



Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-28 Eva Marie Larsson, Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska, MAS.

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	9
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	9
Riskanalys.....	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	16
Informationssäkerhet.....	17
RESULTAT OCH ANALYS.....	18
Egenkontroll.....	18
Avvikelser.....	22
Klagomål och synpunkter.....	25
Händelser och vårdskador.....	26
Riskanalys.....	26
Mål och strategier för kommande år.....	26

Sammanfattning

Den sammanlagda bedömningen är att patientsäkerheten varit god i verksamheterna. Avvikelse har registrerats och de mest vanliga är fall- och läkemedelsavvikelse. Synpunkter och klagomål från samt avvikelshantering är en viktig del i systematiskt kvalitetsarbete, då detta medför att brister i verksamheten identifieras och åtgärdas vilket leder till att patientsäkerheten ökar. Detta kan ses som mycket viktigt i en lärande organisation. De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten är att arbeta förebyggande och att avvikelser följs upp genom egenkontroll. Vårdskador identifierats och hanterats genom att all personal uppmärksammar och rapporterar vid händelse eller risk för händelse. Även patienter och närstående bidrar med dess specifika kunskap om sin egen situation. Informationssäkerheten har säkerställts med hjälp av rutin för loggning av personalens användande av patientjournal. Patientsäkerheten har också belysts bland annat genom översyn, upprättande och revidering av rutiner, vilket sker löpande. Identifierade förbättringsområde för ökad patientsäkerhet är olika aspekter på vårdhygien, dokumentation och patienter och närståendes medverkan. Arbetet med översyn av rutiner kommer att fortsätta under 2019 liksom utvecklingen av Hälso- och sjukvårdssvtalets olika delar med nya rutiner och arbetssätt samt anpassning av kunskapsnivån för hälso- och sjukvårdspersonalen för ökat patientsäkerhetsarbete, samt fortsatt översyn av rutiner inom området.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Den övergripande målsättningen med kommunens patientsäkerhetsarbete är att minska antalet undvikbara vårdskador och att patienten ska erhålla en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för risk för skada i vårdarbetet.

All personal som arbetar utifrån Hälso- och sjukvårdslagen ska:

- Arbeta utifrån gällande författningar och lagstiftning.
- Arbeta följsamt till utarbetade riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården
- Arbeta preventivt syfte att förebygga skador.
- Arbeta för att öka patientens och/ närståendes delaktighet i hälso- och sjukvården.
- Arbeta med kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling.

För att uppnå ovan krävs att all personal använder rutinerna som är ett levande dokument samt att rutiner kontinuerligt ses över och revideras. Viktigt är att avvikelserapportering sker. Preventionsarbete ska ske dagligen i allt vårdarbete. Avvikelse ska alltid skrivas då något inträffat eller riskerat att inträffa. Systematiskt teamarbete ska genomföras per enhet för att identifiera, riskhantera och åtgärda avvikelser som inkommit. Patienter ska erbjudas att delta i nationella kvalitetsregister för att öka säkerhet och kvalitet för den enskilde. Ansvariga för uppföljning på

enheterna är enhetschefen. Övergripande ansvar har medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

Vårdskador mäts genom uppföljning och kontroll av inkomna avvikelser ur verksamhetssystemet, granskning av dokumentation samt vidtagna åtgärder.

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normalt eller förväntat förlopp. Målet med avvikelshantering är att alla avvikande händelser ska rapporteras. Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. Avvikelser ska ses som en viktig del i en lärande organisation. Allvarliga händelser eller risk för att allvarliga händelser kan inträffa ska anmälas till MAS som ansvarar för utredning och eventuell anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Enhetschefer och legitimerad personal tittar på avvikelser tillsammans med omvårdnadspersonal under teamträffar. Enheterna kan på detta sätt successivt arbeta med förbättringar. Uppföljning via de nationella kvalitetsregistren är också en möjlighet till kontroll av hur enheterna har arbetat med riskanalyser.

Organisation och ansvar

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

Socialnämnden är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Mål och strategier för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp samt utvärderas kontinuerligt. Vårdgivaren ansvarar för att det finns en stabsenhet som har uppdrag att arbeta med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, fördjupande analyser inom patientsäkerhetsområdet, samt utvecklingsarbeten inom patientsäkerhetsområdet. I Trelleborgs kommun är detta delegerat enligt följande:

Avdelningscheferna ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens och befogenheter att bedriva en säker vård. De ansvarar också för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer rutiner. Alla enheter ska rapportera och systematiskt gå igenom sina respektive avvikelser. Medarbetarna ska delges resultatet och åtgärder ska vidtas utifrån avvikelsen. Avdelningscheferna ansvarar också för att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en säkerhetsrisk till medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialförvaltningens ledning och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas, bevakar att hälso- och sjukvårdens patientsäkerhet upprätthålls i den sjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde, upp till och med sjuksköterskenivå enligt tröskelprincipen. MAS ansvarar för att det finns rutiner för hög patientsäkerhet. MAS har även delegering

från nämnd på att göra anmälningar enligt lex Maria till IVO samt att anmäla felaktigheter på medicintekniska produkter till Läkemedelsverket och Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Enhetschefer ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som är fastställda är väl kända och följs i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sin profession.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Omvårdnadspersonal som har delegering för hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför de delegerade uppgifterna.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Ledningskraftgrupp/ Lokal Samverkansgrupp Hälso- och sjukvårdsavtal, har fortsatt i samverkan, för att förbättra vård och omsorg samt ge stöd och verktyg till förutsättningar för en god och säker vård. Trelleborgs kommun representeras av enhetschefer från Rehab-, Sjuksköterskeenheten, Myndighetsavdelningen och Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Företrädare från Primärvården och Trelleborgs lasarett representeras av verksamhetschefer. Chefssjuksköterskan för SUND har varit sammankallande. Fokus har under året varit Hälso- och sjukvårdsavtalet, Sammanhållen Individuell Planering, SIP, inskrivning i mobilt vårdteam med mobilt läkarstöd där kommunsjuksköterska ingår i teamet samt Lagen om Samverkan Vid Utskrivning, SVU, från slutet hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdsavtalet är ett utvecklingsavtal och en dialog i samverkan är en förutsättning för säker och ändamålsenlig vård. Den nya övergripande regionala rutinen för samverkan vid utskrivning har diskuterats vid varje samverkansmöte då innebörden tolkades på olika sätt av olika vårdgivare.

Samverkansgrupp HS-avtal byter namn Närsjukvårdsråd under 2019.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska samverkar med MAS i Svedala och Vellinge samt i större nätverk i Skåne. Möten med legitimerad personal sker regelbundet, alternativt medverkan på arbetsplatsträff.

Tvärprofessionellt teamarbete sker på olika sätt, men kan se olika ut i verksamheterna. Vid ovanliga eller nya behandlingssätt utbildas personal innan ansvaret övergår från annan vårdgivare till oss, i syfte att stärka patientsäkerheten. Förekommer även i övergången mellan Korttidsenheten och hemvården.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet och att förebygga vårdskador på olika sätt. När en enskild individ oavsett målgrupp eller ålder har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och då ett behov av samverkan och samordning finns kring stöd och insatser, ska berörda parter tillsammans med den enskilde upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Detta anges både i Socialtjänstlagen (SoL 2 kap 7§) och i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 16 kap 4§). Här har patienten och dess närstående en central roll, förutsatt att patienten vill ha med närstående ur sekretessynpunkt. En SIP är oftast en del i utskrivningsprocessen från slutenvård och en förutsättning för att bli inskriven i Mobilt vårdteam enligt Hälso- o sjukvårdsavtalet. En del enhetschefer lyfter fram vikten av öppenhet och information, kartläggning av behov och en dialog med anhöriga. Här kan ett förbättringsområde identifieras. En del enheter informerar först när en händelse har inträffat, vilket givetvis också ska göras, men det kan inte ses som ett preventivt förhållningssätt.

