



TRELLEBORGS KOMMUN

# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

## År 2017

2018-02-26

Eva Marie Larsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning genom egenkontroll	13
Samverkan för att förebygga vårdskador	14
Risikanalys	14
Informationssäkerhet	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15
Hantering av klagomål och synpunkter	16
Samverkan med patienter och närstående	16
Sammanställning och analys	17
Resultat	27
Övergripande mål och strategier för kommande år	27

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 §

SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete  
SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen  
HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd  
om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

---

## Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten är i Trelleborgs kommun under 2017 varit god i verksamheterna. Avvikelse har registrerats och de mest vanliga är fall- och läkemedelsavvikelse. Synpunkter och klagomål från samt avvikelsehantering 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 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 2018 likaså utvecklingen av Hälso- och sjukvårdsavtalets praktiska delar med nya rutiner och arbetssätt samt anpassning av kunskapsnivån för hälso- och sjukvårdspersonalen för ökat patientsäkerhetsarbete samt fortsatt översyn av rutiner inom området.

---

## Övergripande mål och strategier

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

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.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

*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, MAS**, 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 Läke- medelsverket 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.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

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 har tillsammans genomfört kontrollerna av avvikelserna. Genomgång av dessa kontroller har skett på team träffarna. Statistik med möjlighet att jämföra avvikelser såväl över tid, som per enhet tas fram per halvår. Enheterna kan på detta sätt successivt arbeta med förbättringar Syftet är att snabbt se om någon enhet har förändringar som behöver ses över. Se separat rubrik ” sammanställning och analys av avvikelser”. Uppföljning via de nationella kvalitetsregistren är också en möjlighet till kontroll av hur enheterna har arbetat med riskanalyser.

### **Nationella Kvalitetsregister**

Nationella kvalitetsregister som har en central 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. Kopplat till detta finns en metodisk handlingsplan. Länk

<http://plus.rjl.se/index.jsf?nodeld=43903&nodeType=13>

**Svenska Demensregistret, SweDem** är ett nationellt kvalitetsregister över diagnostik, behandling samt vård och omsorg av personer med demenssjukdom. SweDem bidrar till att förbättra demensvården. 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. Länk

<http://www.ucr.uu.se/svedem/om-svedem>

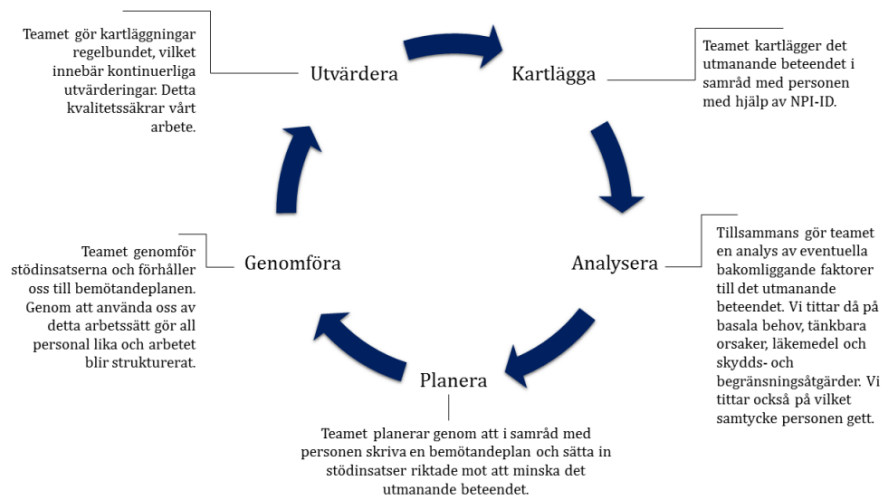
**Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD** är ett kvalitetsregister som syftar till att förbättra kvaliteten inom demensvården. Genom att dokumentera utredning, behandling och uppföljning går det att följa effekten av insatser och bättre matcha insatser utifrån de symptom som uppvisats.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

<http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/om-svenskt-bpsd-register/>

**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 sker via statistik och ska göras av sjuksköterska utifrån vilken organisation patienten avlidit, det vill säga antingen inom kommun eller Region Skåne. Länk <http://palliativ.se/>

**FUNCA**, anpassat för vuxna inom LSS personkrets 1 och 2 används både inom boende och daglig verksamhet enligt LSS. Under 2016 utbildades personal och enhetschef från två boendeenheter i FUNCA, samt arbetsterapeut som arbetar inriktat mot LSS. Två medarbetare har även gått en vidareutbildning till certifierade utbildare i FUNCA. Under 2017 har så gott som all personal på enheter för vuxna utbildas. 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. <http://funca.nu/om-funca/>



## Mötesformer

MAS har haft regelbundna träffar med legitimerad personal. 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.

---

## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### Digital signering

Arbete med att införa digital signering av hälso- och sjukvårdsin-satser har bedrivits under året. Arbete med att skapa korrekta begrepp och formuleringar i det digitala verktyget som används har utförts av MAS. Ur en patientsäkerhetssynpunkt är det av största vikt att begrepp som används är samma oavsett hem-vårdsområde. Samtliga begrepp ska ha koppling till Vårdhandbo-kens definitioner och Socialstyrelsens termbank.

### Hygientillsyn

MAS har under året genomfört hygientillsyn på alla särskilda bo-ende i samband med arbetet med internt kontrollmål vilket inne-bar att personalens följsamhet till basala hygienrutiner kontroller-ades. Enheten för sjuksköterskor och rehabilitering har inte ge-nomfört införande av arbetskläder fullt ut vilket innebär att perso-nal arbetar helt eller delvis i privata kläder. För att kunna före-bygga vårdrelaterade infektioner, vårdskada, måste personal ha förutsättningar att arbeta efter de rutiner som finns. Förutsätt-ningarna för personalen att följa basala hygienrutiner, eller att leva upp till de krav som ställs på att ge en vård av god kvalité med god hygienisk standard var inte helt tillfredsställande på alla områden. Senast i maj 2018 ska därför berörda organisationer säkerställa tillgången och hanteringen av arbetskläder för all HSL personal. Dessutom kommer gällande riktlinjer att avhandlas på respektive arbetsplatsträffar under året

### Vårdhygien

Under 2017 har Vårdhygien Skåne utfört smittspårningar på tre av våra patienter. Två patienter på ett särskilt boende konstate-rades positivt för bärarskap av multiresistenta bakterier, MRB, vid sårodling. Åtgärder sattes in enligt de rutiner som finns. Inget samband mellan dessa och två patienter och ett tredje fall, i ordi-närt boende, kunde påvisas vid utredning. I samverkan med Vårdhygien i Skåne, MAS och personal utfördes en hygienrond på aktuellt särskilt boende.

