För att övergångarna mellan olika huvudmän ska vara patientsäkra har det varit digitala möten mellan sjukhus, kommuner och primärvård i Skaraborg. Lokala samverkansmöten och möten i Trepårt mellan olika vårdgivare har också skett digitalt.

### 2. Vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerhetsarbetet?

Utbildning om basala hygienrutiner, skyddsutrustning, smittspridning, med daglig uppdatering till den personal som skulle starta sitt arbetspass. Varje morgon har enhetscheferna för sjuksköterskor och medicinskt ansvarig sjuksköterska skypemöte med alla sjuksköterskor för att ha en uppdatering om läget och hur det ska hanteras. Nya rekommendationer och rutiner har gått igenom och verksamheten har kunnat ställa frågor om hur det ska tillämpas. Vårdhygien och smittskydd i Skaraborg har varje vecka möte med alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor. De har också varit ett stöd för enheterna vid sjukdomsfall.

### 3. Vilka resultat har uppnåtts?

Ett ökat informationsutbyte både inom Social Velfärd, inom kommunen och externt med andra vårdgivare för att kunna planera för förändrade arbetsätt och åtgärder. Alla externa möten ändrades tidigt till digitala möten och föreläsningar. Nya mötesformer uppstod i digital form för att kunna kommunicera innebörden av nya rekommendationer och rutiner och stämma av smittläge och arbetsfördelning. Efter hand blev även alla interna möten digitala.

En ökad kunskap om basala hygienrutiner, skyddsutrustning, smittspridning och sjukdomens symtom och förlopp.

Att övergången mellan olika vårdformer fungerar på ett tryggt och säkert sätt, kontrolleras genom olika parametrar. Ett är hur många som har en korrekt läkemedelslista med sig, det var 60 % vid mättillfället. I år mättes också hur många som hade läkemedel med sig när det hade överenskommit att de skulle skickas med, det var 87,5 %. Lidköpings kommun har 0,2 dagar som man ligger kvar på sjukhus efter utskrivningsklar i december.

Det är färre oplanerade transporter till sjukhusets akutmottagning, 119 mot 134 år 2019. Av de som åker in akut har få en hemsjukvårdsläkare eller en medicinsk vårdplan. Det är 57 % som åker in vardagar kl.7-17.00, det är fler av de som åker in vardagar dagtid som är läkarbedömda. Bedömningsinstrumentet BViS har ökat i användning.

Andelen medicinska vårdplaner har ökat totalt sett, de är nu 37,2 %. Det är en ökning från 2019 då det var 31,3 %. På särskilt boende inom äldreomsorgen har 85,3 % en medicinsk vårdplan. I Hemsjukvård(inkl. Cura) har 16,1 % en medicinsk vårdplan. Det är en ökning från 2019 då det var 8,95 %.

Antalet riskbedömningar inom områdena trycksår, fall, nutrition och ohälsa i munnen har minskat. Antalet personer med trycksår och antalet trycksår har minskat. Kategori 3-4 utgör bara 9,8 %. Kvalitetsindikatorerna inom palliativ vård har ökat.

## **1. Allmänt**

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerhetsarbetet, och
3. Vilka resultat som uppnåtts.

## **2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

### **2.1 Vårdgivaren**

Vård- och omsorgsnämnden och Social- och arbetsmarknadsnämnden är vårdgivare och ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Nämnderna ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Nämnderna ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### **2.2 Verksamhetschef hälso- och sjukvård**

Verksamhetscheferna ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetscheferna ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att styra, följa upp och utveckla verksamheten.

## 2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetscheferna att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser, lagar och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Om ingen specifik person har uppdraget som medicinskt ansvarig för rehabilitering, ingår även detta ansvarsområde för den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, vilket gäller i Lidköping.

## 2.4 Enhetschef

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

## 2.5 Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att fortlöpande arbeta med systematiskt förbättringsarbete utifrån verksamhetens ledningssystem.

## 2.6 Inspektionen för vård och omsorg

Enligt 7 kap. 20 och 21 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) har IVO (Inspektionen för vård och omsorg) rätt att inspektera verksamhet som står under myndighetens tillsyn.

En utredning har begärts in pga anmälan från en anhörig, där har det inte kommit svar från IVO. IVO har granskat särskilt boende inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården.

# 3. Övergripande mål och strategier

## 3.1 Nationellt

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 började gälla vid årsskiftet. Visionen för den nationella handlingsplanen är: "God och säker vård – överallt och alltid." Övergripande mål är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Grundläggande förutsättningar för en säker vård, är en god säkerhetskultur, som kännetecknas av ett öppet arbetsklimat, där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet, ett icke skuldbeläggande förhållningssätt och en organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och risk för sådana händelser, samt positiva resultat. En utveckling av säkerhetskultur handlar om mognad i organisationen. Patienten som medskapare på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Varje individ ska känna att den ges en trygg och säker vård och omsorg. Liksom att varje medarbetare inom verksamheten kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård upprätthålls. Genom att alla i verksamheten är delaktiga

i det systematiska förbättringsarbetet kan förbättringsområden identifieras, analyseras och leda till förbättrande åtgärder i verksamheten.

### **3.2 Social välfärd**

#### **Pandemin**

Bakgrund: Ett coronavirus som kan orsaka svår luftvägsinfektion sprids pandemiskt. Virusets namn SARS-CoV-2 och sjukdomen benämns covid-19. Covid-19 ingår sedan den 2 februari 2020 i smittskyddslagens allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar.

#### **Uppdatering av gällande rekommendationer**

De rekommendationer som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har gett ut och de rutiner som Smittskydd Västra Götaland har publicerat har hela tiden följts av verksamheten. De har omedelbart kommunicerats med alla chefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Dialog kring innehållet sker med områdeschefer och sjuksköterskor. Ledningsteamet sprider innehållet i verksamheterna.

Kohortvård vid misstänkt eller konstaterad smitta tillämpades från början. Personalerörligheten bland ersättare och vikarier begränsades. Sjuksköterskor var under kväll, natt och helg tvungna att ha ett större område. Särskild beskrivning av arbetsuppgifter en för enhetschefer och en för sjuksköterskor vid misstänkt eller konstaterad smitta togs fram, så att alla visste vad de skulle göra. Från april till augusti fanns det alltid en enhetschef i beredskap.

#### **Riskbedömningar**

Riskbedömning gällande arbetsmiljö/skyddsutrustning kopplat till Covid-19 sker i samtliga verksamheter. Gäller både på övergripande nivå och på individuell nivå.

#### **Utbildning**

I mars startade utbildning om basala hygienrutiner, skyddsutrustning, smittspridning, med daglig uppdatering till den personal som skulle starta sitt arbetspass.

Varje morgon har enhetscheferna för sjuksköterskor och medicinskt ansvarig sjuksköterska Skypemöte med alla sjuksköterskor för att ha en uppdatering om läget och hur det ska hanteras. Nya rekommendationer och rutiner har gått igenom och verksamheten har kunnat ställa frågor om hur det ska tillämpas.

Vårdhygien och smittskydd i Skaraborg har varje vecka möte med alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

I april kom en film från vårdhygien och smittskydd Västra Götaland angående på- och avtagning av skyddsutrustning, den visas för all personal och detta upprepas så länge behov finns.

I maj tas en webbaserad introduktionsutbildning som vänder sig till nya semestervikarier fram, eftersom det inte går att ordna traditionell utbildning.

#### **Skyddsutrustning**

I mars när det var svårt att kunna beställa skyddsutrustning samlades det som fanns ihop till ett centralt lager för att det alltid skulle finnas att dela ut till den enhet där behoven uppstod när brukare/patienter var misstänkt eller konstaterat smittade. Det gick inte att få tag i munskydd och då inköptes godkända andningsskydd av de som var ansvariga för det centrala förrådet.

Skyddsutrustning har införskaffas på olika sätt. I första hand ska kommunen använda ordinarie beställningsvägar eller från andra godkända leverantörer. I andra hand sker en tilldelning från Västkom efter en begäran till Socialstyrelsen.

Tillgången på skyddsutrustning har hela tiden motsvarat efterfrågan. När tillgången på skyddsutrustning har ökat har material från det centrala förrådet fördelats ut i verksamheten.

### **Provtagning av brukare/patienter**

Det blev en snabb omställning från att vårdcentralen tog prov på brukare till att kommunens sjuksköterskor tog över den arbetsuppgift från 2020-04-10.

### **Personalprovtagning**

Egentester av personal med lindriga symptom startades 2020-04-30. Vid negativt provsvar kunde de omedelbart återgå i arbete. Denna provtagning användes senare också vid smittspårning och då har 2 prover tagits. Sammanlagt har 3072 egentester tagits under året. Av dem var i snitt 4,43 % positiva.