Demenskoordinator och anhörigkonsulent har under året erbjudit utbildningstillfällen för närstående till patienter med nydiagnostiserad demenssjukdom eller till de som tidigare varit okända för kommunen. Demenskoordinatorn samverkar med primärvårdens sjuksköterskor som är ansvariga för minnesutredningar. Enligt nationella riktlinjer för en demensvård är en tidig kontakt avgörande för utvecklingen. Sjuksköterskan frågar helt enkelt om det går bra att lämna uppgifter till kommunens demenskoordinator, som sedan tar kontakt. På detta sätt blir patienterna kända på ett betydligt tidigare stadie och närstående har större möjlighet till att kunna vara delaktig i vården. Demenskoordinatorn har täta kontakter med sitt nätverk i primärvården.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar hälso- och sjukvårdsrelaterade avvikelser via avvikelssystemet i verksamhetssystemet Procapita. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar ansvarig chef inom respektive verksamhet.

Hela avvikelssystemet var t.o.m. 2016 gemensamt för de lagrum som vård och omsorg arbetar utifrån dvs. SoL, HSL och LSS. Nu finns det två olika

avvikelsesystem, i Procapita. Ett för allt relaterat till hälso- och sjukvård och Life Care avvikelser enligt Socialtjänstlagen. Rutin finns sedan lång tid att alla avvikelser ska rapporteras och omhändertas. Möjligheten att välja "fel" avvikelsesystem finns eftersom ibland finns det avvikelser som berör både och. Enhetschefer har möjlighet att uppmärksamma detta och göra ändringar. Som en kvalitetsförbättring avseende avvikelshantering

har legitimerad personal samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen fått tillgång till Vardagas avvikelsesystem i Qualimax som är ett ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Tanken är att fånga upp underrapportering av avvikelser då omvårdnadspersonalen tidigare fick registrera samma händelse två gånger, ett i varje system.

Klagomål och synpunkter

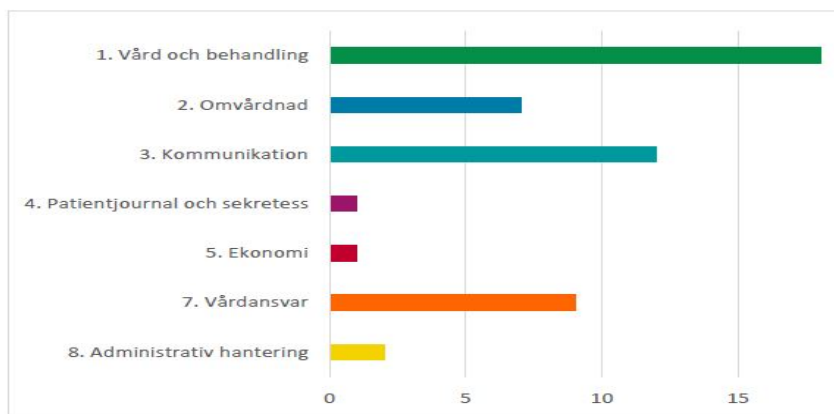
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Synpunkter och klagomål, oavsett i vilken form, som inkommer ska registreras, utredas och åtgärdas. Enhetscheferna och i viss mån avdelningscheferna hanterar och åtgärdar de synpunkter och klagomål samt ger återkoppling till den som inkommit med synpunkter och klagomål. I dagsläget saknas ett gemensamt övergripande system för hantering och sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål.

Patientnämnd och Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Inkomna ärenden från Patientnämnd och IVO utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Ett klagomål skickat till IVO av anhörig, avslutades utan åtgärd från IVO. Ingen lex Maria anmälan har under året inrapporterats till IVO. Inga ärenden från Patientnämnd. Generellt sett får Patientnämnden inte så många ärenden gällande Kommunal hälso- o sjukvård. Totalt sett en minskning från 6153 inkomna ärenden till 5810 under 2018 varav knappt 1 % avsåg Kommunal vård. Källa

Kommunal vård



Knappt 1 % av de registrerade ärendena avsåg "Kommunal vård".

De tre vanligaste problemområdena:

- **Vård och behandling, 36 %.** De flesta ärendena handlade om synpunkter på utförda behandlingar och läkemedelshantering.
- **Kommunikation, 24 %.** Patienter och närstående upplevde brister i delaktighet.
- **Vårdansvar, 18 %.** Patienter och närstående hade synpunkter på gjorda vårdplaner eller bristande vårdplanering.

Egenkontroll

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

Enheterna ansvarar för egenkontroll av sin verksamhet. Detta sker på olika sätt bland annat genom avvikelsegenomgång i team, egna skattningar av olika område. Egenkontrollsystemet har utvecklats med bl.a. arbete med A3- planer och är fortfarande under utveckling.

MAS ansvarar för kontroll av kvaliteten, och detta sker både genom bokade och icke föranmälda tillsyner. Personal intervjuats och får redogöra för hur HSL fungerar på enheten. Besök och genomgångar sker vid behov på enheter där kvaliteten varit bristande eller behov av stöd framförts. Återkoppling till enhetschefer och avdelningschef. Arbete med interna kontrollmål gällande HSL är pågående.

Ett led i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete är legitimerad personal arbete med journalgranskning. Syftet med att granska dokumentationen är att säkerställa dokumentationen, kvalitetsutveckling samt att tillförsäkra patienten en god och säker vård. Detta sker även löpande av MAS i utredningshänseende.

Kvalitetsuppföljning angående Hälso- och sjukvård inom LSS verksamheterna med fokus på patientsäkerhet utförs av medicinskt ansvarig sjuksköterska vart annat år, eller oftare om behov föreligger.

MAS tillsammans med enhetschef, samordnare, stödassistent och arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska pratar om behov och stöd av HSL teamet, delegering

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Nationella Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister som har en viktig roll i förbättringsarbetet. Data från registren kan användas för att följa resultatutvecklingen i den egna verksamheten, men också för att jämföra med andra delar av landet. Med stöd av data från registren går det att skapa tydligare riktlinjer, förbättra rutiner och arbetssätt.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att arbeta preventivt med äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion/inkontinens.

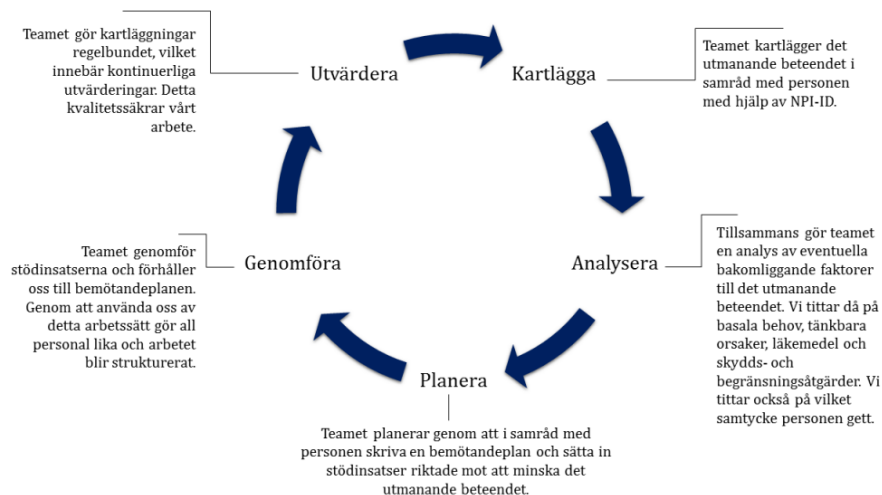
Svenska Demensregistret, SweDem är ett nationellt kvalitetsregister över diagnostik, behandling samt vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Registret har som syfte att förbättra kvaliteten på demensvården genom att samla in data och följa upp. SweDem följer kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvård. Samtliga vårdtagare med demensdiagnos, som gett sitt samtycke har registrerats och följs upp.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD är ett kvalitetsregister som syftar till att förbättra kvaliteten inom demensvården. Genom att dokumentera utredning, behandling och uppföljning går det att följa effekten av insatser och bättre matcha insatser utifrån de symptom som uppvisats. Personcentrerade aktiviteter kan öka med denna metod.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Registrering efter dödsfallet ska göras av sjuksköterska utifrån vilken organisation patienten avlidit, det vill säga antingen inom kommun eller Region Skåne.