I samband med tillsynsbesök då MAS såg på helheten angående basala hygienrutiner uppmärksammade brister i tvätthantering på flera särskilda boenden. För att förhindra vårdrelaterade infekt-ioner måste det finnas rutiner för tvätthantering och följsamhet till dessa. Omedelbar återkoppling till personal och berörda enhets-chefer. Återkoppling till avdelningschef och senare genomgång för alla enhetschefer. Uppföljning kommer att ske sommaren



---

2018. 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. Sammanfattande 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, S-kreatinin, blodtryck i liggande och sittande/stående samt puls, kognition, falltendens samt en systematisk skattning av patientens symtom med skattningsskalan PHASE-20. Under 2017 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. Syftet är på ett strukturerat och jämlikt sätt minska läkemedelsorsakade inläggningar på sjukhus för de mest sjuka äldre patienterna. Totalt har sjuksköterskor genomfört 289 st. PHASE -20 bedömningar.

<b>Anderslöv</b>	<b>132</b>
Alstadhemmet	21
Hermelinen	12
Hemsjukvården Anderslöv	22
Smygehem	58
Tappershus	19
<b>Centrumkliniken Trelleborg</b>	<b>95</b>
Borgvallen	29
Högalid	22
Myran	44
<b>Fagerängen</b>	<b>62</b>
Täppan	26
Åldermannen	36
<b>Totalt</b>	<b>289</b>

---

Kattens läkargrupp, Lideta Hälsovård, Trelleborg, ingen uppgift. Valens läkargrupp, Lideta Hälsovård, Trelleborg har inte genomfört tvärprofessionella läkemedels genomgångar enligt överenskommen Skånemodell.

### **Årlig verksamhetsrapportering**

Enhetschefer ansvarar för årlig verksamhetsrapportering. Här redogör enheterna för hur de arbetar med patientsäkerhet inklusive uppföljning och utvärdering. Respektive enhetschef ansvarar för att arbeta vidare med förbättringar. Översyn av arbetssättet med verksamhetsrapportering pågår.

### **Svenska HALT**

Resultat för Halt mätning publicerades under 2017 och gav inga specifika siffror på hur det förhåller sig med vårdrelaterade infektioner och antibiotika i Trelleborgs kommun. 18 613 vårdtagare i 129 kommuner angavs i sammanställningen. 95 % hade inte någon vårdrelaterad infektion och behandlades inte med antibiotika på mätdagen. Andelen vårdtagare med vårdrelaterad infektion hade minskat signifikant sedan året före.

Sår och urinkateter vanligaste riskfaktorn, hög vårdtyngd och högst förekomst på korttids enheter. 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 2017.

### **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 ökar enligt tillgänglig statistik. Ytterligare ökning kan förväntas under kommande år vilket kan ha ett samband med Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Länk

<https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/>

### **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 där bland annat enhetscheferna till en början skulle genomföra den nya Webbutbildningen.

---

### **Teamarbete och arbete med avvikelser**

Teamarbete finns på alla enheter men kan fungera på olika sätt. Det saknas en gemensam definition av vad som menas med teamarbete. Planering av åtgärder/åtgärdsförslag för avvikelser sker regelbundet.

### **Utveckling inom demensområdet**

Kunskap om demenssjukdomar och bemötande inom detta område har förmedlats till all personal på särskilda boende via demenscirklar, föreläsningar och handledning fram till halvårsskiftet då demenskoordinator gick i pension. Arbete med att utveckla ett demensteam har startats och består av demenskoordinator och arbetsterapeut med inriktning mot demenssjukdomar. Teamet arbetar med bl.a. strukturera upp verksamheten och utveckla demensombudens roll och arbetssätt. Samtlig personal inom vård och omsorg har som ett led i förbättringsarbetet kring demenssjukdomar genomfört Demenscentrums webbaserade utbildningar Demens ABC och Demens ABC plus. Anhöriga har fått utbildning i demenssjukdomar och bemötande via föreläsningar på anhörigträffar, anhörigcirklar och i enskilda samtal av anhörigkonsulent.

### **Utveckling inom LSS området**

Under hösten anställdes en sjuksköterska med inriktning på patienter inom LSS-verksamheterna för att stärka hälso- och sjukvården för denna patientgrupp vilket är av största vikt ur patient-säkerhetssynpunkt. Arbetsterapeut finns med samma inriktning sedan tidigare.

### **Utveckling inom området psykisk ohälsa**

Äldrelotsen har under året utbildat 18 personal vid förebyggande enheten enligt MHFA (Mental Health First Aid) – ”Första hjälpen till psykisk hälsa” som är ett kursprogram som riktas till personer som möter äldre. Kursen är utvecklad av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska Institutet. [www.mhfa.se](http://www.mhfa.se) Äldrelotsen är tjänstledig på heltid från september 2017 och har ersatts med annan äldrepedagog tre dagar i veckan. Översyn av Förebyggande enhetens verksamhet pågår.

### **Utveckling inom vård i livets slutskede**

En arbetsgrupp har bildats för att utveckla och förbättra sjuksköterskornas arbete med patienter som vårdas i livets slutskede. Detta har en koppling till Svenska Palliativ registret registreringar.

---

### **Utbildningsinsatser inom HSL:**

I samverkan med närkommuner genomfördes ett halvdagars seminarium angående egenvård, om en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård. Socialstyrelsens föreskrift SOSFS2009:6. Legitimerad personal, enhetschefer för SoL, HSL och LSS. samt biståndshandläggare totalt 30 personer deltog från Trelleborgs kommun.

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.

Standardiserade vårdförlopp cancer.

Länk: <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/standardiserade-vardforlopp-inom-cancer/>

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 pådialys, skötsel andningskanyl på halsen eller vacuum pump efter amputation.

Sjuksköterskeenheten har haft läkemedelsutbildning och diabetesutbildning samt utbildning för fyra nya förskrivare i inkontinenshjälpmedel. Två hjärt- lunggräddningsinstruktörer har utbildats och de har i sin tur utbildat samtliga sjuksköterskor. Plan för fortsatt arbete med HLR utbildning finns för 2018.

Kliniskt beslutsstöd för sjuksköterskor, enligt VISAM modellen, används sedan tidigare och en satsning kopplad till hälso- och sjukvårdsavtalet kommer att ske i samverkan med kommunförbundet. 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 viktiga

---

aste 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. Instruktorerna kommer även att kunna utbilda omvårdnadspersonal i ett strukturerat kommunikationssätt baserat på S-BAR.

Länk <http://www.varhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/>

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. Under våren 2017 har ett projekt startat gällande träningsgrupper. Fysioterapeuter har på särskilt boende med hjälp utav givna kriterier startat en grupper med intensivare träning. Alla deltagare har innan start genomgått ett antal tester med hjälp utav bedömningsinstrument, detta för att vid avslut kunna mäta eventuella förbättringar hos deltagarna. Fokus har legat på muskelträning för att stärka balans och självförtroende. Detta försök har visat sig uppskattat utav deltagare som redan nu visar på goda effekter.

Vid rehab enheten har en extern utbildare haft en tredagarsutbildning för förskrivare för rullstolar som kan ses som en 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.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

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 har intervjuats och fått redogöra för hur HSL fungerar på enheten. Besök och genomgångar har också skett vid behov på enheter där kvaliteten varit bristande eller behov av stöd framförts. Åtgärdsförslag och uppföljningar har skett. Arbete med interna kontrollmål

---

gällande HSL är pågående.