### **Särskild Covid-19 enhet**

I april tas beslut om en särskild Covid-19- enhet, verksamheten står redo att starta upp med 24 timmars varsel. Den har hittills varit i drift under 4 dagar i början av juli.

Vårdhygien höll en utbildning via skype för personalen som skulle arbeta på covid-enheten.

### **Lägesrapport**

Lägesrapport till socialstyrelsen lämnas av medicinskt ansvarig sjuksköterska varje onsdag senast kl.12.00. Den innefattar en lägesbild, påverkan av lägesbilden och en prognos för den närmsta tiden. Dit har också begäran om skyddsmaterial äskats. Skyddsmaterial begärdes under våren och fördelades via västkom.

### **Smittspridning**

De första fallen av positiva med covid-19 är i ett hemvårdsområde första veckan i april. Veckan därpå insjuknar de första fallen på ett särskilt boende. Under hela april insjuknar 14 brukare i 2 hemvårdsgrupper och på 2 särskilda boenden, samt 1 inom LSS. Under maj månad insjuknar 23 personer i covid-19. Det är 2 personer i en hemvårdsgrupp och 21 personer på 3 olika särskilda boenden. Under juni insjuknar 4 personer, 1 på särskilt boende och 3 i hemvård. 2 av dom testar positivt på sjukhuset. Under juli kommer 1 person med covid-19 från sjukhuset, Covid-19 enheten öppnas tills personen är smittfri. I slutet av augusti är en person på ett LSS-boende positiv för covid-19. I september och oktober är det inga smittade brukare. I november är det 2 på ett särskilt boende och 4 i hemvård. I december är det 7 på särskilt boende, 9 i hemvård, 1 på korttiden och 3 inom LSS.

### **Avlidna**

Till följd av en infektion med covid-19 avled i hemsjukvården 2 personer, båda avled på sjukhus. I särskilt boende inom äldreomsorgen avled 19 personer, en del av dom på sjukhus.

Totalt antal avlidna inom särskilt boende inom äldreomsorgen var 166 personer. Det kan jämföras med tidigare år, 2016 avled 188 personer, 2017 avled 175 personer, 2018 avled 151 personer och 2019 avled 147 personer. Medelvärde för åren 2016-2019 blir 165 personer.

### **IVO granskar äldreomsorgen**

IVO genomför en granskning av äldreomsorgen i hela landet. Tillsynen syftar till att ta reda på vilka åtgärder som äldreboenden, hemtjänstverksamheter och LSS-boenden vidtar för att



förhindra och minska smittspridningen av covid-19. IVO gör tillsyn på Tallskogen, Björkhaga och Bräddegården.

### **IVO granskar kommunal hälso- och sjukvård**

IVO gör tillsyn över den kommunala hälso- och sjukvården och läkarmedverkan vid covid-19. Alla kommuners medicinskt ansvariga sjuksköterskor och alla regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer intervjuas. De fördjupade tillsynen i en del kommuner, däribland Lidköping. 98 särskilda boenden och primärvård i Västra Götaland granskades. En tillsynsinsats gjordes på de två särskilda boende med flest smittade av covid-19. Journaler från kommunen och primärvården granskades och berörd personal intervjuades. En övergripande rapport för hela västra Götaland har kommit, den lokala rapporten ska komma i januari.

## **4. Samverkan för att förebygga skador i vården**

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur Social Velfärds verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i olika samverkansdokument.

### **4.1 Samverkansavtal**

Mellan region och kommunen finns ett 20-tal olika avtal, som reglerar samverkan inom olika områden. Det övergripande är Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-04-01-2020.

### **4.2 Samverkansmöte**

Samverkansmöten mellan primärvårdens chefer och ledning för de tre verksamma vårdcentralerna och kommunens ledning för hälso- och sjukvården genomförs 4 gånger/år. Under våren var det digitala avstämningar varje till varannan vecka med anledning av covid-19.. Skypemöte sker varannan torsdag mellan alla verksamhetschefer i Skaraborgs kommuner, primärvårdscheferna och sjukhusets chef, detta har utökats med medicinskt ansvariga sjuksköterskor med anledning av pandemin. Där sker ett informationsutbyte, en avstämning av läget och händelser senaste tiden kan tas upp. Dessa möten har periodvis varit varje vecka.

### **4.3 Internkontroll, Vårdövergångar mellan slutenvård och öppenvård**

Syfte: Kontrollera att övergången mellan olika vårdformer fungerar på ett tryggt och säkert sätt, så att patientsäkerheten bibehålls.

Det finns gemensamma styrdokument för att säkra vårdövergångarna:

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020.

Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvård och sjukvård.

Skaraborgs tillämpning av rutin för in- och utskrivning från slutenvård och sjukvård, öppenvårdsprocess samt IT-tjänsten SAMSA.

### **Kontroller och resultat:**

Avvikelsesrapportering mellan vårdgivarna som successivt har övergått till att ske i samma system, Med Control Pro till 2021-01-01. Avvikelser till andra vårdgivare är 64. Här finns en underrapportering på grund av det rådande pandemiläget. Antalet avvikelser har också varit lägre, eftersom det periodvis har varit färre inlagda på sjukhus. Avvikelser från andra vårdgivare är 21.

Mått och mål. En mätning sker i oktober varje år av hur många som har korrekta läkemedelslistor med sig hem från sjukhuset i år var det 60 % som hade en korrekt läkemedelslista med sig. I år mättes också hur många som hade läkemedel med sig när det hade överenskommet att de skulle skickas med. 87,5 % hade läkemedel med sig.

Antal dagar som personer från kommunen är kvar på sjukhus efter utskrivningsklar är 0,4 dagar och en sammanlagd vårdtid på 6 dagar i Skaraborg i december. Lidköpings kommun har 0,2 dagar som man ligger kvar efter utskrivningsklar. I Skaraborg tog man hem 76 % samma dag som de var utskrivningsklara i december.

Bedömningsteamet startade 191201. De bedömer om personer har behov av kommunal hälso- och sjukvård eller inte. Både om de behöver skrivs in och om de kan skrivas ut. Under året har 684 ärenden handlagts av bedömningsteamet, av dem har 43 % skrivits in. 359 personer har vid bedömning inte uppfyllt kriterierna för kommunal hälso- och sjukvård. 54 personer har beviljats trygg hemgång, av dem har 39 varit fortsatt inskrivna efter de initiala 14 dagarna. 11 personer har återinlagts på sjukhus. 18 ärenden har hanterats enligt hälso- och sjukvårdsavtalet, det vill säga kommunens personal utför insatser på jourtid, men vårdcentralen har hälso- och sjukvårdsansvaret. Några ärenden har hanterats som tjänsteköp eller egenvård.

#### **Förbättringsförslag 2021**

Att fortsätta identifiera avvikelser i samband med vårdövergångar.

Att alla som kommer hem från sjukhus har en korrekt läkemedelslista med sig.

#### **4.4 SIP, Samordnad Individuell Plan**

SIP är lagstadgat sen 2010 i Hälso- och sjukvårdslagen och i Socialtjänstlagen. Sedan 2018 även i Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård, där SIP är ett ska-krav vid utskrivning. Insatser från socialtjänst och/ eller kommunens hälso- och sjukvård ska samordnas med primärvårdens hälso- och sjukvård.

SIP-riktlinjen har reviderats under 2020 och ska implementeras enligt framtagna plan med start i oktober 2020. Förändringarna är att SIP-möte och upprättande av SIP ska upprättas vid utskrivning från slutenvård om det finns insatser från de båda huvudmännen och den enskilde samtycker. Skolan (samtliga förskole- och skolformer, elevhälsan), socialtjänst och hälso- och sjukvård är jämbördiga parter när det gäller att upptäcka behov av SIP och arbeta enligt SIP-processen. Möjligheten att likställa SIP med andra planer tas bort. Det finns en skrivning om hur den andra huvudmannen kallas om den enskilde inte är känd i verksamheten. SIP-processen ska genomföras i gällande IT-system.

SIP ger personer möjlighet att påverka sin egen vård och omsorg och se till att den samplaneras. SIP är den enskildes plan och beskriver det stöd och de insatser som den enskilde har behov av från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt övriga aktörer. SIP planeras och upprättas tillsammans med den enskilde utifrån frågan ”Vad är viktigt för dig?” Meningen är att planen ska tydliggöra vem som gör vad.

#### 4.5 Läkarmedverkan

Västra Götalandsregionen har ansvar för läkarinsatser i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde vilket regleras i avtalet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. Ett lokalt avtal mellan kommunen och de inom kommunen verksamma vårdcentralerna för läkarinsatser inom särskilt boende och korttidsvård finns för perioden 180101 -211231.

