



Patientsäkerhetsberättelse

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

220228 Malin Bredin

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	4
-Socialnämnden	4
-Verksamhetschef	4
-Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	4
-Enhetschef	5
-Hälsa-och sjukvårdspersonal.....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
-Uppföljning genom egenkontroll.....	6
-Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
-Riskanalys.....	7
-Informationssäkerhet.....	7
Hälsa-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Samverkan med patienter och anhöriga.....	9
RESULTAT OCH ANALYS.....	9
Palliativ vård, resultat Svenska Palliativregistret.....	9
Risker i senior alert	11
Avvikelser.....	111
- Läkemedel.....	11
-Övriga händelser.....	13
-Fallavvikelser.....	14
Klagomål och synpunkter	116
Händelser och vårdskador.....	166
Riskanalys.....	166
Mål och strategier för kommande år.....	16

Sammanfattning

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 § Patientsäkerhetsarbetet utgår från ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9). Ledningssystem för patientsäkerhet anger hur viktiga processer i patientsäkerhetsarbetet ska planeras styras, ledas och följas upp.

Under 2021 har samarbetet mellan Region och kommun stärkts ytterligare framförallt gällande vaccinationsarbete och smittspårningar i samband med utbrott av Covid -19 inom äldreomsorgen. Arbetet med God och Nära vård har påbörjats och några möten har genomförts tillsammans med Primärvården, 1177, ambulansen och folktandvården.

Registrering i palliativa registret har gjorts på dem som har HSL-insatser i kommunen.

Registrering har gjorts i senior alert med åtgärder och uppföljning.

Punktprevalensmätning rörande basala hygienrutiner görs 1 g/år.

Punktprevalensmätning rörande trycksår görs 1 g/år.

Avvikelse och fallskador rapporteras i journalsystem, fallavvikelse följs upp på enheterna samt har sammanställts och skickats till socialnämnden under året.

I övrigt har stor del av patientsäkerhetsarbetet fokuserats på frågor rörande pandemin

Risker och avvikelser har rapporterats enligt gällande rutiner. Förslag, synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten är en viktig del i lärandet och i kvalitetsarbetet.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Varje patient som får hemsjukvård ska känna sig trygg i kontakterna med kommunens hälso- och sjukvård. Medarbetarna ska också känna att de har förutsättningar att utföra sitt arbete på ett tryggt och säkert sätt.

Mål och strategier för 2021 har utgått från socialnämndens beslutade effektmål, socialnämndens internkontrollplan, nationellt vårdpreventivt arbete i kvalitetsregister, föreskrift om ledningssystem samt egna identifierade utvecklingsområden.

Förslag till förbättringar	Ansvarig	Uppföljning
Minska antalet olämpliga läkemedel för de som är 75 år och äldre	Primärvårdens läkare tillsammans med kommunens ssk/dsk	En minskning har skett under 2021, men kommunen ligger fortfarande högre än riket och länet.
Minska antalet fall	Hälso- och sjukvårdspersonal	Kontinuerligt under året, samt i samverkan med FoU Jämt inom ram för regionsamverkansarbete 2021

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Socialnämnden/Närvårdsnämnden

Kommunens ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov. I nämndens ansvar ingår att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden fastställer och följer upp mål i kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef/Närvårdschef

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- patientjournaler förs
- besluten om delegering är patientsäkra

- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov.

Enhetschef

Enhetschefen ser till att riktlinjer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten är väl kända och för att hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs i yrkesutövningen.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ansvarar också för att rapportera avvikelser.

Struktur för uppföljning och utvärdering

Inom ram för det systematiska patientsäkerhetsarbetet mäts risker och vårdskador genom riskanalys och avvikelshantering. Uppföljning av beslutade åtgärder sker genom analys och reflektion. Lärande och erfarenhetsåterföring är viktiga ingredienser för verksamhetens lärande och ny kunskap.

Uppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet sker kopplat till socialnämndens mål, internkontroll och strategier i verksamheten. Risk och avvikelshantering är en central del. Inkomna synpunkter och klagomål ger värdefull information och är en viktig del i kvalitetsarbetet. Egenkontroller och uppföljningar via deltagande i punktprevalensmätningar inom vissa områden genomförs.

Uppföljningar av förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse ligger till grund för fortsatt arbete som vanligen sker långsiktigt över tid. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

I länet finns regionala stödstrukturer, etablerade samverkansformer och arenor mellan kommunerna och region Jämtland Härjedalen på politisk nivå och tjänstemannanivå där frågor om patientsäkerhet ingår.