Ett led i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete är journalgranskningar. 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. Metod för journalgranskning, för den legitimerade personalen enligt Patientdatalagen, har testats av tvärprofessionellt sammansatta grupper. Erfarenheterna från de genomförda aktiviteterna visar på att metoden kan behövas modifieras något.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Samverkan sker mellan med andra vårdgivare i syfte att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada. Ledningskraftgrupp/Samverkansgrupp, har fortsatt i samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, för att förbättra vård och omsorg samt ge stöd och verktyg till cheferna att skapa förutsättningar för en god och säker vård. Fokus har under året varit det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, sammanhållen individuell planering, SIP, och inskrivning i mobilt vårdteam samt mobilt läkarstöd där kommunsjuksköterska kan komma att ingå samt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612). Hälso- och sjukvårdsavtalet är ett utvecklingsavtal och en dialog i samverkan är en förutsättning för säker och ändamålsenlig vård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska samverkar med MAS 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.

### **Risikanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

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.



---

## 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.

### 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.

### Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar löpande avvikelser via avvikelssystemet i Procapita. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar ansvarig chef inom respektive verksamhet. Rutin finns på att inkomna klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta gäller alla inkomna klagomål och synpunkter oavsett varifrån de kommer. HSL relaterade klagomål och synpunkter ska registreras som avvikelser.

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 avvikelssystem, i Procapita för allt relaterat till hälso- och sjukvård och Life Care enligt Socialtjänstlagen. Rutin finns sedan lång tid att alla avvikelser ska rapporteras och omhändertas. Möjligheten att välja "fel" avvikelssystem finns eftersom ibland finns det avvikelser som berör både och.

---

Enhetschefer har möjlighet att uppmärksamma detta och göra ändringar. Enhetschef sammanställer årligen resultaten i sin verksamhetsberättelse. Denna sammanställning kan komma att ändras i sitt utförande då ett nytt uppföljningssystem är under införande.

Som en kvalitetsförbättring avseende avvikelshantering har legitimerad personal samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen fått tillgång till Vardagas avvikelssystem i Qualimax som är ett ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 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 inom socialförvaltningen.

## **Patientnämnd och Inspektionen för vård och omsorg, IVO**

Inkomna ärenden från Patientnämnd och IVO utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under 2017 hanterades ett ärenden av Patientnämnden där närstående valt att påtala brister i den vård anhörig fått. Utredning och återkoppling gjordes inom den tidsrymd som begärdes. Patientnämnden avslutade ärendet utan åtgärd.

Ärende gällande klagomål från anhörig hanterat av IVO, visar på sjuksköterskornas brist på bedömning och dokumentation i en komplex situation. Detta kommer att följas upp och en översyn av bland annat hur smärtskattningsinstrument används kommer att ske.

Ingen lex Maria anmälan har under året inrapporterats till IVO.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienter och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet och att förebygga vårdskador genom en individuell planering, genomförandeplan och vid samordnad individuell planering, SIP. 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 in-



---

dividuell plan (SIP). Detta anges både i Socialtjänstlagen (SoL 2 kap 7§) och i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 16 kap 4§). 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. Demenskoordinatören 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. Demenskoordinatören har täta kontakter med sitt nätverk i primärvården.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Enheterna ansvarar för att regelbundet sammanställa, analysera och åtgärda enhetens avvikelser samt rapportera vidare i verksamhetssystemet. Årligen skriver enhetscheferna en verksamhetsberättelse som MAS analyserar. Detta kan på sikt komma att förändras då kvalitetsuppföljningar kommer att ske på annat sätt än idag då socialförvaltningen är inne i en brytpunkt för övergång till annat rapporteringssystem.

MAS ansvarar fortlöpande för analys av avvikelser, förslag till åtgärder samt uppföljning av händelser av allvarigare slag och kommunicerar med avdelningschefer, enhetschefer och legitimerad personal utifrån resultaten.

Synpunkter från anhöriga och närstående utreds och följs upp såväl av enheterna som av MAS om kontakt tas av Patientnämnd/IVO. Risk för, samt händelser av allvarigare art ska Lex Maria-anmälas av MAS. Under året har ingen Lex Maria-anmälan skickats till Inspektionen för vård och omsorg.

## **Sammanställning av avvikelser rapporterade under 2017**

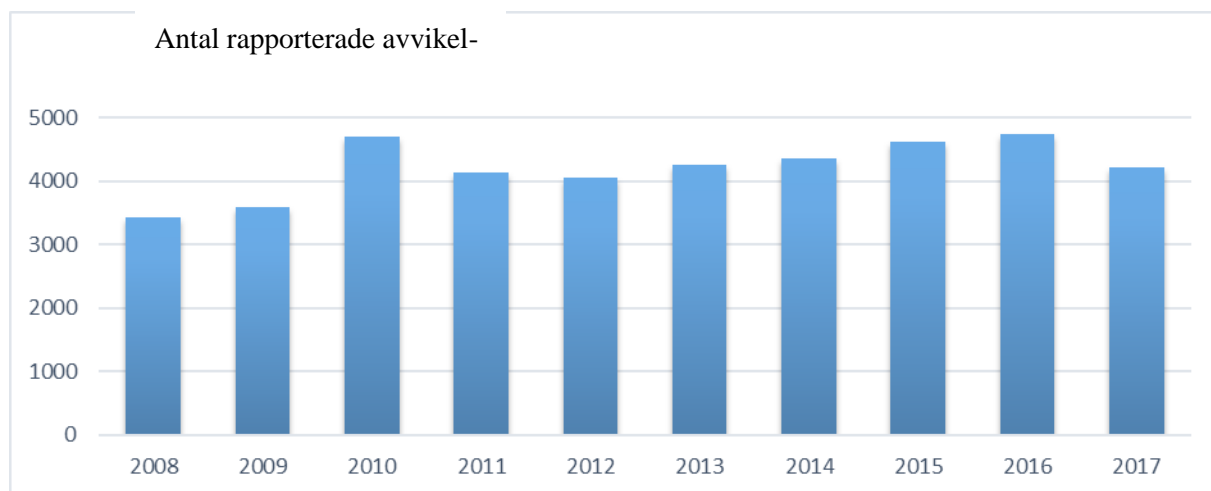
Avvikelse VoO – SoL/LSS/HSL

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

I Procapita rapporterades det 4125 avvikelser och därutöver rapporterades det i Lifecare 91 avvikelser som är klassificerade enligt avvikelsestyp.

Totalt rapporterades 4216 avvikelser under 2017 i de båda systemen,

en minskning med 11,2 % från föregående år.



Flest antal avvikelser som rapporteras är fall- och läkemedelsavvikelser, som stod för 91,4 % av de rapporterade händelserna. Fallrapporterna har minskat med 3,7 % gentemot föregående år, från 3055 till 2953.