Hemsjukvårdsläkare finns för 32 % av de patienter som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård i ordinärt boende inom äldreomsorgen. I mätningen 201012 var det 437 patienter som hade hemsjukvård, av dem hade 141 en mobil hemsjukvårdsläkare.

**Analys:** För de patienter som har hemsjukvårdsläkare fungerar sjukvården bra. För de som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård utan att ha tillgång till hemsjukvårdsläkare, är det ofta svårt för ansvarig sjuksköterska att nå ansvarig läkare, när ordinationshandlingar ska upprättas, läkemedelsgenomgångar ska genomföras och frågor kring vård och behandling är inom läkarens ansvarsområde.

Inom kommunal hälso- och sjukvård ska den sjuksköterska och läkare som ansvarar för vården av en patient svara för att aktuella läkemedelsordinationer finns samlade på en ordinationshandling. Den ska signeras av sjuksköterska och läkare och det ska framgå vem som har ordinerat respektive läkemedel (SOSFS 2001:1).

#### **Förbättringsförslag 2021**

Att alla patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård har en mobil hemsjukvårdsläkare.

Att alla patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård med övertaget läkemedelsansvar har en samlad ordinationshandling.

#### **Läkemedelsgenomgångar**

Socialstyrelsen har i sin föreskrift (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i sjuk- och hälsovården fastställt att patienter som är 75 år eller äldre och som har fler än fem läkemedel förskrivna och för patienter som har misstänkta eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem ska erbjudas en läkemedelsgenomgång minst en gång per år.

Skyldigheten att erbjuda läkemedelsgenomgångar gäller för de vårdgivare som i sin verksamhet har läkare anställda eller har läkare som arbetar där på uppdrag eller annan liknande grund.

Vid varje läkarbesök som innefattar ordination av läkemedel är en läkemedelsanamnes med kartläggning av medicineringen rutin. Utöver detta finns strukturerade arbetssätt, enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar, med syfte att öka kvaliteten i läkemedelsbehandlingen. Särskilt äldre har behov av dessa insatser.

#### **Medicinska vårdplaner**

Medicinska vårdplaner bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Vårdplaneringen kan initieras av kommunens sjuksköterskor, primärvårdsläkare eller mobila teamens läkare. Den görs gemensamt med patienten, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut,

sjukgymnast och omvårdnadspersonal och då planeras vårdens inriktning. I denna ingår att göra en genomgång av läkemedelsbehandlingen.

Medicinsk vårdplan är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan med syfte att ge vägledning vid en bedömning av vidare åtgärder när en försämring i personens hälsotillstånd inträffar. Vårdplanen ska vara ett stöd för omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i kommunen, primärvårdens läkare, mobila team, ambulanspersonal och personal i slutenvården.

#### **Resultat:**

Antal och andel med medicinsk vårdplan inom olika områden mättes i hela Skaraborg 12/10. I Lidköping har vid mättillfället 925 personer kommunal hälso- och sjukvård, varav 344 har en medicinsk vårdplan= 37,2 %. Det är en ökning från 2019 då det var 31,3 %.

På särskilt boende inom äldreomsorgen bor det 319 personer, varav 272 har en medicinsk vårdplan= 85,3 %.

Hemsjukvård(inkl. Cura) har 441 personer, varav 71 har en medicinsk vårdplan = 16,1 %. Det är en ökning från 2019 då det var 8,95 %.

Inom Funktionsnedsättning och socialpsykiatri har 165 personer kommunal hälso- och sjukvård av dem har 1 en medicinsk vårdplan.

**Analys:** Totalt har andelen medicinska vårdplaner ökat. På särskilt boende inom äldreomsorgen finns det enheter som har 100 %. I hemvården har det ökat lite, även om andelen fortfarande är väldigt låg. Inom funktionsnedsättning och socialpsykiatri finns det i stort sett inga medicinska vårdplaner.

#### **Förbättringsförslag 2021**

Att öka andelen med medicinska vårdplaner inom alla enheter.

#### **4.6 Närvården västra Skaraborg**

Närvården västra Skaraborg arbetar bland annat med att bredda vårdsamverkan kring patienten och skapa gemensamma plattformar och arenor för samverkan. I Lidköping har vi ett etablerat samarbete med de två teamen Närsjukvårdsteamet, som har specialiserad vård för de svårast sjuka äldre och Palliativteamet som inriktar sig på specialiserad palliativ vård i hemmet.

#### **Resultat:**

Palliativa teamet hade 2020 61 st remisser på personer boende i Lidköping, 35 st anslöts till teamet. De Patienter som inte anslöts fanns några som inte hade symtom och var i behov av specialiserad Pall vård. En del var i sen palliativ fas i livet och han avlida innan kontakt eller fick fortsatt vård på Hospice Gabriel. Antal inskrivna idag den 210114 är 6 st, där några har varit inskrivna längre än 2020.

Närsjukvårdsteamet träffar nästan bara patienter som inte har kommunal hälso- och sjukvård. De skriver inte längre in patienter, utan teamet finns som konsult för hemsjukvården och särskilt boende.

#### 4.7 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska medverka vid samordnad vårdplanering vid upprättande av vårdplaner. De ska bli informerade när nationella studier genomförs. De ska bli informerade och delta vid utredning av vårdskada. De ska bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

#### 4.8 Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen har gjort en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvalitén i hemtjänst och äldreboende där Lidköpings kommun har höga resultat. De resultat som handlar om hälso- och sjukvård är kontakt med läkare och sjuksköterska.

##### **Resultat:**

Där framgår att i äldreboendet anser 87 % anser att det är lätt att träffa en sjuksköterska, 75 % i Västra Götaland och i riket. 66 % anser att det är lätt att få träffa en läkare, det var 72 % 2019. I Västra Götaland och i riket är det 53 %.

#### 4.9 Vårdhygien och smittskydd

Vårdhygien Skaraborgs sjukhus i Skövde har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till Skaraborgs Sjukhus, primärvård samt den kommunala hälso- och sjukvård. Vårdhygien kontaktas också när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att det behövs extra stöd.

När det handlar om smittskyddsåtgärder som åligger Hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen vänder vi oss till Smittskyddsenheten som har det ansvarsområdet.

En mätning av vårdhygienisk standard inom kommunal vård- och omsorg ska göras årligen enligt vårdhygien och arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2018:4, som började gälla 181119. Checklista ska gås igenom på varje enhet och leda till en handlingsplan. I AFS 2018:4 skärps också kraven på tillgång på arbetskläder för personal i vårdnära arbete.

**Resultat:** Under pandemin har vårdhygien och smittskydd i Skaraborg haft avstämningsmöten med alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor varje onsdag. De har också tagit direktkontakt med enhetschefer vid konstaterad covid-19 och varit tillgängliga för råd och stöd.

#### 4.10 Samverkan med medborgare

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningsätt genom att ha en tillgänglig information via telefon, mail, besök och kommunens hemsida. Medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer och andra.

#### 4.11 Patientnämnd

Patientnämnderna är en opartisk instans mellan patient och vårdgivare. Nämndernas verksamhet ska hjälpa patienter med problem som uppstått i kontakten med vården och ta initiativ till förändringar som stärker patientens ställning och förbättrar vården.

Patientnämnderna skall utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

**Resultat:** Rapport om ärendestatistik från patientnämndernas kansli har inte erhållits vid denna rapportens färdigställande.