Kompetenshöjning har genomförts för yrkesutövare under året inom områden av betydelse för verksamheten. En sjuksköterska påbörjade under 2021 specialistutbildning inom vård av äldre. En sjuksköterska avslutade vidareutbildningen till distriktssköterska. Deltagandet i kvalitetsarbete och nationella PPM mätningar samt arbetet via de nationella kvalitetsregistren, utgör också åtgärder som bidrar till ökad patientsäkerhet. Handledning, instruktion och intern fortbildning i specifika hälso- och sjukvårdsåtgärder för vårdnadspersonal, är en del i det dagliga arbetet som främjar patientsäkerheten.

Uppföljning genom egenkontroll

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Uppföljning av socialnämndens mål och internkontroll sker vid fastställda tidpunkter under året. Verksamhetsredovisningar, sammanställning av avvikelshantering samt förslag, synpunkter och klagomål delges nämnden.

Uppföljning inom egenkontroll har baserats på lagkrav, nämndens beslutande internkontrollplan och beslutade egenkontroller i verksamheten. Under 2021 har egenkontroller bl. a omfattat följande områden :

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelseberättelser	4 gånger per år samt daglig kontroll	Procapita
Loggkontroller	NPÖ 1 g/månad Procapita 4 ggr/år	NPÖ Procapita
Basala hygienrutiner och klädregler	1-2 gånger per år	PPM-databasen
Hygienronder	1 gånger per år	Protokoll
Efterlevandesamtal, smärt-skattning.	Redovisas 1 g/år	Palliativa registret
Trycksår	Redovisas 1 gånger per år	PPM-databasen, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	Redovisas 1 gång per år eller tidigare vid allvarlig händelse	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

De åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet är bl.a. Fortsatt arbete utifrån resultat i kvalitetsregistren, både avseende Senior Alert och Palliativa registret samt Öppna Jämförelser. Lågt deltagande i årets ppm-mätning basala hygienrutiner där pandemin kan ha spelat in. Läkemedelsgenomgångar enligt PHASE 20, 1-2 ggr/år på säbo, vid inskrivning till hemsjukvård samt vid behov. Läkemedelsfördelare har införts i ett område i kommunen för att säkerställa att rätt läkemedel tas vid rätt tillfälle samt för att öka självständigheten för den enskilde individen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3 B

Vårdtagarträffar/teamträffar för arbete kring individer boende på säbo och med hemtjänst-, LSS-insatser.

Vårdplanering och överrapportering mellan kommun och Region JH i Cosmic LINK.

Yrkesträffar med legitimerad personal, MAS och Verksamhetschef HSL sker ca 4 ggr/år.

Samverkansmöten God Och Nära Vård har skett vid 3 tillfällen under året med primärvården, 1177, ambulans och kommunen.

Avvikelsehantering mellan huvudmän dvs Region J/H-kommunen sker via kommunens MAS och område patientsäkerhet.

Regionala samverkansmöten - LSG-patientsäkerhet mellan MAS och Regionen har skett regelbundet under 2021.

Samverkan sker i förekommande fall med patientnämnden och inspektionen för vård- och omsorg (IVO) i klagomål som inkommit till dessa myndigheter som rör kommunens hälso- och sjukvård. Ärendena utreds hos vårdgivaren och återförs till IVO samt vårdgivaren.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Risikanalys genomförs vid förändringar t.ex. inför verksamhetsförändring, vid införande av ny teknik, i budgetprocessen och i andra förekommande frågor. I enskilda ärenden görs riskanalys med åtgärder som ett led i patientsäkerhetsarbetet.

Riskbedömning, åtgärder och uppföljning görs i senior alert för alla med hemsjukvård/boende på säbo samt för personer med LSS-insatser och risker.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhetsarbetet sker integrerat i verksamheten utifrån lagar och föreskrifter (Dataskyddslagen, GDPR.)som styr informationssäkerhet genom bl.a. Journalgranskning och loggkontroller

It Stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Incident
Procapita	Journalföring	Loggning, behörighetstilldelning Rutin vid dataavbrott	Ingen, endast planerade avbrott för uppgradering
It stöd för samordnad vårdplanering	Informationsöverföring mellan vårdgivare vid behov av vårdplanering	Loggning, behörighetstilldelning Rutin vid dataavbrott	RJH hade ett större avbrott i Cosmic som påverkade kommunen. Analog metod användas i 3 dagar.
NPÖ	Möjlighet för legitimerad personal att ta del av andra vårdgivares journalhandlingar	Samtycke inhämtas från den enskilde Loggning Behörighetstilldelning Vid avbrott i systemet sker informationsöverföring via telefon eller fax.	Ingen rapporterad
Senior Alert	Riskbedöma och vidta åtgärder vid risk undernäring, fall, trycksår och munhälsa	Riskbedöma och vidta åtgärder vid risk undernäring, fall, trycksår och munhälsa. Samtycke inhämtas innan registrering sker Resultat journalförs i Procapita	Ingen rapporterad
Palliativa registret	Höja kvaliteten på den palliativa vården	Samtycke inhämtas innan registrering sker	Ingen rapporterad
Intraphone	Underlätta och säkerställa HSL åtgärder med teknik	Loggning, signering. Rutin om systemet ligger nere	Felplanering i rutiner förekommer