Läkemedelsavvikelserna har minskat med 17,9 %, från 1143 till 939.

Brister i medicinsk tekniskutrustning har minskat med 63,8 % från 69 till 25.

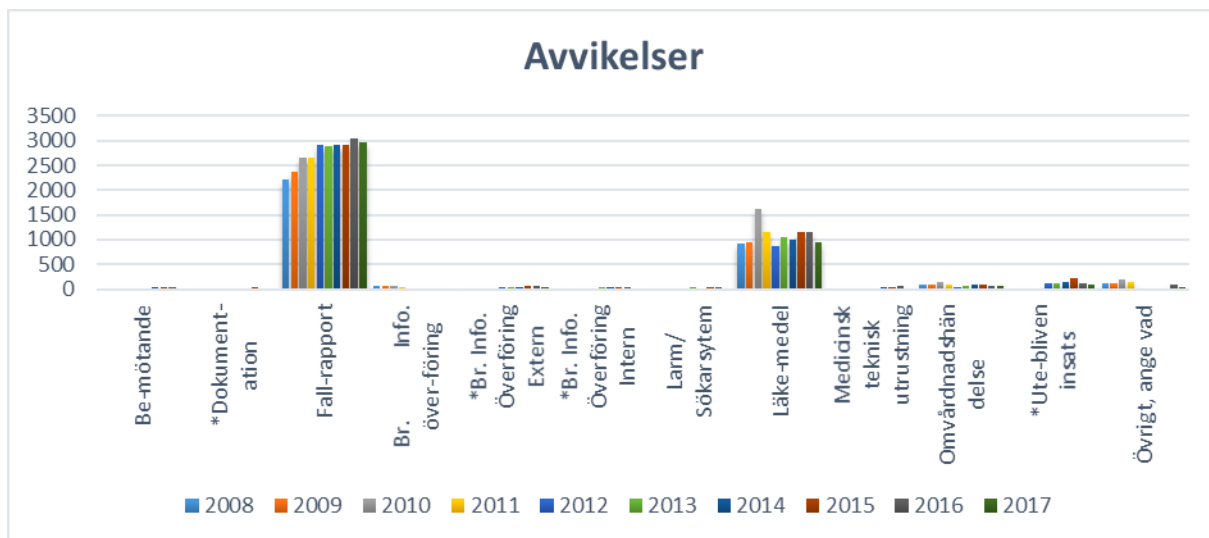
Utebliven insats har minskat med 25,2 %, från 127 till 95.

Omvårdnadshändelse har ökat med 8,5 %, från 59 till 64.

Inga brister mot värdehetsgarantin rapporterades under 2017.

En generell minskning har skett när det avseende rapporterades avvikelser avseende SoL och LSS.

	Be- mötande	*Dokument- ation	Fall- rapport	Br. Info. över- föring	*Br. Info. Överföring Extern	*Br. Info. Överföring Intern	Larm/ Sökarsytem	Läke- medel	Medicinsk teknisk utrustning	Omvårdnads händelse	*Ute- bliven insats	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	12	13	2953		40	20	3	939	25	64	95	52



### Förändring inom verksamhetsområdena

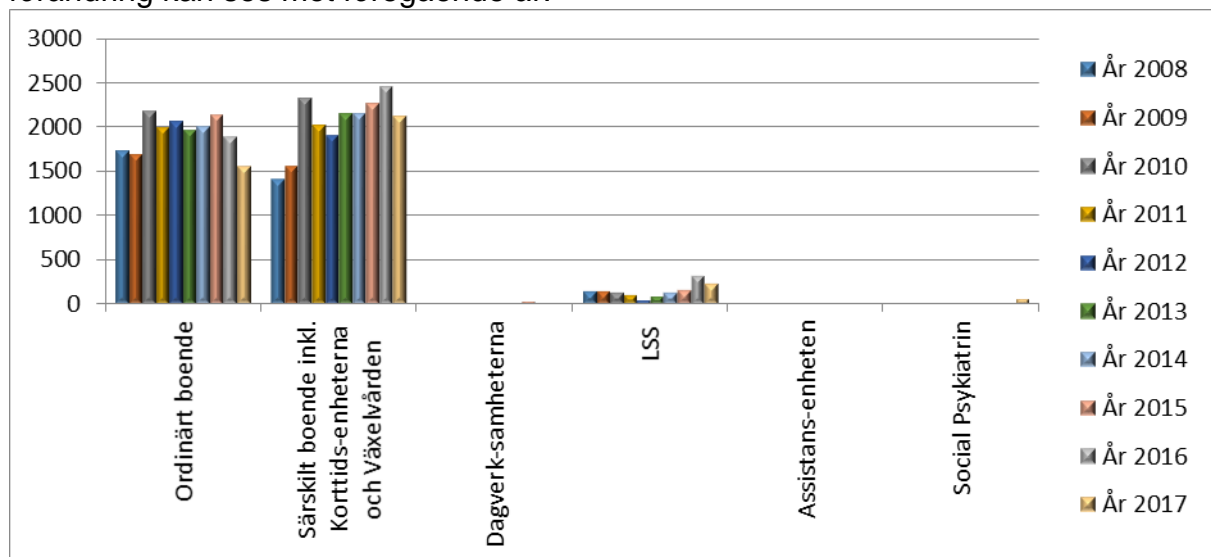
Inom de olika verksamhetsområdena kan det ses följande förändring beträffande antal rapporterade avvikelser.

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)

## Fallavvikelser

Antalet fallavvikelserna inom vård och omsorg har minskat med 3,3 % sedan föregående år, från 3055 till 2953 rapporterade fallolyckor. Av avvikelserna går det att utläsa, att av de totalt 2953 rapporterade fallolyckorna, så resulterade 2,6 % i någon skada. Föregående års siffror inom parentes.

Höftfraktur 0,1 % (0,3 %)

Övriga frakturer 0,3 % (0,3 %)

Sårskada 1,3 % (1,4 %)

Övrig hudskada 0,6 % (0,7 %)

Övriga skador 0,3 % (0,4 %)

Av antalet rapporterade fallrapporter vidtogs följande andel åtgärder.