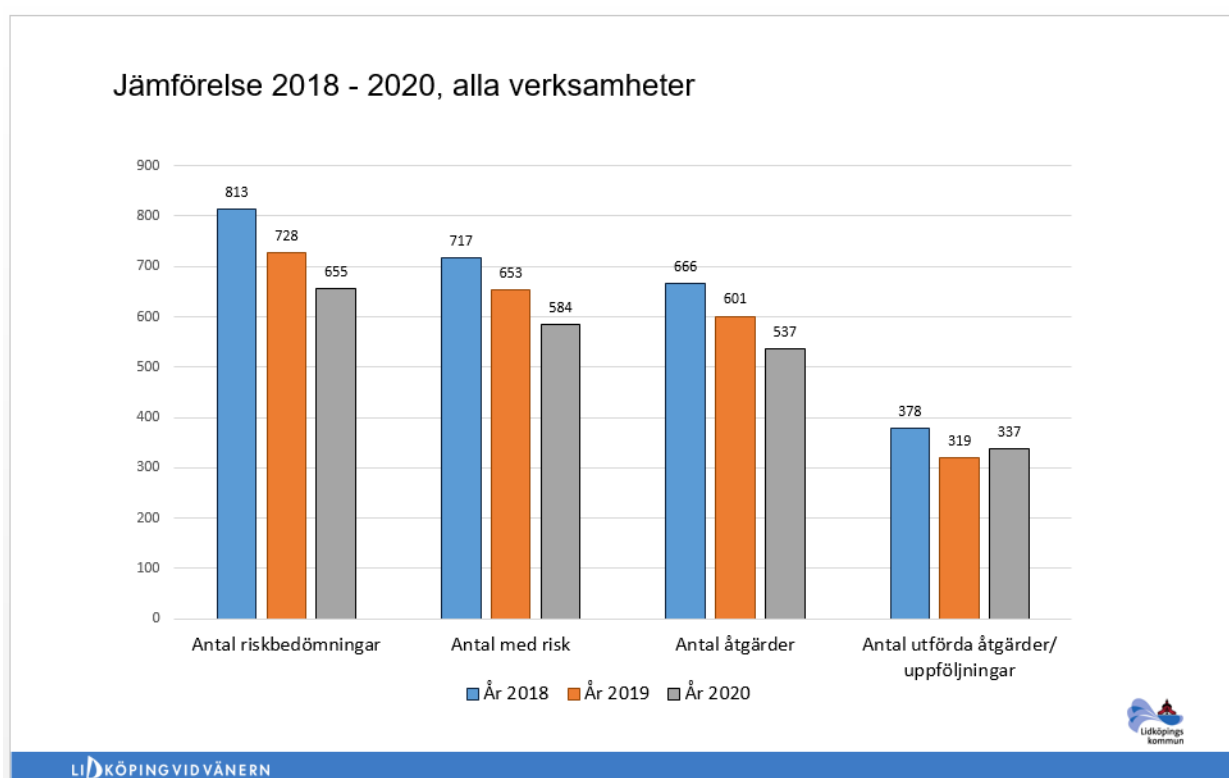
## 5. Struktur för uppföljning och utvärdering

Verksamheten har bedrivits utifrån god vård enligt ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SFS 2010:659) och enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

## 6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

### 6.1 Arbete med nationella kvalitetsregister - Senior alert

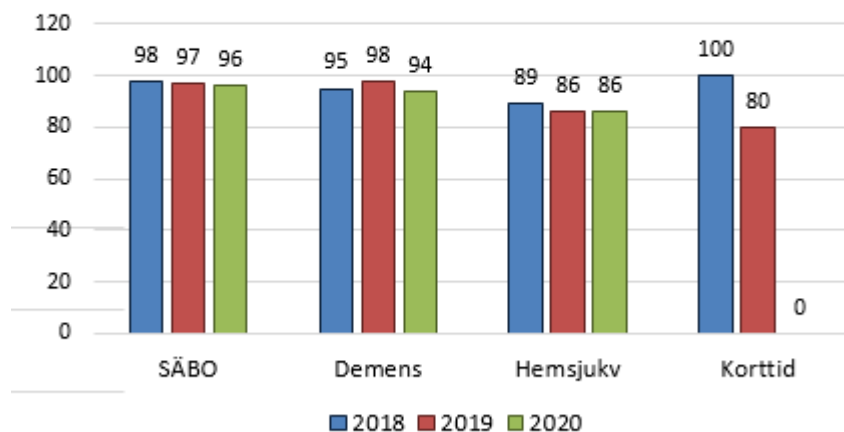
För att arbeta strukturerat med riskbedömningsunderlag inom områdena trycksår, fall, nutrition och ohälsa i munnen använder vi oss av Senior Alert, sedan 2011 och har som mål att alla personer inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård ska minst en gång om året, eller oftare vid behov, bli riskbedömda enligt denna struktur.



### Analys:

Antal riskbedömningar har minskat totalt sett, från 813 (2018) till 655 (2020). Antal med risk och åtgärder har också minskat.

### Jämförelse 2018 - 2020 Andel (%) åtgärder för dem med risk



#### Resultat:

Där risker upptäcks blir de i hög grad åtgärdade.

Arbetsättet med att bedöma risker, bakomliggande orsaker till risker och att tillsammans i teamen besluta om åtgärder som kan minska risker för de som har insatser av oss, måste finnas överallt. Ett stöd i strukturering och uppföljning är att använda registret Senior Alert, alla tillfrågas om samtycke till detta och då väljer en del att tacka nej.

#### Förbättringsförslag 2021

Att arbetssättet fortsätter i teamen och verksamheterna, så att fler blir strukturerat riskbedömda, åtgärdas och följs upp.

#### 6.2 Munhälsa- uppsökande och nödvändig tandvård

Västra Götalandsregionen har enligt Tandvårdslagen(1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Personer som har rätt till nödvändig tandvård ska erbjudas munhälsobedömning och ges möjlighet till god munhälsa. De har ofta ett stort behov av hjälp och stöd till följd av fysiskt eller psykiskt funktionshinder. Tandvårdsleverantören kommer ut till personerna och gör en munhälsobedömning som dokumenteras. De ska också utbilda berörd personal och kommunen ansvarar för att dessa genomgår den utbildning som erbjuds. Täckningsgraden för intyg om nödvändig tandvård ska vara 3 % av alla över 20 år i kommunen.

**Resultat:** Munhälsobedömningar och munhälsovårdsutbildningar har endast kunnat genomföras i mycket begränsad omfattning pga pandemin.



**Förbättringsförslag 2021**

Att ha en täckningsgrad om rätt till intyg på minst 3 % av alla över 20 år.

Att munhälsobedömningar genomförs.

Att erbjudandet om munhälsovårdsutbildningar kan användas.

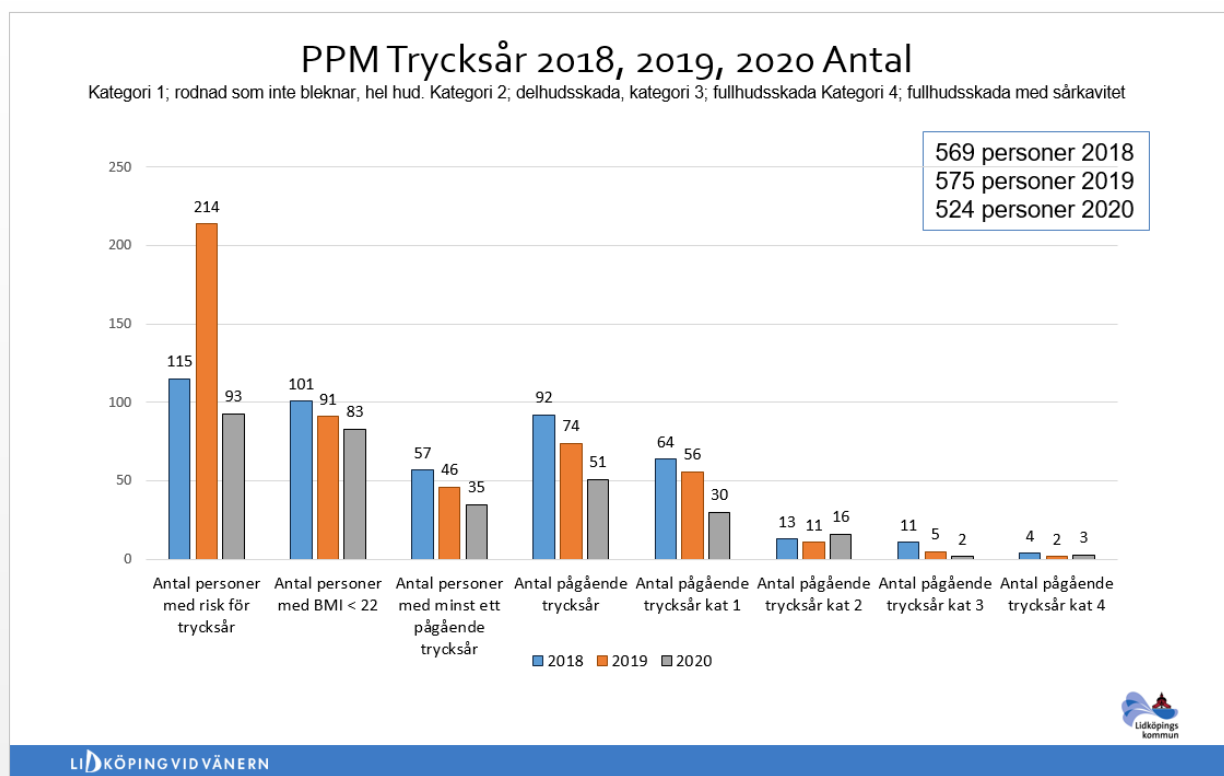
**6.3 Mätning av trycksår, Punktprevalensmätning 2020-11-19. Jämförelse med 2017-2018.****Antal trycksår:**

Det har gjorts riskbedömningar som har registrerats på 524 personer 2020. Det är 66 % av dem som bor på särskilt boende inom äldreomsorgen eller har hemsjukvård. Antal personer med minst ett pågående trycksår är 35 och antalet trycksår är 51. Antalet personer med trycksår och antalet trycksår har minskat sen föregående år. (2019 hade 46 personer 74 trycksår, 2018 hade 57 personer 92 trycksår.