FUNCA, anpassat för vuxna inom LSS personkrets 1 och 2 används både inom boende och daglig verksamhet enligt LSS. Det varierar mellan olika boende i vilken omfattning FUNCA används, allt från enstaka brukare till alla. Arbetsverktyget som ger personalen stöd i att analysera hur brukarens möjlighet till kommunikation ser ut, om vardagen och miljön är anpassad, de basala behoven är tillfredsställda, om det föreligger hälsoproblem, etc. samt om man använder någon form av skydds- och begränsningsåtgärder. Utifrån analysen sätts sedan personcentrerade stödinsatser in som senare utvärderas genom kartläggningen i FUNCA görs om. Kartläggningen görs i ett webbaserat verktyg som ger en översikt och även statistik kan tas fram för

att användas som stöd för enhetscheferna i utvärdering inom respektive enhet. Att använda FUNKA ger personalen möjlighet att skapa sig en bättre förståelse för patienten, bredda teamarbetet och får en bättre gränsöverskridande kontakt mellan de verksamheter som brukaren rör sig inom. Möjligheten att fånga upp brukare med förväntade bra resultat, där det efter kartläggningen inte visar sig vara så, kan identifieras i ett tidigare stadium innan ett större behov uppstår.



Kvalitetsuppföljning angående HSL inom LSS verksamheterna under 2018.

MAS har möten med fokus på patientsäkerhet tillsammans med enhetschef, samordnare, stödassistent och arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska vart annat år.

Mötesformer

MAS har regelbundna träffar med legitimerad personal. Specifika sjuksköterskemöten och på arbetsplatsträffar för Rehab enheten. På dessa möten diskuteras vad som är aktuellt kring hälso- och sjukvård, uppföljning/diskussion kring vilka förbättringsåtgärder som behövs utvecklas utifrån inrapporterade avvikelser samt genomgång av nya och reviderade rutiner. Dialog och information sker fortlöpande kring utvecklingsområden inom vård och omsorg

Samverkansgrupp Hälso- o sjukvårdsavtal

Samverkansgruppen har haft regelbundna möten. Enhetschef för sjuksköteheten, Rehabenheten, Myndighetsavdelningen och MAS har representerat Trelleborgs kommun. Arbetet med följsamheten till det lokala samverkansavtalet till Hälso- o Sjukvårds avtal har fortgått under året. Andra delar i samverkan har varit utveckling av samordnad individuell Plan, SIP, inskrivning i mobilt vårdteam, samverkan vid utskrivning från slutet hälso- o sjukvård samt Mobilt vårdteam Trelleborgs lasarett. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- o sjukvård trädde i kraft 1

januari 2018 och har tagit mycket av mötestiden i anspråk. Överenskommen regional rutin har tolkats på olika sätt hos olika vårdgivare. Dessa olika tolkningar har skapat onödigt mycket irritation och svårigheter i den direkta vården av patienterna efter utskrivning från sjukhus. Planeringsverktyget Mina Planer, där slutenvården, primärvården och kommunen planerar och kommunicerar om patienten inför utskrivning, efter samtycke, används olika bra. Vårdcentralernas koordinerade ansvar, när flera vårdgivare är involverade i patientens behandling, är ofta uppe för diskussion. Sjuksköterskorna ska enligt rutin vända sig till den vårdcentral som patienten är listad då till exempel specialistvårdsnivå behöver konsulteras. Vårdcentralen har det övergripande ansvaret för patientens vård. Det har skrivits och inkommit avvikelser på följsamheten till själva samverkansprocessen.

Digital signering

Arbete med att införa digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser har fortsatt under året. Arbete med att skapa korrekta begrepp och formuleringar i det digitala verktyget som används har modifierats av MAS. Ur en patientsäkerhetssynpunkt är det av största vikt att begrepp som används är samma oavsett hemvårdsområde. Samtliga begrepp ska ha koppling till Vårdhandbokens definitioner och Socialstyrelsens termbank. Den tänkta övergången till digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser(HSL) under hösten har flyttats fram efter en riskanalys av MAS. Digital signering av HSL insatser har under en längre tid pågått parallellt med de vanliga signeringslistorna i pappersform. Digitala signeringslistor är en del av patientjournalen och ska bevaras enligt dokumenthanteringsplanen. Är en del av en journal upprättad i digital

form och det inte finns möjlighet att spara dokumentationen på ett säkert sätt som motsvarar ett elektroniskt arkiv, ska dokumenten skrivas ut i pappersform och förvaras i fysisk akt. Detta medför merarbete för legitimerad personal, större volymer i socialförvaltningens arkiv i väntan på gallring, samt risk för att arkivet inte hålls i den ordning som krävs.

Hygientillsyn

MAS har under året genomfört hygientillsyn på större delen av särskilda boende i samband med uppföljning internt kontrollmål vilket innebar att personalens följsamhet till basala hygienrutiner kontrollerades. Enheten för sjuksköterskor och rehabilitering har bättrat på arbetet med införande av arbetskläder under året men det finns mer att arbeta på för att personal inte ska arbeta helt eller delvis i privata kläder. För att kunna förebygga vårdrelaterade infektioner, vårdskada, måste personal ha förutsättningar att arbeta efter de rutiner som finns. Förutsättningarna för personalen att följa basala hygienrutiner, eller att leva upp till de krav som ställs på att ge en vård av god kvalitet med god hygienisk standard var inte helt tillfredsställande på alla områden. Personal med konstgjort material på naglarna följer inte basala hygienrutiner och det förekommer en del. Enhetschefer arbetar aktivt med att minska detta genom utbildning på arbetsplatsträffar. MAS har en "Hand-check" apparat till

utlåning. Enhetschefer använder denna för att kunna på ett pedagogiskt sätt i utbildningen visa hur väl handdesinfektion utförs.

Vårdhygien

Under 2018 har Vårdhygien Skåne utfört smittspårning efter en patient med nyupptäckta multiresistenta bakterier, MRB. Åtgärder sattes in enligt rekommendationer från Vårdhygien Skåne. I första hand togs det odlingar på patienter med riskfaktorer för att fånga upp multiresistenta bakterier, som vårdats under samma tidsperiod. I nästa skede inventerades all personal för riskfaktorer. Sammanlagt utfördes 35 provtagningar av sjuksköterskor i hemsjukvård och inom särskilt boende. Fem personal med riskfaktorer provodlades, alla med negativt resultat. Vårdhygien Skåne har avslutat smittspårningen utan att se någon direkt orsak till smittspridningen som kan ha uppstått mellan två patienter. I samverkan med hygiensjuksköterskor från Vårdhygien i Skåne, MAS, enhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal utfördes en hygienrond på aktuellt särskilt boende. Förbättringsförslagen kommer att följas upp under 2019 av MAS.

I samband med tillsynsbesök på särskilda boenden 2017 då MAS såg på helheten angående basala hygienrutiner uppmärksammade förbättrings område när det gäller tvätthantering. För att förhindra vårdrelaterade infektioner finns det rutiner för tvätthantering och följsamhet till dessa är viktig. Omedelbar återkoppling till personal och berörda enhetschefer. Återkoppling till avdelningschef och enhetschefer. Uppföljning kommer att ske sommaren 2019. God kvalitet förutsätter bland annat god hygienisk

standard och anges som ett specificerat krav i hälso- och sjukvårdslagen. För patienten innebär en god och hygienisk standard att risken för att drabbas av en vårdrelaterad infektion ska vara så liten som möjligt. Risken för smittspridning begränsas genom följsamhet till regler för basala hygienrutiner där av arbetskläder är en del. Smittskydd Skåne menar att var 20:e skåning är bärare av MRB utan att ha vetskap och symtom, framtida ökning kan förväntas. Här finns ett förbättringsområde som bör prioriteras för att förhindra vårdrelaterade infektioner.