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Avvikelse rapportering inom kommunen bedöms vara god. Fallavvikelser har rapporterats till nämnden 3 gånger under det gångna året.

Risker och händelser inom hälso- och sjukvården som medfört eller kunnat medföra vårdskada rapporteras enligt rutiner i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ärenden utreds av MAS samt Verksamhetschef HSL. Uppföljning för lärande i verksamheten sker regelbundet. Vid allvarigare händelser görs anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård-

och omsorg (IVO). Sammanställning och analys görs årligen och återförs till vårdgivaren, förvaltningsledningen och verksamheten.

Förslag, synpunkter och klagomål

Förslag, synpunkter och klagomål kan komma in till förvaltningen på olika sätt, t. ex via brev, mejl, telefon, direkt till förvaltningen, till verksamheten och olika yrkesutövare. Inga klagomål gällande hälso- och sjukvård har registrerats under 2021.

Samverkan med patienter och anhöriga

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och anhöriga är viktiga aktörer och kan vara medskapande i hälso- och sjukvården. Samverkan med närstående kring individens säkerhet sker främst vid vårdplanering. Erfarenheter som tas emot i kontakter med verksamheten och under vårdtiden är viktiga och har betydelse för patientsäkerhet och vårdens kvalitet. Anhöriga kan bidra med värdefull information om förutsättningar i vården av en närstående.

Samverkan sker i förekommande fall med patientnämnden och inspektionen för vård- och omsorg (IVO) i klagomål som inkommit till dessa myndigheter som rör kommunens hälso- och sjukvård. Ärendena utreds hos vårdgivaren och återförs till IVO samt vårdgivaren.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

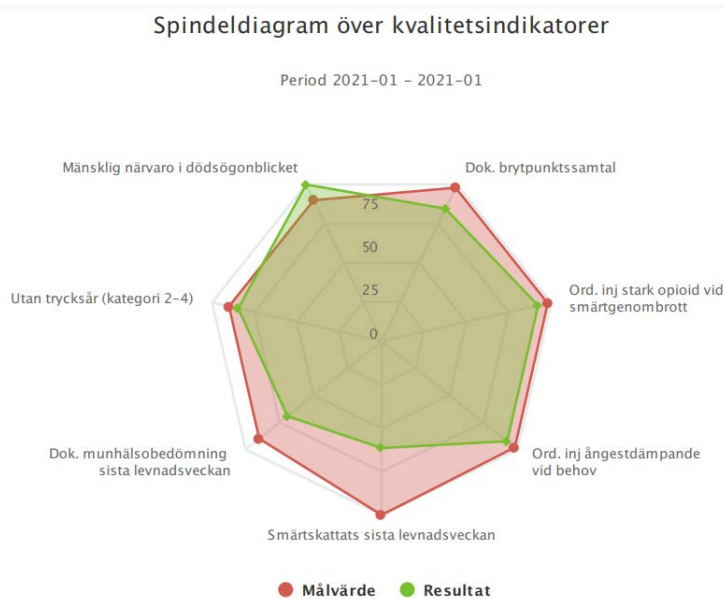
Sammanställning sker årligen med redovisning till socialnämnden, förvaltningsledning och i linje. Verksamheterna ansvarar för genomgång och analys av sina resultat.

I socialnämndens vårdgivaransvar ingår olika former av stöd-, vård- och omsorgsinsatser till personer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är att de tjänster och insatser som ges ska svara mot hög patientsäkerhet och vara av god kvalitet.