Trycksårens allvarlighets grad mäts i olika kategorier. Kategori 1 är en kvarstående rodnad i huden, kategori 2 är en delhudsskada, kategori 3 är en fullhudsskada och kategori 4 är en djup fullhudsskada. Av de pågående trycksåren är 59 % i kategori 1. En ökning har skett av trycksår i kategori 2, från 11 till 16 i antal.

**Analys:**

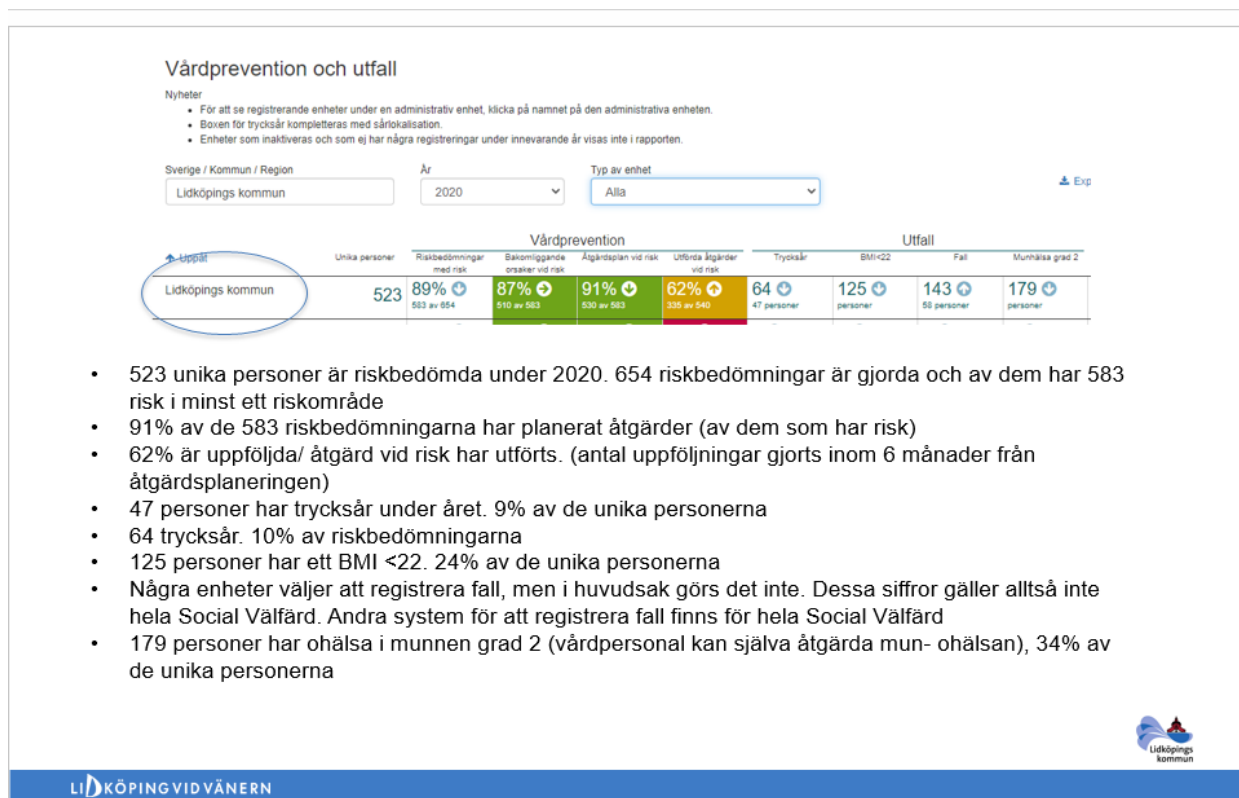
Antalet personer med trycksår och antalet trycksår har minskat. Kategori 3-4 utgör bara 9,8 %.

**Undervikt:**

Antal med BMI under 22 är 83 personer, av 524 gjorda riskbedömningar, vilket ger 16 % underviktiga. Det är samma som förra året.



## 6.4 Vårdprevention och utfall på hela året



### Analys:

Undervikt får ett större genomslag på helår 24 % än i PPM 16 %.

#### Förbättringsförslag 2021:

Att fler åtgärder planeras och följs upp hos de som har risk.

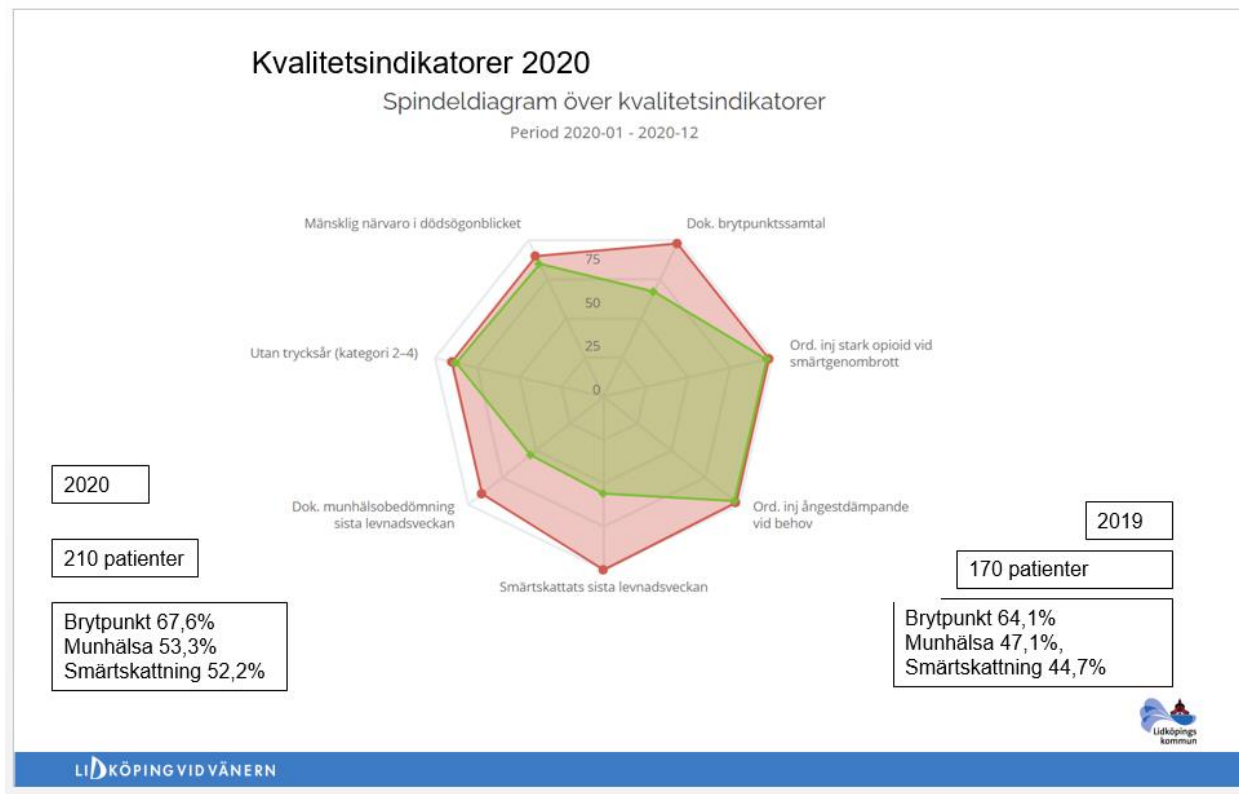
Att antalet trycksår fortsätter att minska.

Att andelen med risk för trycksår minskar.

Att andel med BMI under 22 minskar.

## 6.5 Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livet slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Kvaliteten mäts på den vård som ges den sista veckan i livet.

**Resultat:****Analys:**

Det är fler patienter som har registrerats och alla indikatorer har ökat.

**Förbättringsförslag 2021**

- Att öka antalet som erhåller validerad smärtskattning under sista levnadsveckan.
- Att öka antalet som får en munhälsobedömning under sista levnadsveckan.

**6.5 BPSD**

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD.

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom.