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar enligt Skånemodellen har genomförts enligt överenskommelsen med Region Skåne. Efter vissa kriterier erbjuds tvärprofessionell läkemedelsgenomgång både till patienter i särskilt och ordinärt boende. Sammankallande är läkare i primärvården och deltagande farmaceut kommer från Region Skåne. För patienter inom kommunal hälso- o sjukvård bistår ansvarig sjuksköterska med information kring; aktuell läkemedelslista, aktuella diagnoser, längd, vikt, blodprov, blodtryck i liggande och sittande/stående samt puls, kognition, falltendens samt en systematisk skattning av patientens symtom med

skattningsskalan PHASE-20. Syftet är på ett strukturerat och jämlikt sätt minska läkemedelsorsakade inläggningar på sjukhus för de mest sjuka äldre patienterna

Svenska HALT

Mätningen kan ligga till grund för förbättringsarbete inom området och i sin tur leda till färre vårdrelaterade infektioner och förbättrad antibiotikaanvändning. Syftet med rapporten är att ge en bild av hur det ser ut inom särskilt boende avseende vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling och därigenom öka kunskapen inom området. Den ökade kunskapen kan sedan användas för nationella och lokala prioriteringar. Inget deltagande under 2018.

Nationell patientöversikt, NPÖ

I Nationell patientöversikt, NPÖ kan legitimerad personal, med samtycke från patienten, ta del av journalinformation som registreras hos landsting, andra kommuner och privata vårdgivare. Trelleborgs kommun är konsument av tjänsten och kan läsa andras dokumentation men andra vårdgivare kan inte läsa dokumentation hos oss. Användningen av NPÖ är jämförbar med föregående år enligt tillgänglig statistik.

Den förväntade ökningen kan ses som marginell i samband med Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Senior Alert

Enheterna inom har i olika grad arbetat med Senior Alert. En fortsatt plan för hur registret skulle spridas/förankras fanns för år 2017 och statistiken visar att fler enheter är aktiva. Flera enhetschefer har fått inloggningsmöjlighet till Senior Alert för att själva kunna se statistik för att följa resultat och kunna återkoppla till omvårdnadspersonalen.

Teamarbete och arbete med avvikelser

Teamarbete finns på alla enheter men kan fungera på olika sätt. Vid teamträffar är representeras oftast legitimerad personal, dvs. sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal, samordnare, teamledare samt enhetschef för särskilt boende alternativt hemvård. Planering av åtgärder/åtgärdsförslag för avvikelse sker regelbundet.

Utveckling inom demensområdet

Under året har ett projekt inom området med demenssjuka patienter startat och avvecklats.

Demensteam med demenskoordinator och arbetsterapeut med demensinriktning förstärktes med undersköterska och äldrepedagog, båda med lång erfarenhet av demenssjuka patienter. Syftet var att stärka omvårdnadspersonal i sitt arbete bland annat genom handledning. Demensteamet har under 2018 gett en fördjupningsutbildning till legitimerad personal. Inom hemvård och särskilt boende har samordnare och teamledare har fått en breddutbildning och enhetschefer har utbildats i de Nationella riktlinjerna för demensvård. Anhöriga har fått utbildning i demenssjukdomar och be

mötande via föreläsningar på anhörigträffar, anhörigcirkel och i enskilda samtal av anhörigkonsulent.

Utveckling inom LSS området

Legitimerad personals delaktighet i arbetet med FUNKA ger en helt annan ingång till ett breddat teamarbete vilket stärker patientsäkerhetsarbetet för denna grupp av patienter där mätningar av förbättringsåtgärder kan vara svår.

Utbildningsinsatser inom HSL:

I samverkan med slutenvården och primärvården i Trelleborg har legitimerad personal fått fortbildning kring följande hälsoproblem som identifierats gemensamt i samverkansgruppen:

Avancera sårvård, fortsättning under 2018.

Fördjupad information om palliativ vård tre halvdagsutbildningar där

Smärta – observationer, validerade skattningsskalor

Ångest/Oro- observationer, behandlingar -skattningsskala

Munvård – behandling skattningsskala

Syftet var kompetensförhöjning inom ett område Inspektionen för vård och omsorg tidigare påtalat brister inom. En förbättringseffekt kan bli fler och bättre registreringar i Palliativa registret.

Tidigare Lyftkörkort har ersatts med en ergonomiutbildning, principen är den samma och har inte bara fokus på personalens ergonomi utan en stor del handlar om att lyfta och förflytta patienterna på ett säkert sätt. Det finns en systematisk plan för utbildningen som omfattar tre halvdagar med uppföljning vart tredje år. En nedkortad introduktion hålls för sommarvikarier. Viktigt med rätt kunskap om hur förflyttningar sker på fränt sätt för att förhindra fallolyckor i samband med t.ex. lift förflyttning. Vid upphandlingar av produkter och det behövs utbildning för ett säkert hanterande, ingår det utbildningstillfällen som hålls av de företag vars produkter ingår i avtal efter upphandling.

Tillfällen där något nytt eller mindre vanligt har ordinerats har personal möjlighet att få utbildning på plats hos patienten, före utskrivning från slutenvården alternativt korttidsvistelsen, före utskrivning till hemmet. Exempel på detta kan vara påsdialys, skötsel andningskanyl på halsen eller vacuum pump efter amputation.

Sjuksköterskeenheten har haft flera omgångar med utbildning i påsdialys från Region Skåne. Utbildning i stickskyddade pennkanyler har genomförts av tillverkaren. Nya krav på att kanyler ska vara stickskyddade kom under 2018 och tagits upp under arbetsmiljöverkets tidigare tillsyner. Sjuksköterskorna har i sin tur utbildat alla delegerade personal i att använda dessa kanyler som är införda i alla verksamheter efter Arbetsmiljöverkets krav.

Kliniskt beslutsstöd för sjuksköterskor, enligt VISAM modellen, används sedan tidigare. En satsning kopplad till hälso- och sjukvårdsavtalet i samverkan med kommunförbundet har det utbildats tre instruktörer. Beslutsstödet används om patienten försämras i sitt allmäntillstånd och sjuksköterskan behöver ta ställning till adekvat vårdnivå. Syftet är att patienten ska få så optimal vårdnivå och att informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras. Det kommer att finnas instruktörer för att implementera modellen ingående. S-BAR ger förutsättningar för att fokusera på det viktigaste i budskapet och för att onödig information undviks. Metoden ger möjlighet att utan omskrivningar kommunicera tydliga rekommendationer och kan öka patientsäkerheten genom att hela personalens kompetens tas tillvara. Tidigare checklista omvårdnadspersonal har fått en för säker inrapportering då hälsotillstånd kräver rådgivning av sjuksköterska, baseras på samma kommunikationssätt. Instruktörerna kommer även att kunna utbilda omvårdnadspersonal i ett strukturerat kommunikationssätt baserat på S-BAR.

Rehabiliteringsenheten har tidigare beslutat att en större satsning ska göras i ett specifikt ämne varje år och 2017 antogs en ny fallpreventionsplan. Denna har förtydligat

och breddat Rehab enhetens förebyggande arbetssätt. Som en konsekvens av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården då tiden från att patienten är utskrivningsklar till att hen kommer hem har påverkat enhetens arbetssätt och fokus har varit ett ändrat arbetssätt. Någon större satsning på något annat har det inte varit utrymme för. Enheten har haft en extern utbildare som gett tredagarsutbildning för förskrivare för rullstolar som kan ses som fortbildning som utgår från det behov som finns hos både patienter och personal. Trots ett ansträngt läge med en del svårigheter med brist på personal har en hel del utbildningar genomförts vilket är mycket viktigt för att hålla en hög patientsäkerhet och vård av god kvalitet.

Risikanalys

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

Risikanalys innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa skattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen

Som ett led i det systematiska förbättringsarbetet ska samtliga verksamheter inom vård och omsorg arbeta med att identifiera risker i verksamheten. Riskanalysen ligger sedan till grund för ständiga förbättringar, intern kontroll och egenkontroll. Detta är ett ständigt utvecklingsområde.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Ett omfattande arbete för att utreda stölder av narkotikaklassade läkemedel på Sjuksköterskeenheten pågick under början på 2018. En sjuksköterska uppträdde på ett märkligt sätt på sin arbetsplats och detta ledde till ett personalärende. Vårdgivare är skyldiga att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om en legitimerad personal kan vara en fara för patientsäkerheten, vilket gjordes. Att arbeta drogpåverkad hade kunnat medföra en vårdskada. Anmälan har kompletterats i omgångar med uppgifter om exempelvis sjuksköterskans dokumentation och IVO:s utredning pågår fortfarande. Översyn av rutiner och lås med loggningsfunktion bidrog till att komma tillrätta med stölderna. Övergång till ett mer omfattande system med loggningsbara nycklar kommer att införas under våren 2019.