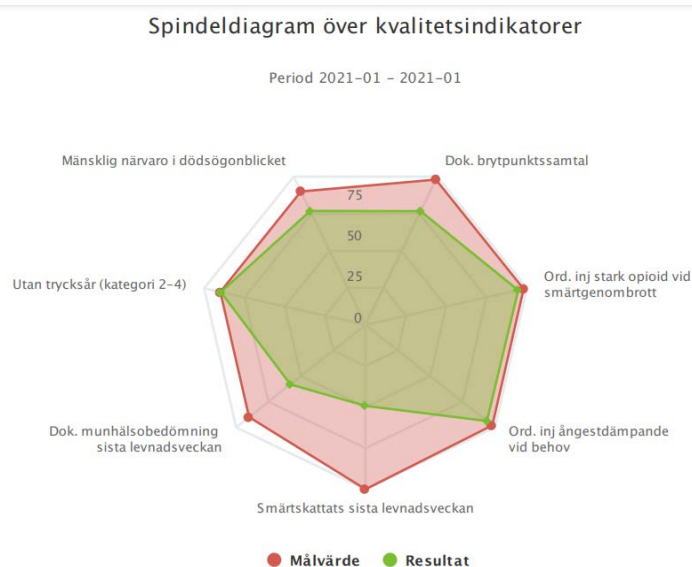
Palliativ vård, resultat Svenska Palliativregistret

Kvalitetsindikator	Strömsunds kommun	Målvärde
Dokumenterad munhälsobedömning sista veckan	69 %	90 %
Utan trycksår	85 %	90 %
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	100 %	90 %
Smärtskattas sista levnadsveckan	62 %	100 %
Erbjuda närstående efterlevandesamtal	59 %	

Spindeldiagram Strömsunds kommun 2021:



Nedanstående bild är hela riket 2021:



Analys och kommentar

Resultatet hämtas från Palliativa registret och redovisar andel avlidna 65 år och äldre som sista levnadsveckan smärtskattats med validerat instrument samt andel avlidna 65 år och äldre där närstående erbjudits eftersamtal. Kommunen ligger således över målvärde vad gäller mänsklig närvaro vid dödsögonblicket medan det finns förbättringspotential inom övriga området. Jämfört med hela riket ligger kommunen över riksgenomsnittet. Pandemin har påverkat situationen negativt genom en ökad sjukfrånvaro bland sjuksköterskor vilket gjort

personalsituationen extra ansträngd. Detta kan ha medfört att det inte varit möjligt att erbjuda och registrera eftersamtal i samma utsträckning som i normalfallet.

MAS kommer att arbeta för en tätare registrering i registret från verksamheterna för att minska felkällor. I journaldokumentationen ska det tydligt framgå om erbjudande om eftersamtal getts. Eftersamtal kommer fortsatt att diskuteras och följas upp bland sjuksköterskorna på gemensamma arbetsplatsträffar. Verksamheten har ett fortsatt uppdrag att aktivt arbeta med frågan.

Risker i senior alert

Totalt gjordes 250 riskbedömningar i senior alert på 195 unika personer, där det visade att 87 % av alla som riskbedömts har minst en risk. Alla som bor på särskilt boende skall riskbedömas såvida de inte tackar nej till detta. Även de över 65 med hemsjukvård/LSS skall erbjudas riskbedömning.

Risker	Andel med risk	Andel med åtgärdsplaner
Trycksår	27 %	97 %
Undernäring	44 %	98 %
Fall	75 %	99 %
Bristande munhälsa	47 %	97 %

Tabellen visar hur många procent av de som riskbedömts som har en eller flera risker samt att en mycket hög andel av de som riskbedömts har åtgärdsplaner för att minska risken.