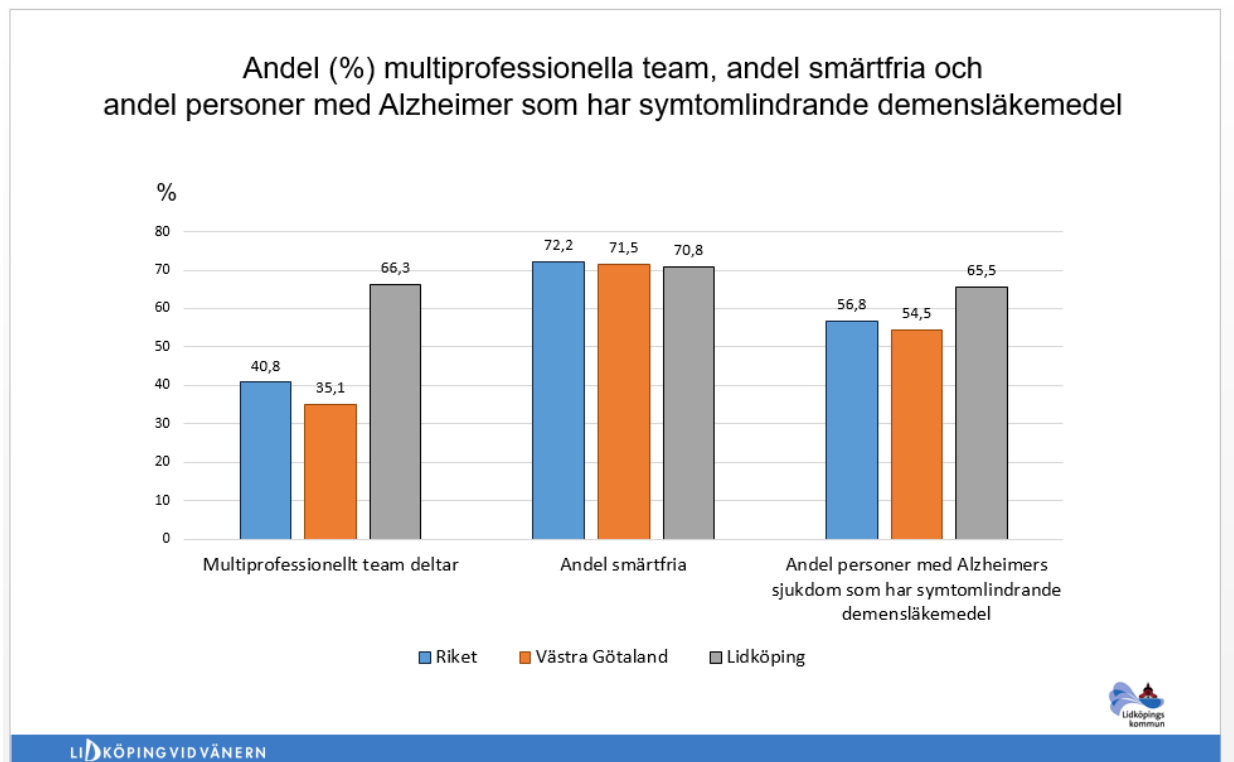
Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

BPSD-registret startade i november 2010 med syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom.

Inom demensboende och inom demensens hemvård, Cura är detta arbetssätt inarbetat. Icke farmakologiska metoder (IFM) är ett arbetssätt som används för att i större utsträckning använda omvårdnadsåtgärder istället för läkemedel för att lindra olika symtom.

Genom utbildning av egen certifierad utbildare i BPSD har alla äldreomsorgens verksamheter utbildats, så de kan använda BPSD. Detta har genomförts under 2018-2020, därigenom sprids arbetssättet med kartläggning, strukturerade bemötandeplaner och åtgärder vid demens till äldreomsorgens övriga verksamheter.

I BPSD mäts andel personer som står på olämpliga läkemedel, det mäts också att de är smärtfria, om de har en bemötandeplan, om de har fått en läkemedelsöversyn och om de med Alzheimers sjukdom har fått symtomlindrande läkemedel.



### Analys:

Användandet av multiprofessionella team har ökat. Andelen personer som har symtomlindrande läkemedel vid Alzheimers sjukdom har ökat. Andelen som är smärtfria ligger på ungefär samma nivå.

### Demenscentrum

Villa Videbeck kommer att bli klart för inflyttning i början 2021.Handledning med olika tema planeras att ges till personal för en ökad kunskap i verksamheten. Demenscentrum har i sitt uppdrag att handleda och vägleda övriga verksamheter i Social Vålfärd.

### Nätverk demens

I Skaraborg finns ett nätverk för dem som arbetar inom demens. Det finns ett uppdrag som har tagits fram i samverkansgrupp geriatrik, palliativ vård, demens och stroke.

Det ska vara ett nätverk i varje vårdssamverkansområde, norra, södra och västra. Alla som deltar i arbetet med demens ska ha representation i nätverket.

Syftet är att skapa samsyn och ett gemensamt lärande över vårdgivargränserna kring arbetsätt och rutiner som rör personer med demens. Målet är att förbättra vården för personer med demens.

## Närsjukvårdsteam Demens och Psykisk ohälsa

Målgrupp är patienter med omfattande behov av vård- och omsorg i instabilt skede som är i behov av intensiva insatser eller där tillståndet förändras ofta och där stabilitet över tid är svår att uppnå. Teamet har startat igång, men har inte haft tillgång till sin fasta läkare.

### Förbättringsförslag 2021

Att utbildningen i BPSD inom alla äldreomsorgens verksamheter, kan fullföljas, så att de kan använda BPSD.

Att handledning kan ges till personal på Villa Videbeck och Tallskogen.

## 6.6 Teamarbete

Ledningsteamens uppdrag är att:

Leda arbetet med att samordna och utveckla alla enhetens gemensamma resurser i enlighet med verksamhets- och handlingsplaner. Ge arbetslag och brukarteam ett samordnat stöd och bästa möjliga förutsättningar att fokusera på den enskildes behov och självbestämmande. Ta ett pedagogiskt ansvar för omvårdnads- och stödpersonalen genom att stötta, handleda och vägleda dem i deras arbete.

## 7. Uppföljningar genom egenkontroll - Egenkontrollplan

Metod	Ansvarig	Ansvar för genomförande	Färdig att rapportera	Rapportera till	Sammanställer	Uppföljning
PPM punktprevalensmätning trycksår november	MAS	Verksamheterna Ledningsteam och brukarteam	Februari - Mars	Legitimerad pers, OC-EC- omv.personal	Samordnare kvalitetsregister	
Oplanerade transporter slutet januari- slutet mars (8v)	MAS	Sjuksköterskor	April - Maj	Legitimerad personal, OC- EC Samverkan PV	Vårdsamverkan	
Läkemedels kartläggning april	MAS	Sjuksköterskor	Maj	APT sjuksköterskor Samverkan PV	Koordinator Närvården	
Mått och mål oktober	Vårdsamverkan MAS	Sjuksköterskor	Februari	Legitimerad pers, OC-EC	Vårdsamverkan	
Senior alert	OC	Verksamheterna Ledningsteam och brukarteam	Uppföljningsdialog, årsvis	Legitimerad pers, OC-EC- omv.personal	Samordnare kvalitetsregister	
Svenska palliativregistret	MAS	Sjuksköterskor	Uppföljningsdialog, årsvis	Legitimerad pers, OC-EC- omv.personal	Samordnare kvalitetsregister	
BPSD Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens	MAS, OC	Verksamheterna Ledningsteam och brukarteam	Uppföljningsdialog, årsvis	Legitimerad pers, OC-EC- omv.personal	Samordnare kvalitetsregister	
Avvikelse internt	MAS	Legitimerad personal		Nämnden februari och september	MAS	Fall, läkemedel
Avvikelse externt 4 ggr/år	MAS	Legitimerad personal		Avvikelsegrupp Skaraborg	MAS	
Journalgranskning höst	MAS	Samordnare	December	Legitimerad personal	MAS	
Patientsäkerhetsberättelse, PSB	MAS	MAS	Februari	Nämnden, Legitimerad pers, OC, EC	MAS	
Förkortningar	MAS= medicinsk ansvarig sjuksköterska			OC=områdeschef EC=enhetschef		

## 7.1 Dokumentation

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 ska legitimerad personal föra patientjournal. De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten.

Syftet med att föra journal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är ett arbetsverktyg eller underlag för den som ansvarar för vården.

Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit. Patientjournalen har även en stor betydelse som underlag i vissa rättsliga sammanhang och för forskningen.

En vårdplan är kärnan i vården. En vårdplan ska upprättas på de hälso- och sjukvårdsåtgärder som är övertagna, bedömda och är sammanhängande över tid, till exempel vid övertaget läkemedelsansvar, behov av specifik träning, vid identifierade risker så som risk för trycksår, undernäring och fall.