I omgångar har det förekommit stölder av narkotikaklassade läkemedel på olika särskilda boende, SÄBO. Översyn av rutiner med bland annat utökad kontrollräkning, har bidragit en del till att minska svinn av narkotikaklassade läkemedel på SÄBO men inte i den omfattning som behövs. För att minimera stölder av narkotikaklassade läkemedel på SÄBO har det beslutats om att införskaffa läkemedelsskåp med loggningsbara nycklar. Dessa skåp kommer att vara i bruk under våren 2019. Vad som framgår i skrivna avvikelser är att några narkotikaklassade läkemedel oftast har lämnats kvar så

ingen patient har varit utan till exempel vid behovsläkemedel.

Till det kommunala basläkemedelsförrådet har det tidigare funnits två närförråd som innehållit narkotikaklassade läkemedel, placerade ute i kommunen. Dessa har varit indragna på grund av stölderna eftersom nycklarna inte var loggningsbara. Dessa kommer att återinföras med loggningsbara nycklar under våren 2019.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Åtkomstkontroller(loggar)

Ansvarig chef ska kontrollera på ett systematiskt och regelbundet sätt att personal endast läser i den dokumentation som de har behörighet till. Personalen ska ha en vårdrelation till den patient vars dokumentation läses. Urvalet sker slumpmässigt. Eventuella oegentligheter tas om hand enligt gällande loggningsrutin och avvikelserutin. Kontroller har utförts enligt rutin, möjligtvis med lite eftersläpning i tid.

SITHS kort inloggning

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering, stark autentisering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på Internet så som Pascal, Mina Planer, Nationell Patientöversikt, NPÖ och kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret. All legitimerad personal använder SITHS-kort.

Granskning av journalföring

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonal journalföring i tvärprofessionella granskningsgrupper visar att det är viktigt att arbetet fortsätter för att förbättra dokumentationen. Det finns en skyldighet att skriva på ett sådant sätt att inga fel kan uppstå. Detta arbetssätt har även inneburit att legitimerad personal har fått ökad förståelse för varandras arbetssätt.

Under året har dessa tvärprofessionella granskningar vilat då metoden tar ganska mycket tid i anspråk. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har utfört granskning av journaler i samband med annan genomgång ex smittspårning. Metoden är under omarbetning och då mer åt en kollegial granskning eller markörbaserad journalgranskning när metoden är utvecklad för Kommunal hälso- och sjukvård.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Enheterna ansvarar för egenkontroll av sin verksamhet. Detta sker på olika sätt bland annat på teamträffar där avvikelser i många fall har en stående punkt på dagordningen. Egenkontrollsystemet har utvecklats med bl.a. arbete med A3- planer till den årliga kvalitetsrapporten och är fortfarande under utveckling.

MAS har utfört både bokade och icke föranmälda tillsyner. Personal intervjuats och får redogöra för hur HSL rutinerna fungerar på enheten. På sommaren finns det

mycket vikarier som kan beskriva sitt arbete och det kan ge en bild av hur verksamheten fungerar året om. Besök och genomgångar sker vid behov på enheter där kvaliteten varit bristande eller behov av stöd framförts. Brister i följsamhet till delar av Basala hygienrutiner är ett återkommande problem inom vissa verksamheter, personal ska ha korta naglar, fria från konstgjort material. Tvätthantering och förrådshantering är också delar som Mas tittar på. Återkoppling till enhetschefer och avdelningschef.

En vårdgivare ska granska den dokumentation som legitimerad personal ska föra. Syftet med journalgranska är att säkerställa dokumentationen, se möjligheter till utveckling samt att tillförsäkra patienten får en god och säker vård. Detta sker även löpande av MAS i utredningshänseende. Översyn av journalgranskningsmetod kommer att ske. Markörbaserad journalgranskning anpassad till kommunal hälso- och sjukvård kommer att komma från Sveriges kommuner o landsting under året. Kollegial journalgranskning kan också vara en möjlighet för tvärprofessionellt lärande.

Nationella Kvalitetsregister används inom olika verksamheter.

Senior Alert har under använts på olika sätt inom SÄBO, fler enhetschefer har möjlighet att följa statistik på sina enheter i rollen som Lokalkoordinator. MAS är övergripande Regionkoordinator och kan följa samtliga enheters resultat. Hemvårdsområden använder sig inte av Senior Alert. Att endast arbeta med Senior Alert inom SÄBO kan ses som vi erbjuder ojämlig vård.

Svenska Demensregistret, SweDem. Alla vårdtagare med demensdiagnos erbjuds möjlighet och efter samtycke registreras och följs upp.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, ökar det personcentrerade arbetet.

Svenska Palliativregistret syftar till att förbättra vård i livets slut. Registret har under året övergått till en säkrare inloggningsförfarande vilket har försämrat tillgänglighet på grund av tekniska svårigheter. Detta kan ha påverkat antalet registreringar under året.

FUNCA har införts på alla LSS enheter med varierande antal. Alla avdelningar har minst en brukare registrerad någon avdelning har alla.

MAS möte med legitimerad personal med viss regelbundenhet under året. En stående punkt har under året tillkommit efter arbetsmiljöverkets påtalande, att förbättra informationsöverföring om aktuella smittor i verksamheten. Det finns ingen enkel lösning på att få fram nytillkomna smittor på annat sätt.

Kvalitetssuppföljning angående HSL inom LSS verksamheterna under 2018.

MAS har haft möten med fokus på patientsäkerhet tillsammans med enhetschef, samordnare, stödassistent och arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. MAS informerade om ansvar enligt HSL, behov och stöd av HSL teamet diskuterades så även, delegering av HSL, avvikelshantering, informationsöverföring, egenvård, FUNKA, anhörigas medverkan och identifierande förbättringsområden. Frågor kring säker läkemedelshantering och egenvård togs upp då brukarens vilja och anhörigs medverkan kan skapa otydlighet i ansvarsfördelningen.

Lokal samverkansgrupp Hälso- o sjukvårdsavtal

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- o sjukvård trädde i kraft 1 januari 2018 och har tagit mycket av mötestiden i anspråk. Överenskommen regional rutin har tolkats på olika sätt hos olika vårdgivare. Dessa olika tolkningar har skapat onödigt mycket irritation och svårigheter i den direkta vården av patienterna efter utskrivning från sjukhus. Planeringsverktyget Mina Planer, där slutenvården, primärvården och kommunen planerar och kommunicerar om patienten inför utskrivning, efter samtycke, används olika bra. Tonen i kommunikationen har stundtals varit hätsk och det kan hänga ihop olika tolkningar av rutin.

Vårdcentralernas koordinerade ansvar, när flera vårdgivare är involverade i patientens behandling, är ofta uppe för diskussion. Sjuksköterskorna ska enligt rutin vända sig till den vårdcentral som patienten är listad på till exempel specialistvårdsnivå behöver konsulteras eller vid receptförnyelse. Vårdcentralen har det övergripande ansvaret för patientens vård. Detta är en klar förändring för sjuksköterskornas del då de själva har stått för samordningen tidigare. Ett nytt sätt att arbeta för vårdcentralerna där sjuksköterskorna måste vara konsekventa i att inte utföra andras delar i samverkansavtalet. Det har skrivits och inkommit avvikelser på följsamheten till själva samverkansprocessen. Det har efterhand skapats en egen benämning, SVU-avvikelse, för att inte blanda ihop olika sorters avvikelser. Under året har en del av mötestiden gått åt till diskussioner om

betalningsansvar för sårvårdsmaterial. Utan någon föregående diskussion nekades sjuksköterskor beställningar som tidigare och stod utan sårvårdsmaterial. Frågan lyftes högre upp och en arbetsgrupp tillsattes centralt, vars arbete fortfarande pågår. Denna ensidiga nytolkning medförde extra administrativt arbete för sjuksköterskorna och möjlig ökning av kostnader för Sjuksköterskeenheten.

Digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser har under året utvecklats efterhand. Dubbel signering, både digital och på ordinarie signeringslista i pappersform har efter riskanalys av MAS fortsatt hela 2018. Efter noga utvärdering och uppdatering av system och revideringar av rutin för digital signering kommer det vara enbart digital signering från 1 mars 2019. I väntan på e-arkiv måste dock signeringslistorna skrivas ut varje månad. Kräver tid av sjuksköterskor och genererar mängder av utskrifter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har gjort tillsyn på ett urval av SÄBO och kontrollerat följsamhet till basala hygienrutiner, tvätt och förrådshantering. Brist på följsamhet till basala hygienrutiner kan ses när det förekommer personal som inte har naglarna fria från konstgjort material. Enhetschefer jobbar aktivt med utbildning i vårdhygien för att följsamheten ska öka men MAS ser möjlighet göra en satsning med "Rena händer räddar liv" kampanj från Folkhälsomyndigheten som grundas på Världshälsoorganisationens arbete om handhygien. Korrekt tvätthantering kan vara svårt i utrymme där både ren och smutsig tvätt hanteras. Gemensam instruktion är under revidering med hjälp från hygiensjuksköterska från Vårdhygien Skåne.

Smittspårning på begäran från Vårdhygien Skåne efter som en patient med nyupptäckta multiresistenta bakterier vårdades hos oss. Syftet med smittspårning är att kontrollera om det finns någon pågående smittspridning. Alla patienter och personal med riskfaktorer för att föra smitta vidare odlades. Sammanlagt tog olika sjuksköterskor 35 st. odlingar. Fem personal hänvisades till företagshälsovården. En patient testades positivt. Ingen av personalen testades positivt. Smittskydd Skåne avskrev senare smittspårningen med slutsatsen att rekommendationer från Vårdhygien Skåne följdes och det inte kunde ses någon förklaring eller pågående smittspridning.

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar där sjuksköterska står för den förberedande delen med olika mätningar och provtagningar har under året utförts i ungefär samma utsträckning. Under 2018 är det endast hemsjukvårdspatienter tillhörande Anderslövs vårdcentral som erbjudits möjligheten, förutom de patienter som bor på särskilt boende. Primärvården har själva svårt att ta fram uppgifter på vem som omfattas av hemsjukvård. Statistik kommer från ansvarig farmaceut i Region Skåne och från verksamhetschefer på de vårdcentraler som arbetar på uppdrag av Region Skåne. Syftet är på ett strukturerat och jämlikt sätt minska läkemedelsorsakade inläggningar på sjukhus för de mest sjuka äldre patienterna. Totalt har sjuksköterskor genomfört 276 st. PHASE -20 bedömningar jämfört 289 föregående år. Regionens

minskade resultat vägs upp med en ökning av de privata vårdcentralernas resultat. Kattens läkargrupp, Lideta Hälsovård, Trelleborg, 71st SÄBO 2018. Ingen uppgift 2017. Valens läkargrupp, Lideta Hälsovård, Trelleborg, 30st SÄBO 2018. 0st 2017.

Antal LMG	Månad												Hela året	###	1	2	3	4	5	6	9	10	11	Hela året
	2017																							
Boendeform	1	2	3	4	9	10	11	12																
Anderslöv	1	16	15			46	23	31					132					13	15		9	30	12	79
Ordinärt						10	7	5					22										11	11
SÄBO	1	16	15			36	16	26					110					13	15		9	30	1	68
Alstadhemmet						14	7						21								9			9
Alstadshemmet																						11		11
Hermelinen						12							12											
Smygehemmet	1	16	15					26					58					13	15					28
Tapperhus																						1		1
Tapperhus/Hermelinen																						19		19
Tappershus						10	9						19											
Centrumkliniken Trelleborg		22	22	29	8	14							95	16	27	17			1					61
Remitterad																								1
SÄBO		22	22	29	8	14							95	16	27	17			1					60
Borgvallen						29							29		11	17								28
Högalid							8	14					22											
Myran		22	22										44	16	16									32
Fagerängen	9	9	8	24	12								62								12	23		35
SÄBO	9	9	8	24	12								62								12	23		35
Täppan	9	9	8										26											
Äldermannen						24	12						36								12	23		35
Totalt	10	22	47	52	32	72	23	31					289	16	27	17	13	15	1	21	53	12		175

Svenska Halt inget deltagande under 2018, tids och resurskrävande.

Nationell Patientöversikt, NPÖ, ingen förväntad ökning av slagningar.

Teamarbete beskrivs av enhetschefer som väl fungerande, men på lite olika sätt.

Utveckling inom demensområdet. Demensprojekt där teamet utökats med undersköterska och äldrepedagog startats och avslutats under 2018.

Utveckling inom LSS området. HSL team arbetar mer personcentrerat när FUNKA används tvärprofessionellt. FUNKA bedömningar på brukare som det förväntas resultat med få åtgärder kan mycket väl visa sig vara tvärt om.

Utbildningsinsatser inom HSL. Fördjupad information om palliativ vård, smärta, ångest/oro, munvård mm är genomförd inom ramen för Region Skånes ansvar för Läkarmedverkan för råd, stöd och utbildning till personal i den kommunala hälso- och sjukvården som regleras i ett regionövergripande gällande avtal mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta förbättringsområde som identifierades under utredning av anmälan till Inspektionen för vård o omsorg 2017.

Kliniskt beslutsstöd för sjuksköterskor, VISAM. Det behövs en översyn av antal utbildade instruktörer och handlingsplan för att kunna få alla sjuksköterskor att arbeta enligt VISAM samt att utbilda nya sjuksköterskor. Sjuksköterskor ska enligt hälso- och sjukvårdsavtalet använda VISAM som grundar kommunikationen enligt S-BAR, Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation, ett strukturerat kommunikationssätt inom vården. Det behövs en översyn av handlingsplanen för att få fler sjuksköterskor att använda VISAM.

Avvikelser

Avvikelser relaterat till HSL från Högalid och Täppan SÄBO, Vardaga, har inte rapporterats i Procapita utan i Vardags kvalitetsuppföljningssystem Qmaxit. Se under rubrik nedan. Ett försök att få jämförbara siffror har tagits fram manuellt genom att lägga till de vanligaste avvikelserna, läkemedel och fall för att få fram en riktning åt vilket håll resultaten har gått. Se vidare under sammanfattning längre ner.

* visar på osäker siffra jämfört med 2017

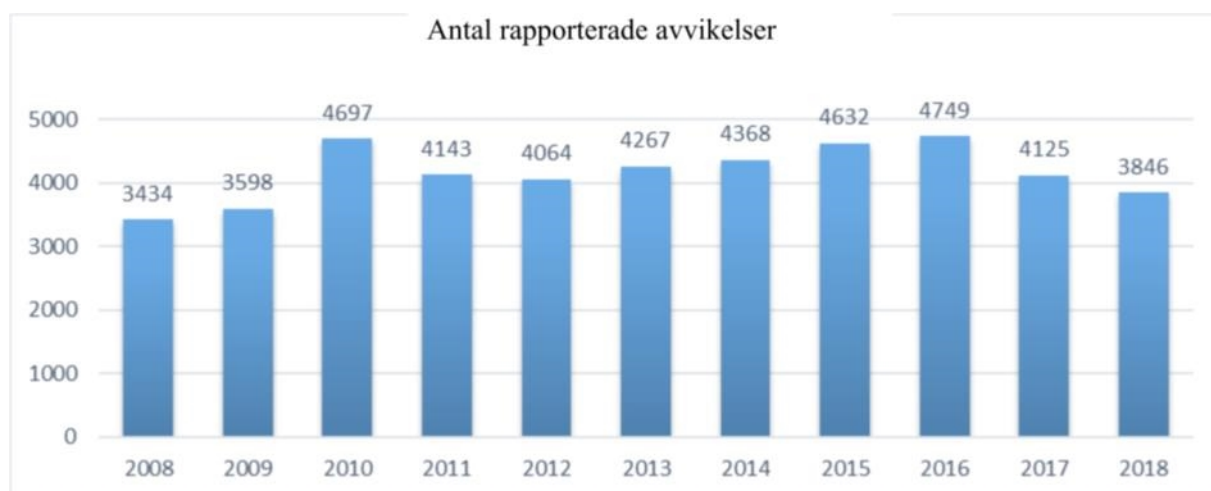
Avvikelser VoO – HSL

Sammanställning av HSL-avvikelser rapporterade i Procapita under 2018

Den 1 januari 2017 infördes Lifecare-avvikelser, ett nytt rapporteringssystem för att rapportera SoL och LSS – avvikelser. HSL- avvikelser rapporteras som tidigare i Procapita.