Avvikelser

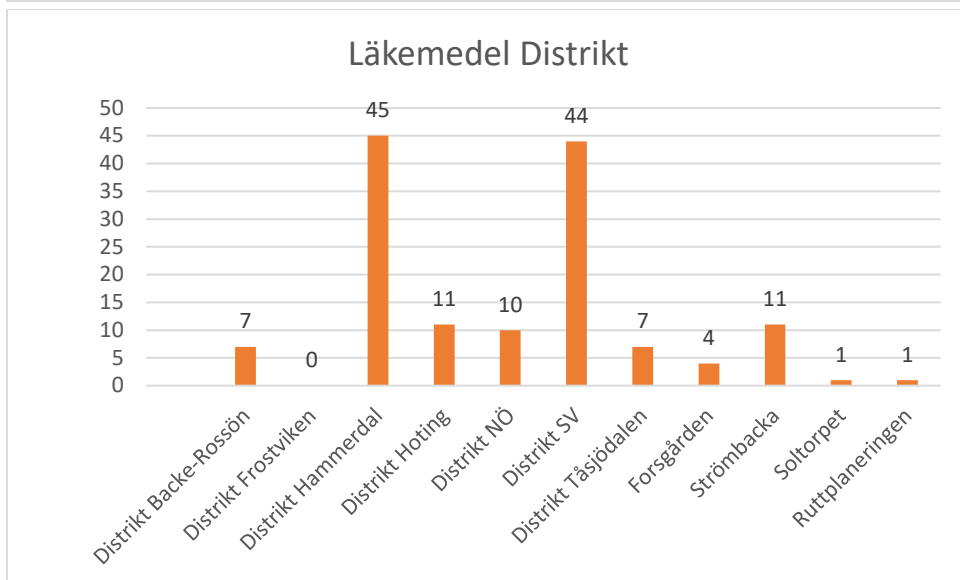
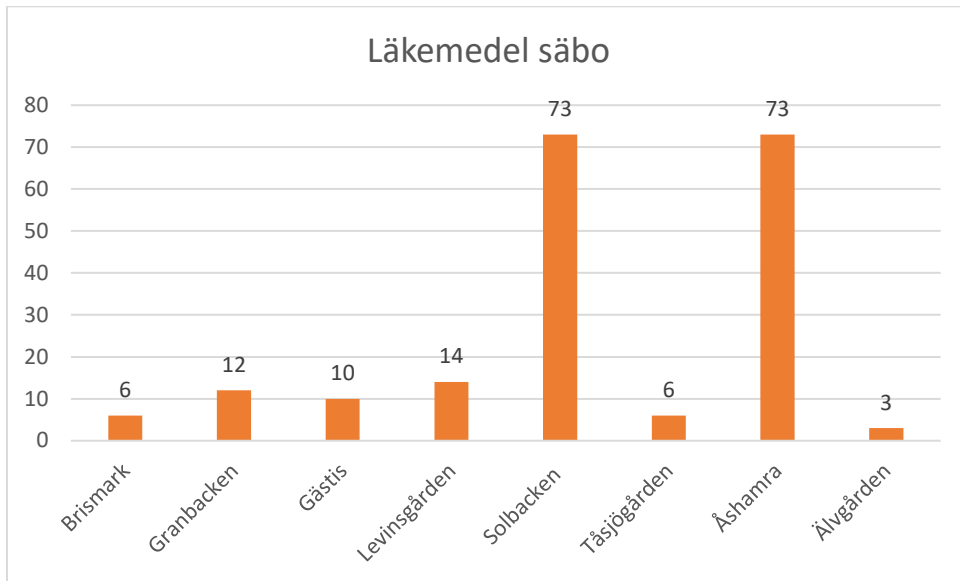
Rapportering enligt ledningssystem för kvalitet. Sammanställning av rapporterade läkemedelsavvikelser samt andra typer av avvikelser inom Vård- och Socialförvaltningen och Närvård Frostviken redovisas i diagram.

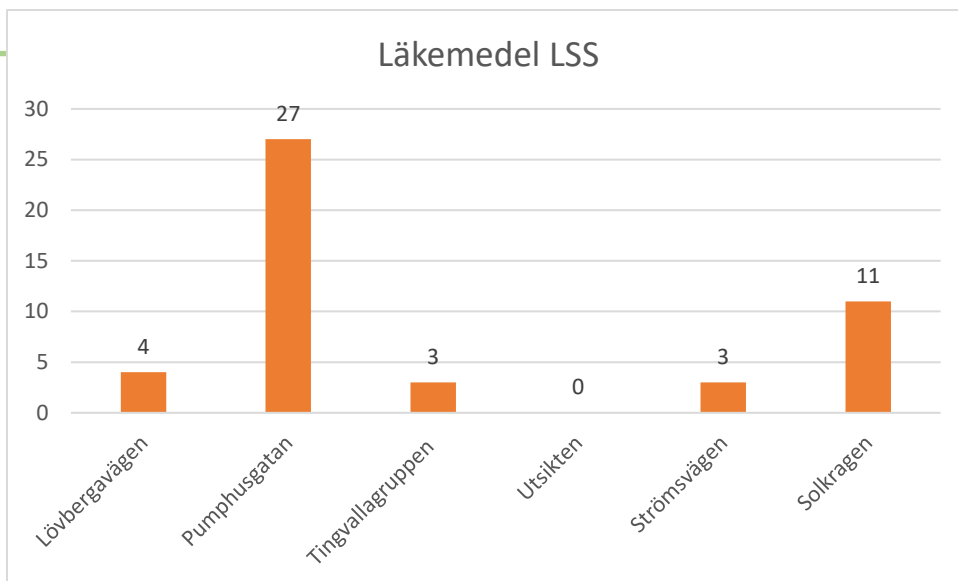
När det gäller NÄVA så rapporterar de sina avvikelser själva i Regionens avvikelssystem och en sammanställning har inkommit därifrån med totalt 27 avvikelser under 2021, där 25 avvikelser rörde fall, 1 läkemedelshantering och 1 larm ur funktion.