### Kontroller

Personalen har bara rätt att ta del av de journaler och uppgifter, som man behöver i sitt arbete den aktuella arbetsdagen. Det är inte ok att kontrollera hur det har gått med en patient, som man tidigare vårdat eller kommer att vårda. För att kontrollera att detta efterlevs genomförs loggning av hälso- och sjukvårdsjournaler och omvårdnadsjournaler, 2 dygn/månad loggas allt på varje enhet. Journaler enligt socialtjänstlagen (SOL) och hälso- och sjukvårdsjournaler (HSL).

## 7.2 Journalgranskning

I Vård och omsorgs egenkontrollplan ingår att kvalitetsgranska den dokumentation som förs i hälso- och sjukvårdsjournaler. Detta har inte gjorts under 2020.

### Förbättringsförslag 2021

Att genomföra kvalitetsgranskningen av hälso- och sjukvårdsjournalerna.

## 7.3 Avvikelsehantering

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar och en skyldighet att rapportera negativa händelser och tillbud vilket utgör en grund för förbättrad patientsäkerhet. Med hälso- och sjukvårdspersonal menas sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal när de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vid en avvikelse som upptäcks av omvårdnadspersonal, ska denna genast kontakta ansvarig/tjänstgörande sjuksköterska som bedömer behovet av eventuellt omedelbara åtgärder, såsom till exempel läkarkontakt. Den som upptäckt en avvikelse skriver avvikelserapport.

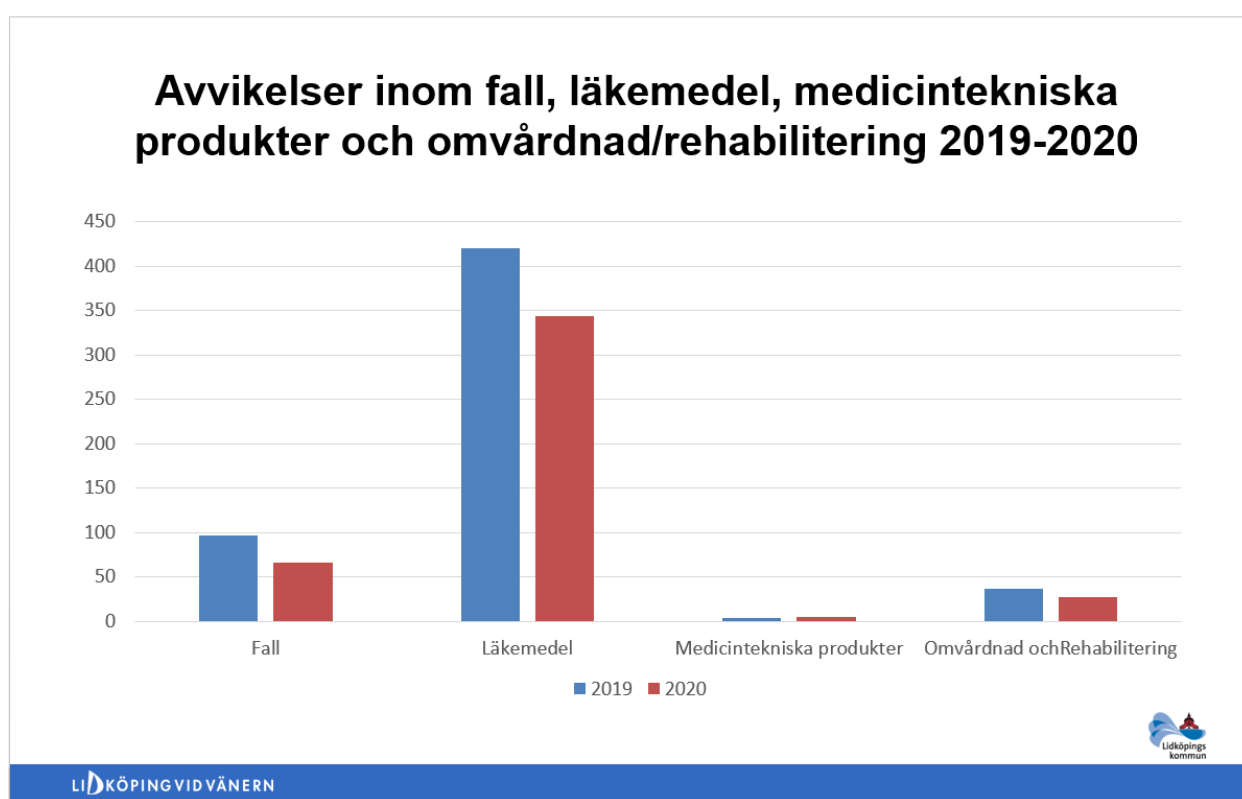
Samtliga avvikelser ska analyseras samt dokumenteras i patientens journal, förutom de avvikelser som inte är direkt knutna till en enskild patient.

Grundprincipen är att avvikelserna utreds lokalt inom varje enhet/område. Legitimerad personal inleder alltid med analys av händelsen, enhetschefen deltar sedan tillsammans med omvårdnadspersonalen i fortsatt analys av händelsen och åtgärder för att förhindra upprepning.

Det är viktigt att lärdomarna över vad som har hänt, orsakerna till avvikelserna och vilka åtgärder som krävs för att förhindra att en upprepning sker återförs till verksamheten. Enhetschefen ansvarar för att löpande återföra information inom sina verksamheter.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS granskar samtliga avvikelser. Bedömer och analyserar om tillräckliga åtgärder är vidtagna, om en avvikelse kräver fördjupad utredning och eventuellt anmälan till någon annan instans till exempel Socialstyrelsen, Läkemedelsverket eller IVO, Inspektionen för vård och omsorg.

## Resultat:



## Avvikelser

Totala antalet avvikelser är 531, av dem är 445 interna avvikelser. 86 är mellan vårdgivare. Fall med skada har inträffat vid 66 tillfällen, det var 97 året innan. Riskbedömda var 47 av dem. 27 personer fick uppsöka sjukhusvård och 10 hade en fraktur. En omläggning gjordes på 18 personer och 8 fick undersökas och övervakas.

Läkemedelsavvikelser har rapporterats vid 343 tillfällen, det är en minskning mot 2019 då det var 420. Av dem var 200 en kvarglömd dos. En läkemedelsgenomgång var gjord hos 251 personer. De läkemedel som det blev avvikelser med var insulin hos 7 personer och Waran eller annan blodförtunnande medicin hos 24 personer. Läkemedelsavvikelserna ledde till allvarliga konsekvenser i 24 avvikelser, obehagliga symtom hos 8, oro/ångest hos 14 och smärta hos 11 personer. Kontakt med läkare har tagits i 21 av avvikelserna. Justering av läkemedelstid i 13.

Omvårdnads- och rehabiliteringsavvikelser var 27. 2019 var det 37 av dem var 11 brister i rehabiliteringsplanen.

### **Fallförebyggande arbete**

Det är viktigt att se till helheten runt de personer som faller ofta. Styrke- och balansträning, kosten och läkemedelsöversyn kan ge god effekt. Dessa delar ingår i Senior alert. Vi måste fortsätta arbeta förebyggande genom ett aktiverande arbetssätt och främja fysisk aktivitet i så stor utsträckning som möjligt. Ett fortsatt bra teamsamarbete är också viktigt, där teamet gör täta uppföljningar av insatta åtgärder.

### **Förbättringsförslag 2021**

Att det sker ett systematiskt arbete med alla avvikelser, där händelsen och åtgärder analyseras och går igenom på enheten.

### **Lex Maria HSLF-FS 2017:41**

Det är en skyldighet för vårdgivare att snarast anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Det utreds och anmäls av den som vårdgivaren har utsett. I kommunal hälso- och sjukvård är det medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen

(2010:659) lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med allvarlig vårdskada avses enligt samma bestämmelse vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

### **Resultat:**

Under 2020 har en utredning gjorts som kan leda till en lex Maria, men det har inte skett någon återkoppling från IVO.

### **7.4 Digitala signeringslistor**

Under hösten 2020 har ”Digitala signeringslistor” införts inom hemtjänsten i Lidköping.

Den digitala lösningen möjliggör ett effektivare och förförallt säkrare arbetssätt.

Skulle exempelvis ett läkemedel inte hanteras i tid, syns det i systemet i realtid.

I systemet hanteras patientinformation, vilket kräver säker inloggning med tvåfaktorsautentisering, exempelvis bankID. I Lidköping finns det två olika sätt för hemtjänsten att logga in i den typen av system ute hos en brukare, privat bankID eller en fysisk säkerhetsnyckel. Under hösten 2020 utbildades först all legitimerad personal för att de sedan skulle lägga in alla patienter, åtgärder och delegeringar i systemet. Därefter utbildades omvårdnadspersonalen inom hemtjänst, nattlagen, bemanningseenheterna, timanställda, korttid och växelvård. Vid årsskiftet är åtta hemvårdsområden igång.