I Procapita rapporterades det 3846 avvikelser under 2018.

En minskning med 7,25 % mot föregående år då det rapporterades 4125 avvikelser*.



Flest antal avvikelser som rapporteras är fall- och läkemedelsavvikelser, som stod för 92,3 % av de rapporterade händelserna.*

Fallrapporterna fortsätter att minska från 2953* under 2017 till 2504 föregående år, vilket motsvarar en minskning med 15,2 %.*

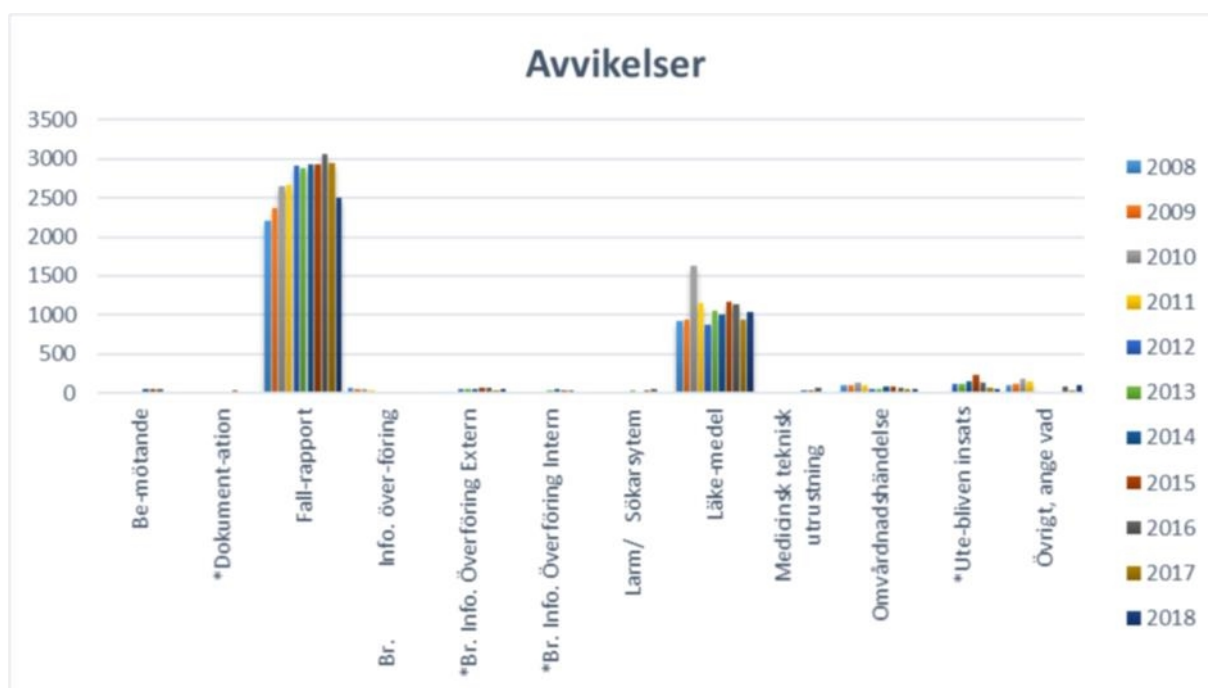
Läkemedelsavvikelserna har ökat med 10,8 % från 939 under 2017, till 1149 under 2018*

Brister i medicinsk teknisktutrustning fortsätter att minska under 2018 med 36 % från 25 till 16*

Utebliven insats har minskat med 15,7 % från 64 till 54*

Omvårdnadshändelse har minskat med 10,1 %, från 49 till 44*

	Be- möta nde	*Dokument ation	Fall- rapport	Br. Info. överfö ring	*Br. Info. Överfö ring Extern	*Br. Info. Överfö ring Intern	Larm/ Sökare system	Läke- mede l	Medicins k teknisk utrustnin g	Omvårdnads händel se	*Ute- blive n insats s	Övrigt, ange vad
2008	8	0	2212	62	0	0	20	921	4	100	0	107
2009	15	0	2375	57	0	0	6	935	4	93	0	113
2010	22	0	2650	55	0	0	7	1630	12	135	0	186
2011	25	0	2663	38	0	0	18	1146	16	92	0	145
2012	18	10	2908	12	47	8	15	870	4	51	108	13
2013	17	16	2880	x	50	27	35	1049	24	55	114	x
2014	49	14	2922	x	43	47	22	999	39	87	146	x
2015	42	27	2924	x	60	37	36	1165	30	87	224	x
2016	46	23	3055	x	62	36	44	1143	69	59	127	85
2017	2	7	2953	x	39	16	1	939	25	49	64	30
2018	0	19	2504	x	57	15	0	1041	16	44	54	96

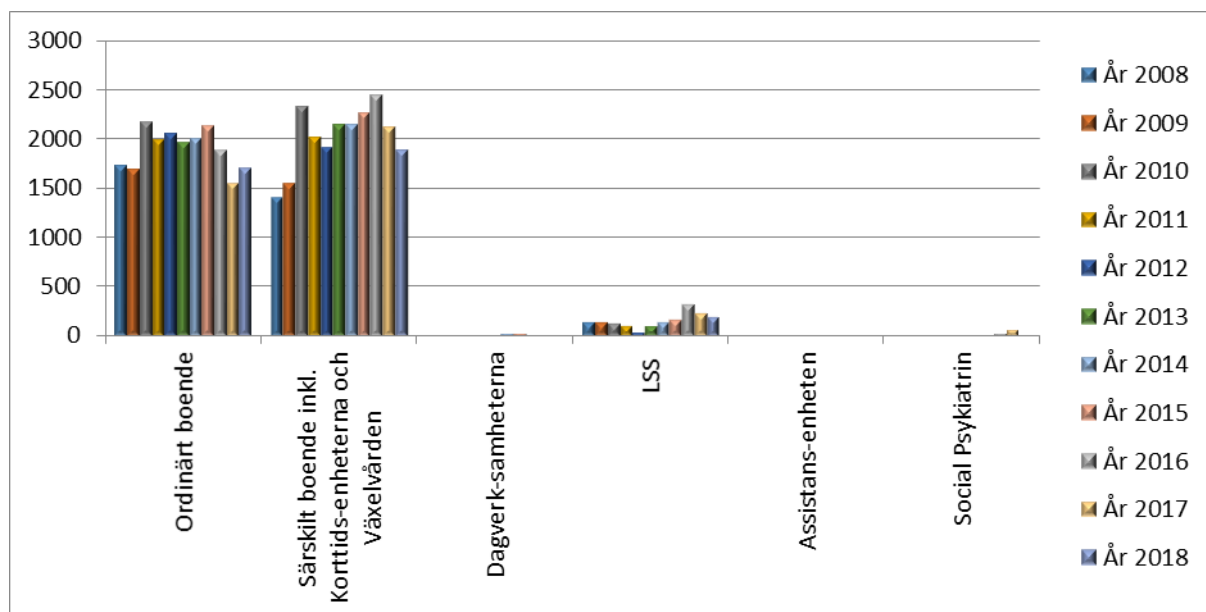


Förändring inom verksamhetsområdena

Inom de olika verksamhetsområdena kan det ses följande förändring beträffande antal rapporterade avvikelser.