Läkarkontakt 0,5 % (1 %)

Observation/övervakning 2,6 % (1,9 %)

Sjukhusvård 0,9 % (1,1 %)

Undersökning/bedömning av sjuksköterska 7,5 % (9,4 %)

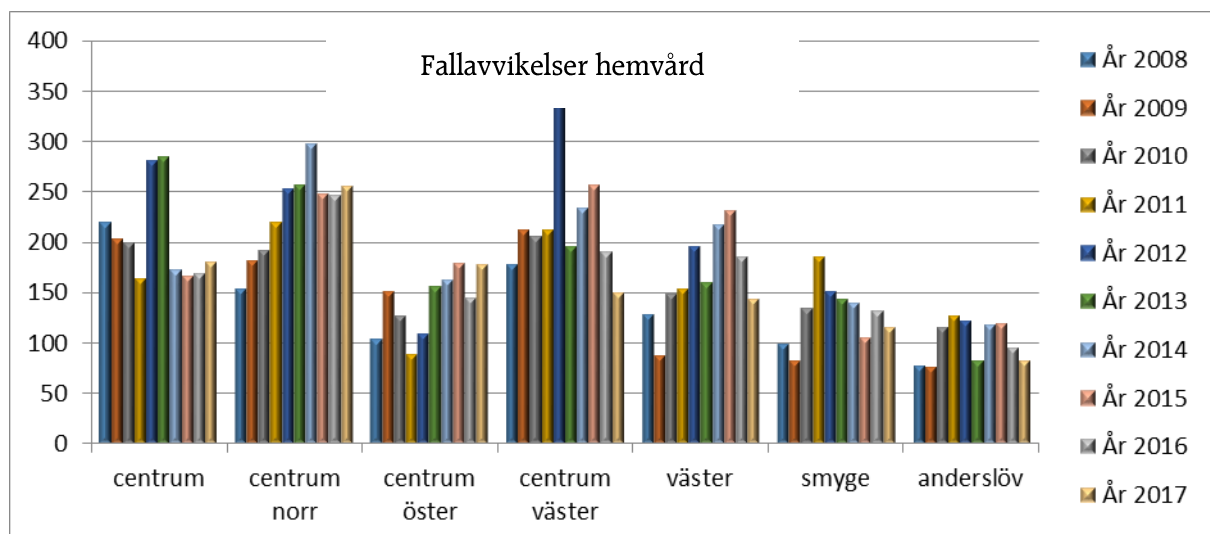
Vid 92 % (94,1 %) tog omvårdnadspersonalen efter fallolycka kontakt med sjuksköterska. Riskbedömning har gjorts vid teamträff i 13,4 % (13,1 %) av fallen och i 9,6 % (8,9 %) har det inte gjorts någon riskbedömning. I 77 % (78 %) av fallrapporterna har man inte alls uppgivit om riskbedömning gjorts eller inte.

## Hemvård

Fallavvikelserna fortsätter att minska inom hemvården. De minskade med 5 % gentemot föregående år, från 1166 till 1108.

62,7 % av de rapporterade fallen beror på balans/yrsel.

De vanligaste platserna för fallolyckorna i ordinärt boende var sovrummet där 32,6 % av fallen inträffade, 16 % inträffade i hallen, 15,1 % ägde rum i köket. Utav hur avvikelserna är ifyllda går det att utläsa att 1 % resulterade i sjukhusvård, 0,02 % i läkarkontakt och 0,07 % i undersökning/bedömning av sjuksköterska.



## Särskilt boende

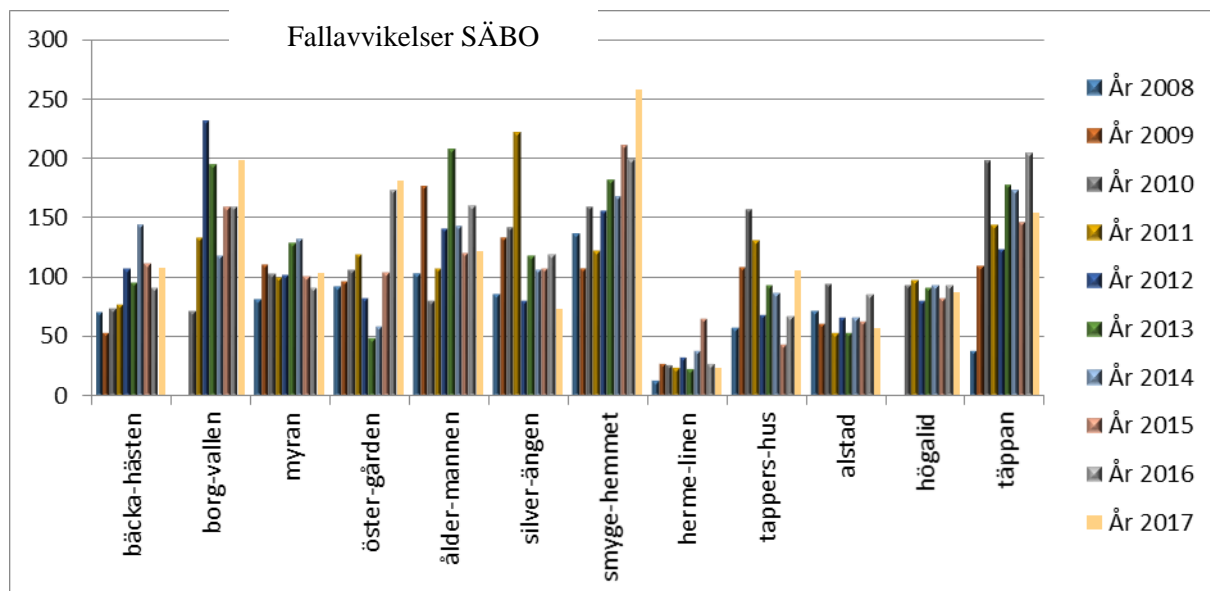
1471 fallavvikelser rapporterats inom Särskilt boende under 2017, en marginell minskning med 0,6 % från föregående år då antalet var 1480. Det totala antalet Säbo-platser har utökats under 2017.

Av avvikelserna på särskilt boende utläses att 0,9 % resulterade i sjukhusvård, 0,9 % i läkarkontakt och 14,6 % gjordes en bedömning eller undersökning av sjuksköterska.

I 58,7 % av avvikelserna uppgavs att tänkbar orsak till fallen var på balans/yrsel och 11,3 % på oro/förvirring.

Sovrummet/lägenheten var den vanligaste platsen för fallolyckor där 64,1% av fallolyckorna ägde rum.