Läkemedelsavvikelser

Summa inkomna läkemedelsavvikelser 2021 är 402 (2020 -464 st) varav 316 (2020- 326) var utan bedömbart/ingen känd konsekvens, d.v.s. ingen reaktion noterades. 285 (2020 -321) av dessa var utebliven dos.

Antal avvikelser inom respektive vårdområde:

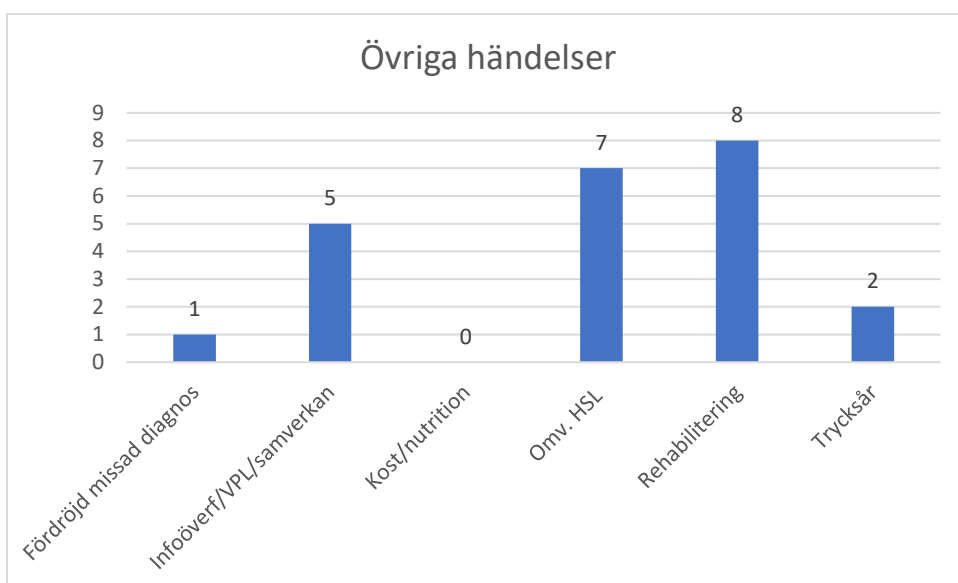




Andelen läkemedelsavvikelser har således minskat under 2021, vilket kan bero på att det arbetats aktivt kring avvikelshantering. Vissa områden har högre andel avvikelser än andra detta kan dels bero på att området ruttplaneringen tillkom i slutet av året och vissa avvikelser på så sätt ligger fel, det kan även bero på kultur på arbetsplatsen hur man rapporterar avvikelser.