Inom hemvården har avvikelserna minskat med 17,6 %, från 1892 till 1559. På särskilt boende och korttidsenheterna har avvikelserna minskat med 3,2 % från 2413 till 2336*. Inom LSS- verksamheterna har det skett en minskning med 25,3 %, från

329 till 246 rapporter. Övriga verksamheter rapporterar få avvikelser och ingen större förändring kan ses mot föregående år.



(vid summering av antalet avvikelser per verksamhetsområde, kan det ses en skillnad gentemot totala antalet avvikelser, beroende på att det finns felaktigheter när avvikelserna rapporterats och inte blivit rapporterade på någon specifik enhet)

Högalid och Täppan Vardaga, HSL statistik 2018

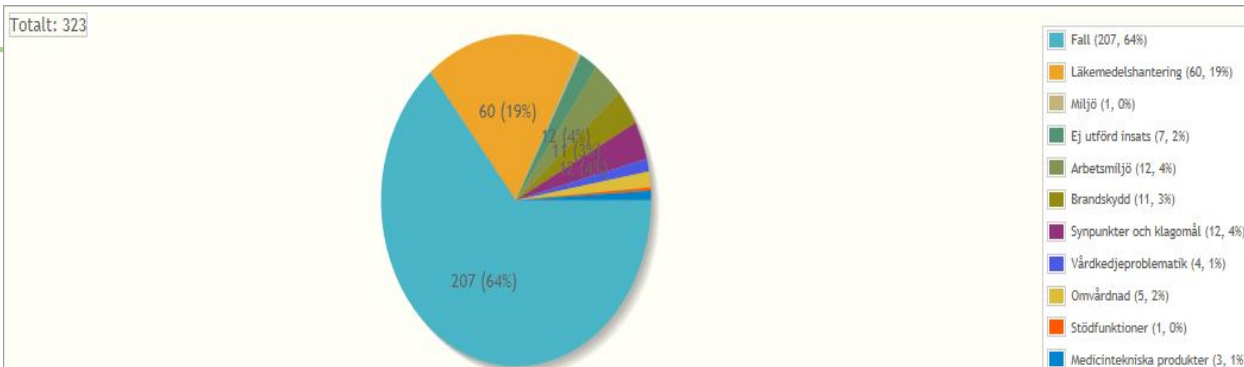
Under hela 2018 har Högalid och Täppan, SÄBO rapporterat avvikelser i sitt eget avvikelssystem. Alla verksamheter inom Nytida och Vardaga använder det gemensamma IT-systemet, Qmaxit, för kvalitetsuppföljning. Qmaxit är särskilt anpassat för ett effektivt kvalitetsuppföljnings- och förbättringsarbete på alla nivåer i företaget. Alla verksamheter registrerar avvikelser, klagomål, egenkontrolls- och kvalitetstillsynsprotokoll enhetligt och systematiskt i Qmaxit. Det är också i Qmaxits förbättringslogg där dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet sker. Detta skapar struktur och nytta i form av:

- snabbt avhjälpande av fel
- underlag för kvalitetsrådets förbättringsarbete
- beslutsunderlag för ansvariga chefer
- information till uppdragsgivare

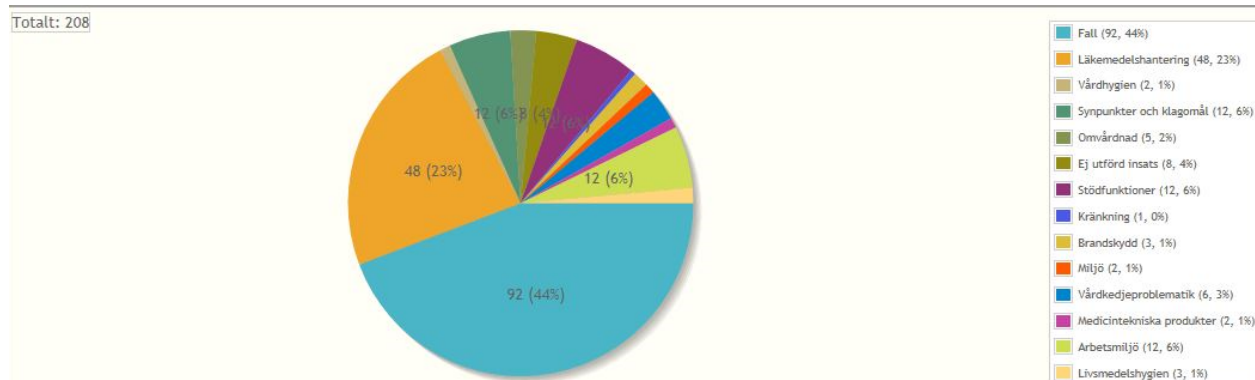
Legitimerad personal, enhetschef för Sjuksköterskeenheten, Rehab enheten, medi

cinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare har full tillgång till avvikelssystemet. Tidigare dokumenterade Vardagas personal både i Procapita och Qmaxit. För att minska risken för att missa registrering i något av systemet togs beslut om att ge Trelleborgs kommun full tillgång till avvikelssystemet och endast en avvikelse skrivs.

Täppan 2018



Högalid 2018



Sammanfattning

Resultat med Procapita och Qmalix sammanslaget blir det en ökning med 11,2 % från 3846 till 4270 HSL avvikelser för 2018.

Fallrapporterna fortsätter att minska från 2953 under 2017 till 2803 2018, vilket motsvarar en minskning med 5,8 %.

Läkemedelsavvikelse har ökat med 22,36% från 939 till 1149.

Brister i medicinsk teknisk utrustning fortsätter att minska med 16 % från 25 till 21.

Utebliven insats har ökat med 7,81 % från 64 till 69.

Omvårdnadshändelse har ökat med 10,2 % från 49 till 54.

Klagomål och synpunkter

Många synpunkter och klagomål inkommer muntligt och beroende på vad det handlar om utreds de av enhetschef eller hänvisas vidare till rätt nivå. Det finns ett skriftligt formulär som patienter och närstående kan använda sig av. Blanketten "*Din åsikt*"

finns i vårdpärm och tillgänglig på kommunens hemsida. Ett enhetligt system för registrering av klagomål och synpunkter finns inte och därför är statistik svår att ta fram. Gällande rutin behöver uppdateras.

Händelser och vårdskador

Händelser kopplade till Samverkan vid utskrivning har genererat avvikelser.

Kommunikationen i Mina Planer har ibland fungerat på ett mindre bra sätt. Patienter har inte kommit hem som avtalat, både senare och tidigare. Personal har då fått stå

och vänta eller inte varit på plats som utlovats. Kommunen har inget ansvar för beställningar från sjukhus och sjuktransporter verkar att ha fungerat på mindre bra sätt. Detta har skapat stor frustration framför allt hos rehab personal som oftast är den profession som möter upp i hemmet först.

Risikanalyt

I samband med utskrivning från sjukhus måste alla vårdgivare samverka enligt rutin och kommunicera i Mina Planer. Delar av kommunens verksamheter måste bidra med sin del i kartläggningen på ett bättre sätt. Kartläggningen ska ge en bild av patientens behov o förutsättningar innan den nyttikomna försämringen. Den gemensamma rutinen kom ganska nära i tid till den skulle börja gälla.

Huvudkontaktpersoner från varje kommun utbildades men har inte fungerat fullt ut. Detta kan ha försvårat informationsöverföringen från kommunförbundet Skåne till kommunen.

Mål och strategier för kommande år

Övergripande målsättningen är att minska antalet undvikbara vårdskador och att patienten ska erhålla en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalité. Identifierade förbättringsområde för ökad patientsäkerhet är olika aspekter på vårdhygien, dokumentation och patienter och närståendes medverkan samt fortsatt översyn av rutiner inom området. Fortsatt arbete med Hälso- och sjukvårdsavtalets olika delar genom att ta fram nya rutiner och arbetssätt samt att anpassa kunskapsnivån hos hälso- och sjukvårdspersonalen, för att möta ökade krav.