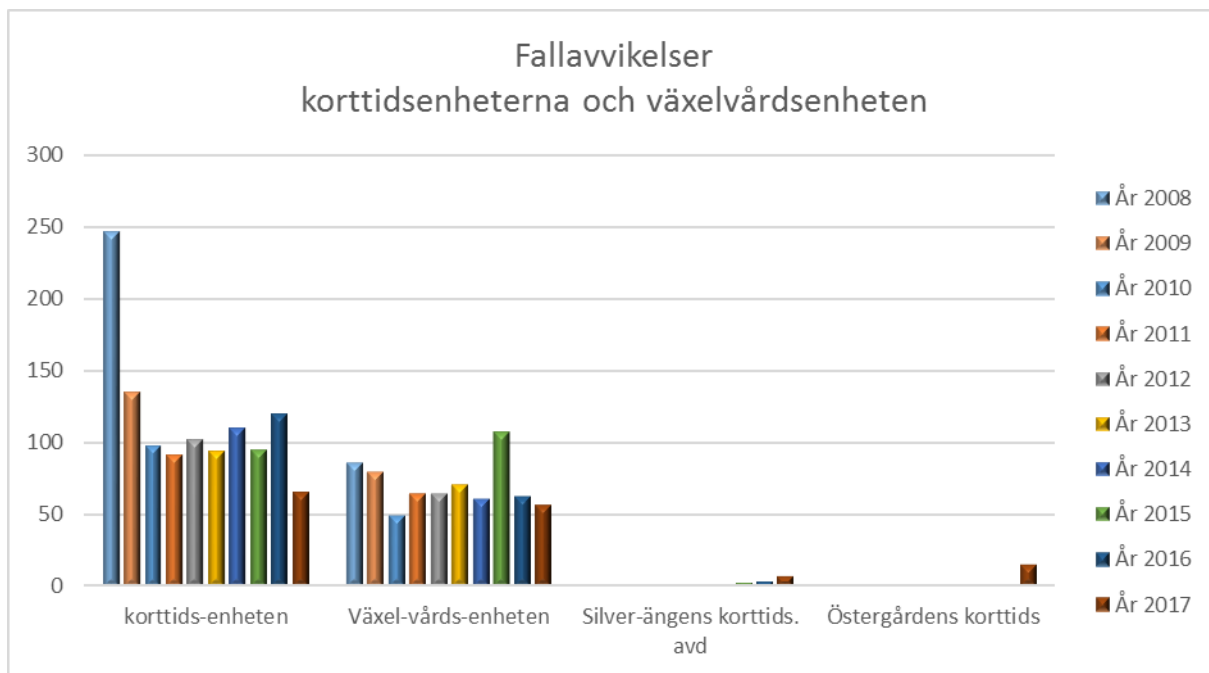
18 % av de rapporterade fallen på Säbo inträffade i allmänna utrymmen såsom matsal/dagrum och korridor.



## Korttidsheterna och Växelvårdsenheten

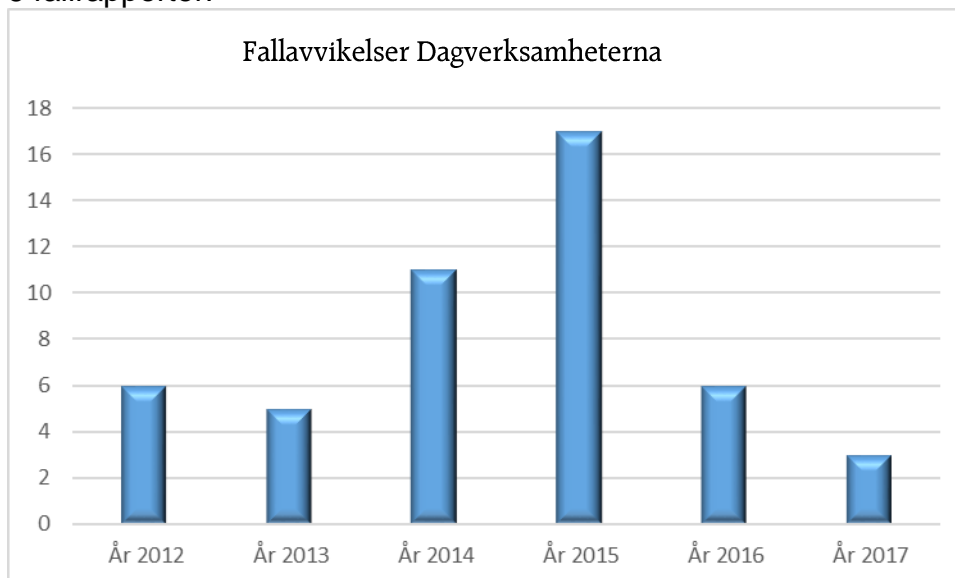
147 fallavvikelser rapporterades på Korttidsheterna och Växelvårdsenheten under 2017, en minskning med 21,4 % från föregående år, då 187 fall inträffade på enheterna.

Utav avvikelserna på korttidsheterna och Växelvårdsenheten kan det utläsas att inga av dem resulterade i sjukhusvård eller i att läkarkontakt togs. 42,9 % av de rapporterade fallen uppgavs bero på balans/yrsel och 22,4 % på oro/förvirring. 68,7% av fallen ägde rum i sovrummet och 16,3 % i allmänna utrymmen av de rapporterade fallen.



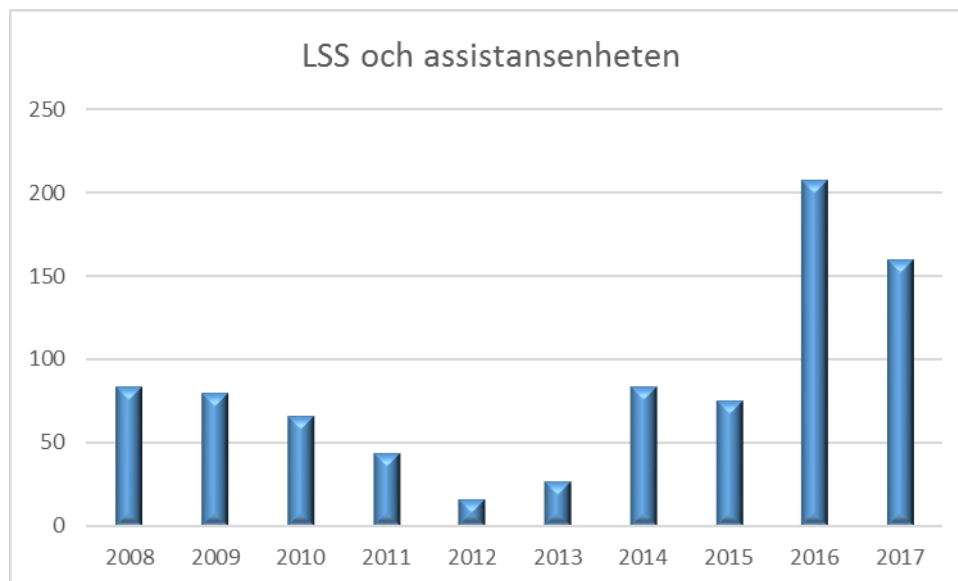
#### Dagverksamheterna

3 fallavvikelser rapporterats inom Dagverksamheterna under 2017 en minskning med 50 % från föregående år, då antalet var 6 fallrapporter.



#### LSS och Assistansenheten

160 fallavvikelser rapporterades inom samtliga LSS-enheter under 2017 en minskning med 23,1 % sedan föregående år. En brukare fallit 88 gånger under 2017 och därmed står för 55 % av fallolyckorna inom LSS.



Utav avvikelserna inom LSS och Assistansenheten utläses att inga av dessa resulterade i sjukhusvård, läkarkontakt eller bedömning/undersökning av sjuksköterska.

16,2 % av de rapporterade fallen beror på balans/yrsel, 20,6 % på oro/förvirring.

I sovrummet/lägenheten inträffade 54,3 % av fallolyckorna och 13,7 % ägde rum i gemensamma utrymmen.