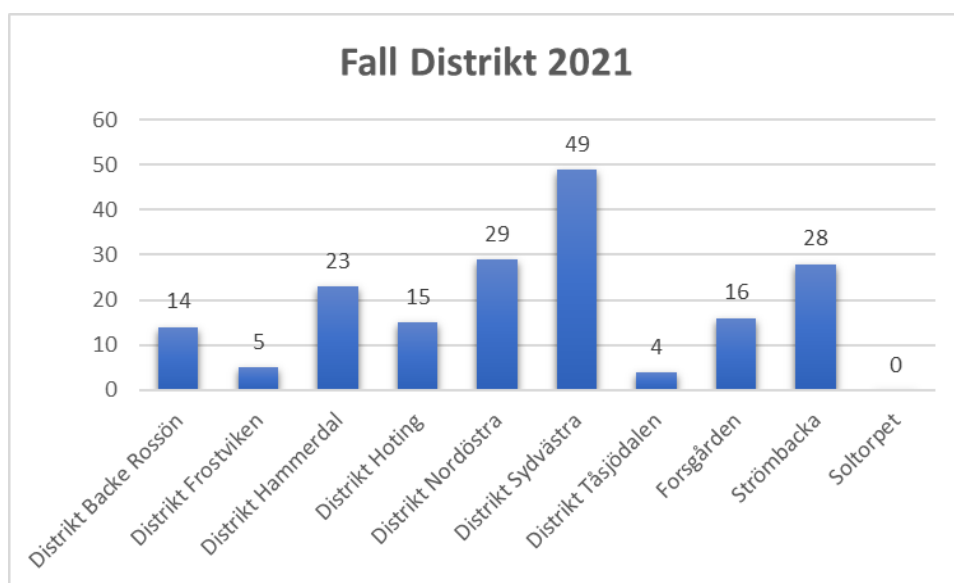
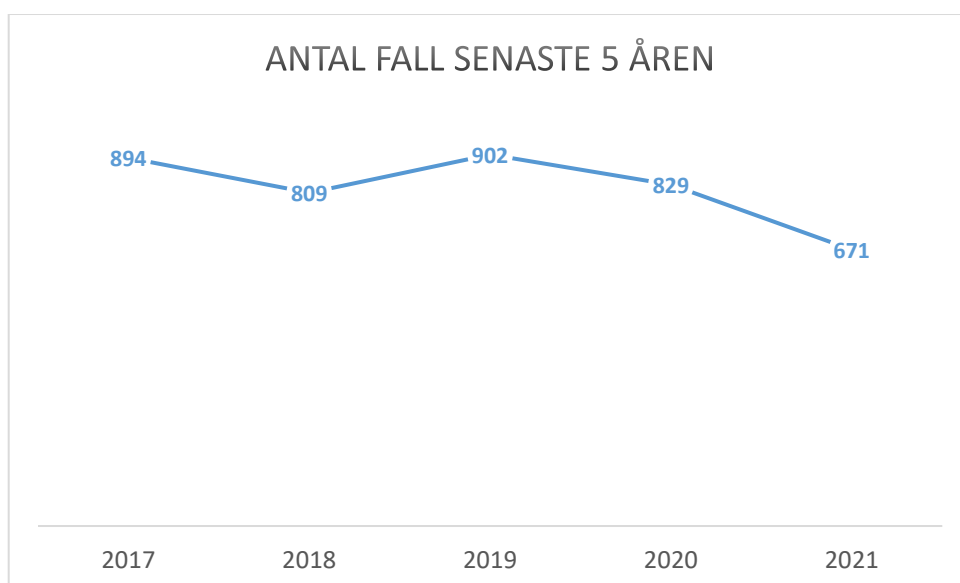
Övriga avvikelser

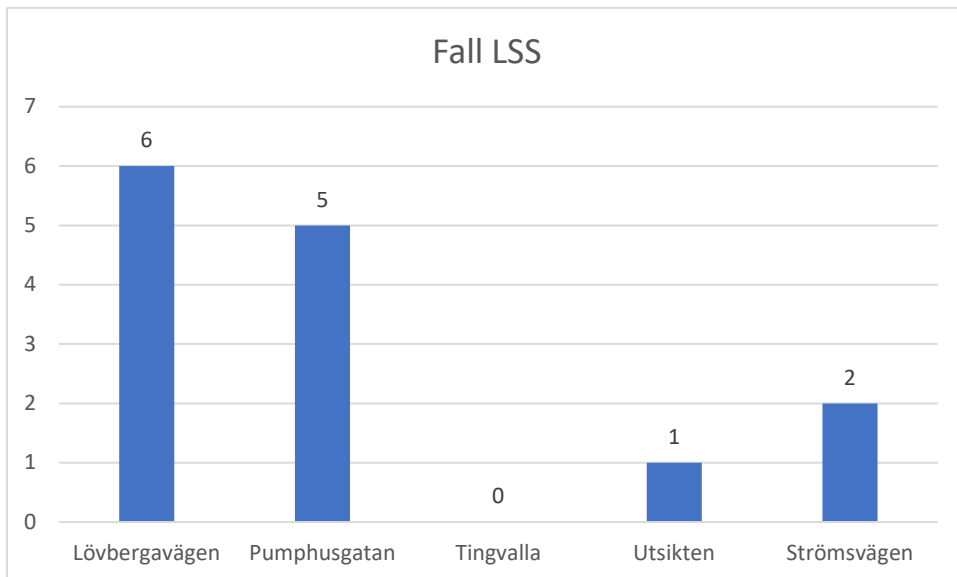
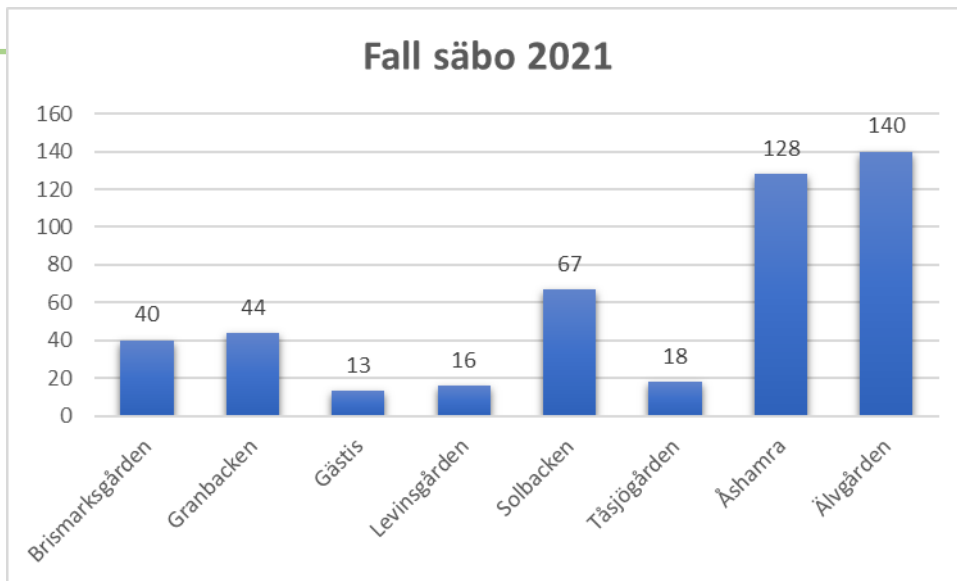
Övriga avvikelser var 27 st . En gäller en fördröjd/missad diagnos där Kommunen tillsammans med Regionen har gjort en händelseanalys som pågår in på 2022 för att se om Lex Maria skall göras eller andra åtgärder vidtas för att förhindra att händelsen uppstår igen. Ingen Lex Maria har gjorts under året i kommunen. Ett antal stöder av läkemedel har förekommit och dessa har polisanmälts samt det har gjorts en Lex Sara utredning