Antalet missade signeringar under implementeringen gick från ca 10 % i starten till ca 0,5 % vid årets slut. Löpande analys har visat att de flesta missar beror på missförstånd. Arbete fortgår med att ytterligare minska antalet icke signerade insatser.

### **7.5 E-recept**

I december startade verksamheten med E-recept, elektronisk receptförskrivning, det är en tjänst som gör att läkare och specialistsjuksköterskor med förskrivningsrätt för vissa läkemedel kan skicka recept elektroniskt till apoteket. Alla apotekskedjor i Sverige har tillgång till e-recepten via ett nationellt receptregister hos E-hälsomyndigheten. Där sparas receptet under giltighetstiden.

### **7.5 Influensavaccination**

Alla patienter med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser har informerats och erbjudits vaccination mot influensa, då de flesta även tillhör riskgruppen. Enligt rekommendationer från Smittskyddsinstitutet dokumenteras alla givna vaccinationer i ett nationellt journalsystem, Svevac. Antal vaccinerade är 639 personer i alla åldrar, varav 594 i åldern 65-120 år.

### **7.6 Vaccinering mot covid-19**

Under sista delen av året pågår planering av vaccination mot covid-19, som startar v.2 2021. Ett särskilt vaccinationsteam bildas, som åker till varje enhet och tillsammans med patientansvarig sjuksköterska utför vaccineringen. Vaccineringen sker enligt den prioriteringsordning som gäller. De flesta brukare/patienter vill vaccinera sig, även de som inte brukar vaccinera sig mot säsongsinfluensan.

### **7.7 NPÖ, Nationell patientöversikt**

Nationell patientöversikt, NPÖ, även kallad sammanhållen journalföring gör det möjligt för legitimerad vårdpersonal att med samtycke från patienten ta del av information som finns hos andra vårdgivare, så som sjukhus och vårdcentraler.

Syftet är att kunna få en mer heltäckande bild av patientens vårdhistorik och vårdbehov vilket i sin tur gör att vårdpersonal kan ge en mer kvalitetssäkrad vård. Användningen av fax för att överlämna dokumentation kommer att upphöra.

## **8 Hantering av Klagomål och synpunkter**

Klagomål och synpunkter som finns lokalt inom en enhet/ett område tas emot och utreds av respektive enhetschef.

Klagomål och synpunkter som kommer från Patientnämnden, Socialstyrelsen, IVO, Inspektionen för vård och omsorg och/eller från patienter eller anhöriga tas emot och utreds av MAS.

MAS har efter utredning även delegation från nämnden att anmäla allvarliga händelser till IVO, Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria. Att anmäla allvarliga brister hos medicintekniska produkter till Läkemedelsverket har enhetschef för rehab delegation på, för produkter förskrivna av kommunens rehabiliteringspersonal. För övriga medicintekniska produkter ansvarar verksamhetschefen för hälso- och sjukvård för anmälan.



## 9 Delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade att regelbundet följa upp sina delegeringar. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent.

Sedan 2016 används en webbaserad utbildning, där genomgången korrekt utförd utbildning genererar ett diplom, som ligger till underlag för den legitimerade i dennes beslut om det finns en kompetens för arbetsuppgiften som skall delegeras.

## 10 Undvikbar slutenvård

Akuta oplanerade transporter är en mätning som sedan 2014 genomförs av varje kommun i Skaraborg under en bestämd mätperiod varje vår. Mätningen var 200127- 200322.

Det är medicinskt ansvariga sjuksköterskor som har startat upp och återkommande genomför mätningen med hjälp av sjuksköterskorna i varje kommun.

Mätningen omfattar alla patienter med kommunal hälso- och sjukvård, oberoende av om de tillhör äldreomsorg, funktionsnedsättning eller socialpsykiatri.

I anslutning till en akut händelse beslutas att patienten behöver åka akut till sjukhusets akutmottagning. Patienter med remiss för t.ex. röntgen eller patienter med öppen retur omfattas inte av mätningen.

### Resultat:

Lidköpings resultat.

Antal vårddygn var 530 på 119 transporter, det ger ett snitt på 4,5 vårddygn per patient. Men stora variationer, en person låg inne i 37 dagar, 14 personer över 10 dagar och 26 personer blev inte inlagda alls. En läkarbedömning innan fick 18 %, 2019 var det 10 %. Av de som åker in kommer 50 % kommer från hemsjukvården. 22 % har hemsjukvårdsläkare och 19 % har en medicinsk vårdplan.

På vardagar 7-17.00 har 57 % åkt in, de låg i snitt inne i 3,7 vårddygn. 23,5 % var läkarbedömda av de som åkte in på vardagar. 30 % har åkt in på kvällstid.

BViS har använts i bedömningen hos 41 % av dem där sjuksköterskan har varit med i beslutsfattandet, den siffran var 18,5% 2019. Symtom från hjärta, kärl, immunsystem eller andning är orsak i till att man behöver åka in akut i 30 % av fallen.

Varje vårdcentral har fått en muntlig och skriftlig rapportering av hur deras resultat ser ut.

### Analys:

Färre oplanerade transporter, 119 mot 134 år 2019. Av de som åker in akut har få en hemsjukvårdsläkare eller en medicinsk vårdplan. Det är fler av de som åker in vardagar dagtid som är läkarbedömda. Bedömningsinstrumentet BViS har ökat i användning.

Samarbetet mellan kommunens sjuksköterska och läkaren i primärvården är avgörande för bedömning av rätt vårdnivå. Att ge patienten en planerad vård kan förhindra akuta transporter. Även vid en akut situation kan det vara av stor vikt att sjuksköterskan tillsammans med läkaren från primärvården planerar och åtgärdar akuta symtom, ev. skriver remiss för röntgen eller annan bedömning på sjukhuset istället för att direkt skicka patienten.

Majoriteten av transporter till sjukhus har varit befogade och nödvändiga för patienten.

**Förbättringsförslag 2021:**

Att bedömningsinstrumentet BViS alltid används för bedömning av akuta tillstånd.

Att det finns en fast läkarkontakt för alla med kommunal hälso- och sjukvård.

Att det finns möjlighet till en snabb direktkontakt mellan sjuksköterska och läkare på vårdcentralen i akuta situationer.

## 11. Samverkan

### **Framtidens vårdinformations miljö, FVM.**

Samverkan har skett mellan Västkom, Västra götaland regionen, Cerner och kommunerna i Västra götaland angående möjligheten för kommunerna att ansluta sig till det verksamhetssystem Millennium, som Västra götalandregionen har upphandlat av Cerner. Det finns 3 optioner som kommunerna kan ta del av. Lidköpings kommun har fattat beslut om att ansluta sig till option 1. Den innebär att patienten/medborgaren kan använda patientportalen. Att efter samtycke av patienten kan en säker intern kommunikationsyta för informationsutbyte mellan förvaltningar och en säker kommunikationsyta för informationsutbyte mellan olika vårdgivare erhållas. Alla som varit med på en samordnad individuell plan har alltid tillgång till patientens SIP, även patienten. Det finns en gemensam läkemedelslista som är läsbar för alla vårdgivare. Det finns en vårdplan för egenvård och en vårdplan för och in- och utskrivning.

## 12. Informationssäkerhet

Att information hanteras säkert är ett krav som har skärpts upp genom GDPR, dataskyddslagen. Det innebär att information som är viktig för verksamheten identifieras och får lämpligt skydd genom tekniska och administrativa åtgärder.

- Att behörighetstilldelning för olika yrken finns dokumenterat.
- Att säker inloggning med E-legitimation kommer att krävas istället för SITS-kort när användningen av NPÖ och liknande system för informationsöverföring mellan vårdgivare kommer att öka.
- Att regelbunden slumpartad loggranskning sker.
- Att inträde i alla läkemedelsförråd loggas.
- Att endast behöriga (legitimerade) har nyckel/tagg till legitimerades expeditioner.
- Att väskor och/eller mappar används vid transport av journalhandlingar, såsom signeringslistor, läkemedelslistor och blodprover.

NIS-direktivet som EU har antagit syftar till att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem inom den europeiska unionen. Den 1 augusti 2018 trädde en ny lagstiftning i kraft, som implementerar direktivet i Sverige, och flera av områdena inom direktivet berör verksamheter inom kommuner, landsting och regioner. De verksamheter som berörs är Energi, Transport, Hälso- och sjukvård, Dricksvatten och Digital infrastruktur.