### Läkemedelsavvikelser

Antalet läkemedelsavvikelser har under 2017 totalt minskat från 1143 från föregående år till 939, vilket innebär en minskning med 17,9 %. Det kan dock ses en skillnad mellan de olika verksamhetsområdena. Inom hemvårdens ses den största minskningen från 501 avvikelser 2016 till 334 under 2017, vilket motsvarar 33,4 %. Även LSS-verksamheterna har minskat antal rapporter från 98 till 57, vilket ger en minskning med 41,8 %. Särskilt boende och korttidsenheterna har i stort sett oförändrade siffror.

Orsak till avvikelserna uppges i 53,2 % bero på personalens glömska och 33 % anges bero på rutiner. Under 2016 var ovanstående siffror 54 % resp. 32 %.

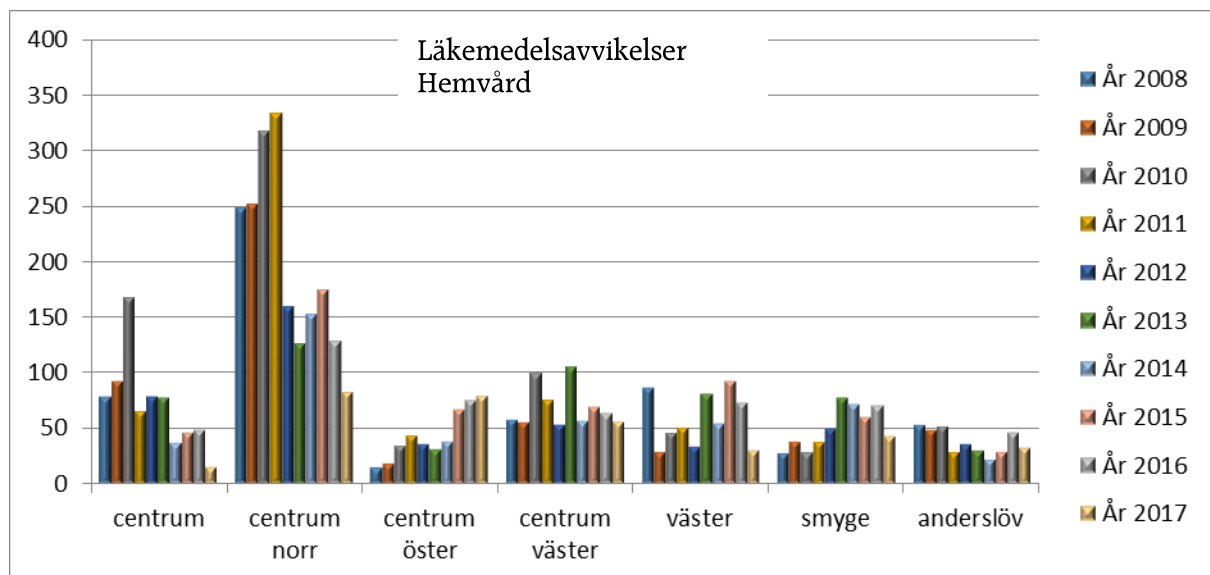
Uteblivet läkemedel har inträffat i 69,1 % av avvikelserna. Bemanningen har varit enligt schema vid 78,3 %, då avvikelserna inträffade

Läkarkontakt har tagits vid 0,7 % och undersökning/bedömning av sjuksköterska har gjorts i 3,3 % av de rapporterade avvikelserna. En läkemedelsavvikelse resulterade i sjukhusvård (0,1 %) Hemvård

334 läkemedelsavvikelser rapporterades inom hemvården under 2017, en minskning med 33,4 % från föregående år.

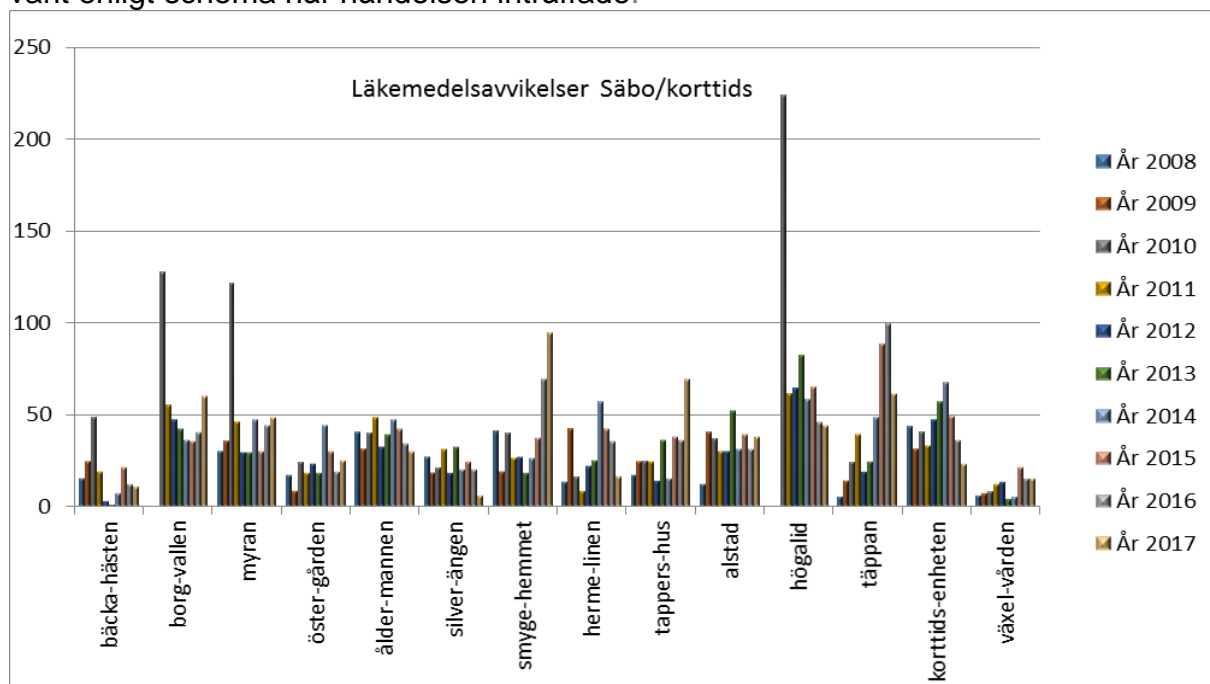
Uteblivet läkemedel/dos står för 74,5% av de rapporterade avvikelserna, som orsak anges personalens glömska i 56,8 % och

rutiner i 28,4 % av läkemedelsavvikelserna. I 79,9 % av avvikelserna har det angetts att bemanningen varit enligt schema när händelsen inträffade.



### Särskilt boende

547 läkemedelsavvikelser rapporterades inom Särskilt boende, Korttidsboende och Växelvårdsenheten under 2017, en ökning med 1,6 % från föregående år. Uteblivit läkemedel/dos står för 60,3 % av de rapporterade avvikelserna, som orsak anges personalens glömska i 47 % och rutiner i 33,1 % av läkemedelsavvikelserna. I 71,5 % av avvikelserna har det angetts att bemanningen varit enligt schema när händelsen inträffade.