Fallavvikelser

Totalt har det inkommit 670 st fallavvikelser under året, jämfört med 829 st förra året. Tittar man på en 5-årstrend ser vi att antalet fall under 2021 har minskat markant och vi har den lägsta andelen fall under en 5-årsperiod





Konsekvens av fall:

Cerebral blödning	1
Fraktur mindre	4
Fraktur större	7
Ingen känd skada	432
Luxation	1
Mjukdelsskada	107
Skallskada/oklar konsekvens	10

Analys för 2021 avseende fallhändelser

Det har arbetats aktivt med fallgenomgångar och fallprevention vilket har gett ett synbart resultat

Vår förhoppning inför 2022 är att trenden fortsätter hålla i sig och att vi följer upp med verksamheten kontinuerligt för att förbättra det preventiva arbetet och att det sedan ska synas i resultatet.

Klagomål och synpunkter

Inga klagomål och synpunkter har kommit oss till kännedom under 2021.

Händelser och vårdskador

Inga klagomål har under det gångna året rapporteras in från patientnämnden. Totalt har det hanterats 10 ärende i samverkan med regionen.

Svenska HALT 2021

Ingen data finns att tillgå.

Risakanalys

Även 2021 har varit präglad av pandemin, året började med vaccineringar inom särskilt boende och hemsjukvård. 3 doser har erbjudits och getts till de flesta med kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser. Kommunens distriktsköterskor har även hjälpt primärvården med en del vaccineringar. Vidare så har en stor del av arbetet fokuserat på smittspårningar och att förhindra smittspridning. Särskilda boendena i kommunen deltar i studie där man mäter immuniteten hos vårdtagarna efter vaccinering. 2020 hade vi ett fullbemannat rehab kan ha varit en del i att antalet fall minskade under 2021 under senare delen av 2021 har antalet sjukgymnaster återigen minskat och det förebyggande arbetet kan på så sätt komma att bli lidande. Vidare har vi under 2021 haft underskott av sjuksköterskor/ distriktsköterskor och har varit tvungna att anlita bemanningsföretag för att få till personaltäckning under framförallt sommaren.

Mål och strategier för kommande år

Vi fortsätter följa mätningar i kvalitetsregistren och fokuserar 2022 även på fallskadeprevention i syfte att minska antalet fall. Vi kommer vidare att arbeta med övriga avvikelser framförallt läkemedelsavvikelserna så att dessa utreds i alla led och följs upp inom enheten, lämpligen kvartalsvis eller oftare om så krävs. Basala hygienmätningar kommer att genomföras under v. 11-12. Vi följer de mål och strategier som angivits ovan. Omställning mot en Nära vård fortgår 2022 där vi är delaktiga. Vi kommer att fördjupa oss i den Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som gäller 2020-2024 och arbeta utifrån denna. Läkemedelsfördelare har införts i ett område i kommunen och vi fortsätter med införande i andra delar av kommunen, vi tittar också på andra lösningar för att säkerställa att medborgarna får sina läkemedel på ett korrekt sätt. Planeringen i Intraphone kommer under året att bytas ut till Lifecare Mobil Omsorg.