## Dagverksamheterna

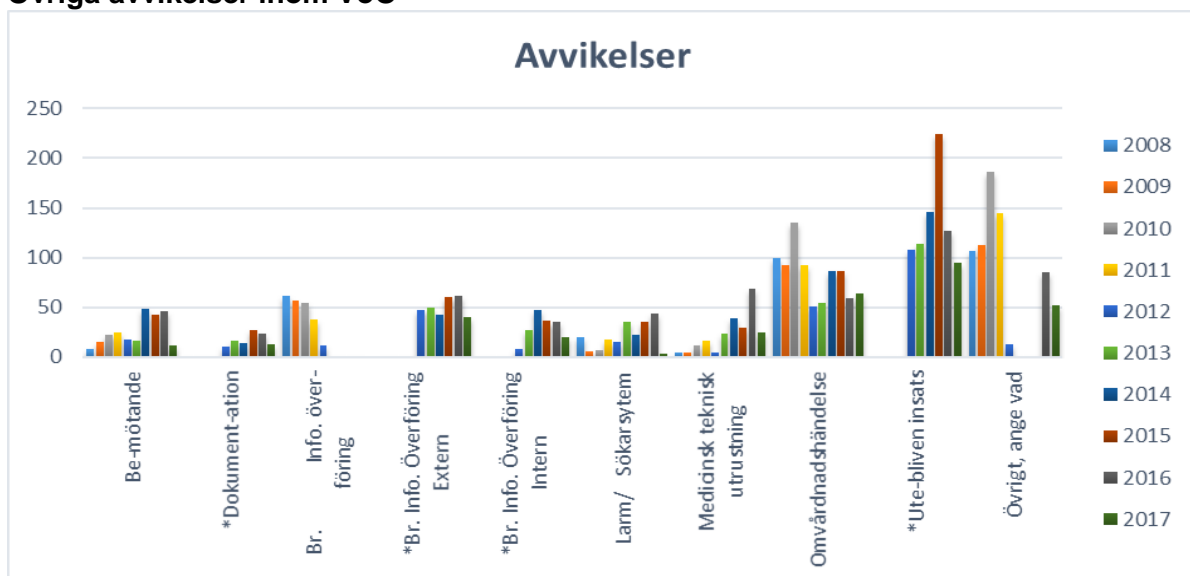
Endast en läkemedelsavvikelse rapporterades på dagverksamheterna under 2017, föregående år rapporterades det 3 avvikelser.

## LSS och Assistansenheten

57 läkemedelsavvikelser rapporterades inom LSS under 2017, en minskning med 40,6 % mot föregående år, då 96 avvikelser rapporterades. Uteblivit läkemedel/dos står för 71,9 % av de rapporterade avvikelserna, som orsak anges personalens glömska i 57,9 % och rutiner i 28,1 % av läkemedelsavvikelserna. I 84,2 % av avvikelserna har det angetts att bemanningen varit enligt schema när händelsen inträffade.



## Övriga avvikelser inom VoO



---

### **Utebliven insats**

95 avvikelser kring "Utebliven insats" har rapporterats under 2017, som motsvarar en minskning med 25,2 % gentemot 2016. Minskningen ses främst inom hemvården där "Utebliven insats" minskat till 53 avvikelser under 2017. Föregående år rapporterades 89 avvikelser, vilket innebär en minskning med 40,1 % under 2017.

En ökning kan ses av "Utebliven insats" på särskilt boende, växelvårds- och korttidsenheterna med 28 %. Under 2017 rapporterades det 41 mot föregående års 32 avvikelser. Inom LSS och Assistansenheten har 6 "Utebliven insats" rapporterats under 2017, vilket är en marginell ökning mot föregående år, då det rapporterades 7 avvikelser.

### **Omvårdnadshändelse**

Antalet avvikelser som berör brister i omvårdnaden var 64 till antalet under 2017, en liten ökning mot föregående år då antalet var 60.

Inom hemvården är antalet avvikelser kring brister i omvårdnadsarbetet i stort sett oförändrat mot föregående år.

På Särskilt boende och korttidsboende har avvikelserna kring brister i omvårdnaden ökat, från 32 till 42 avvikelser.

LSS och Assistansenheten har en ökning av brister i omvårdnaden från 2 avvikelser under 2016 till 6 avvikelser under 2017.

Av de avvikelser som har rapporterats i Procapita har bl.a. orsaken varit brister i personlig hygien, tryckskada, rörelselarm som ej aktiverats, användande av sänggrind utan samtycke.

### **Bemötande**

Andelen avvikelser i brister kring bemötande har minskat från 46 under 2016 till 12 avvikelser 2017.

### **Dokumentation**

13 avvikelser kring brister i dokumentation har rapporterats under 2017, en minskning från föregående år då det rapporterades 23 avvikelser kring dokumentation.

**Brister i informationsöverföring extern**

40 avvikelser har rapporterats kring brister i extern informationsöverföring, en minskning med 35,5 % sedan 2016, då det rapporterades 62 avvikelser.

Trelleborgs sjukhus har brustit i 30 %, sjukhuset i Malmö i 25 % av rapporterna. I flertalet av avvikelserna är bristerna att vårdavdelningarna inte har meddelat kommunens sjuksköterska eller hemvårdsområde om patientens hemgång, läkemedelslista felaktig, ofullständig eller saknas.

### **Brister i informationsöverföring intern**

20 avvikelser har rapporterats under 2017 kring brister i intern informationsöverföring, vilket är en minskning från föregående

---

år då 36 rapporter upprättades. 50 % av avvikelserna beror på brister i rapportering.

### **Larm- och sökarsystem**

Endast 3 avvikelser har rapporterats kring bister i larm och sökarsystem under 2017. Föregående år 44. Brister åtgärdade under 2017.

### **Medicinsk tekniskutrustning**

25 avvikelser rapporterades om brister i medicinsk tekniskutrustning under 2017, en minskning med 63,8 % sedan föregående år, då 69 avvikelser rapporterades.

Orsakerna till avvikelserna kring medicinsk tekniskutrustning är av skilda slag såsom; smutsig rullstol, trasiga hjul rullstol, sänggrind, trasig rullator, felaktig dyna i rullstol.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Redovisade avvikelser, se tidigare avsnitt.

Egenkontroller utförda enligt tidigare beskrivning.

Hygientillsyn ledde till förbättringar och ökad kunskap uppföljning under 2018

Preventivt arbetssätt ska ständigt pågå i verksamheter, följs upp med exempelvis olika kvalitetsregister.

Arbete kring Hälso- och sjukvårdsavtal i samverkan med Region Skåne pågår.

Journalgranskning har påbörjats och visar på olika aspekter på hur dokumentering sker i Procapita. Tvärprofessionell granskning ger ökad förståelse för varandras arbete.

## **Övergripande 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 kvalitet. 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 praktiska delar genom att ta fram nya rutiner och arbetssätt samt att anpassa kunskapsnivån hos hälso- och sjukvårdspersonalen, för att möta ökade krav.