



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

2021-04-16 Eva Marie Larsson

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	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	8
Riskanalys.....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet	11
RESULTAT OCH ANALYS	11
Egenkontroll	11
Avvikelser.....	14
Klagomål och synpunkter.....	15
Händelser och vårdskador	15
Riskanalys.....	16
Mål och strategier för kommande år	16

Sammanfattning

Den sammanlagda bedömningen är att patientsäkerheten varit god i verksamheterna men att det finns alltid behov av ständiga förbättringar. Avvikelse har registrerats och de mest vanliga är fall- och läkemedelsavvikelse. Synpunkter och klagomål 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. Vårdskador identifieras och hanteras 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.

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, avvikelshantering och patienter och närståendes medverkan. Arbetet med översyn av rutiner kommer att fortsätta under 2021, likaså arbetssätt samt anpassning av kunskapsnivån för hälso- och sjukvårdspersonalen för ökat patientsäkerhetsarbete inom området.

Ett nytt modernare verksamhetssystem med ett system för klagomål och synpunkter samt avvikelshantering kan ge ett underlag för tillförlitligare uppföljning och därmed ökade möjligheter för förbättringar inom verksamheterna.

Under pandemiåret 2020 har många delar i verksamheterna påverkats på olika sätt. Fokus har både varit att förbereda inför en kommande pandemi och för att stå trygga i verksamheten, när smittan väl når verksamheterna. Delar har pausats, ställts in eller ändrats med kort varsel.

Nu finns en möjlighet för omtag och nystart med erfarenheter från ett ovanligt år.

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 patientsäkerhetsarbetet 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. Det är viktigt att avvikelserapportering sker. Att ha ett preventivt synsätt i det dagliga arbetet kan minska risken för negativa händelser, risk för vårdskada, allvarlig risk för vårdskada eller inträffade vårdskador. Avvikelse ska alltid skrivas då något inträffat eller riskerat att inträffa. Systematiskt teamarbete ska genomföras per enhet för att identifiera, riskhantera och åt-

gärda 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 tar ställning till vidare 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 avvikelserna. 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 anmälan enligt lex Maria till IVO samt anmälan om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till tillverkaren Läkemedelsverket och i vissa fall till 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.

Legitimerad personal 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 med delegering för hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför de delegerade uppgifterna.

Privata utförare ansvarar för Hälso- och sjukvård i sina verksamheter och har en egen Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det finns flera gemensamma regionala rutiner framtagna i samverkan mellan Skånes kommuner och Region Skåne. Den övergripande regionala rutinen för samverkan vid utskrivning är ett exempel. Egenvårdsrutinen är ett annat exempel.

Hälso- och sjukvårdsavtalet är ett utvecklingsavtal och en dialog i samverkan är en förutsättning för säker och ändamålsenlig vård.

Närsjukvårdsråd/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 Rehab-, Sjuksköterske- Myndighetsenheten samt Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Verksamhetsutvecklare. Företrädare från Primärvården och Trelleborgs lasarett representeras av verksamhetschefer. Sammankallande under året har varit verksamhets utvecklare HSL, Socialförvaltningen.

Svedala, Vellinge och Trelleborgs Medicinskt ansvarig sjuksköterska samverkar samt deltar i större nätverk i Skåne.

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. Närstående erbjuds möjlighet att medverka vid de strukturerade välkomstsamtalen vid inflyttning till särskilt boende. Medverkan via länk eller telefon ger mer möjlighet för att delta aktivt jämfört med tidigare då endast närvaro på plats gällde.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 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. I övergången till nytt verksamhetssystem kommer avvikelser för hälso och sjukvård ändras till Life Care vårdskada.

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. Manuell hantering av klagomål och synpunkter fram till Life Care Klagomål och synpunkter införts.

Inkomna ärenden från Patientnämnd och IVO utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Ingen lex Maria anmälan har under året inrapporterats till IVO.

Patientnämnden begär yttrande efter att närstående vänt sig dit, exempelvis om otydlighet i ansvar vid utskrivning från sjukhus.

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 avvikelsevenomgång i team och att verksamheter arbetar med så kallade A-3 planer och kan ses som en form av egenkontroll.

Kvalitetsgranskning avseende utförare med ansvar för HSL kommer att utföras under våren 2021.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Nationella kvalitetsregister 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. SveDem följer kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvård.

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 inom kommun eller Region Skåne.

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.

Kvalitetsuppföljning angående HSL inom LSS verksamheterna med fokus på patientsäkerhet tillsammans med enhetschef, samordnare, stödassistent och arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska vart annat år.

Specifika MAS möte för legitimerade. 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.

Närsjukvårdsråd, se Samverkan för att undvika vårdskador, ovan.

Hygientillsyn särskilda boende utförda av MAS med syfte att se närmare på följsamhet till basala hygienrutiner och att verksamheterna håller en god hygienisk standard..

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar enligt Skånemodellen med syfte att strukturera och jämligt minska läkemedelsorsakade inläggningar på sjukhus för de mest sjuka äldre patienterna.

Nationell patientöversikt, NPÖ 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 nytt verksamhetssystem kan ge andra vårdgivare dokumentation och på sikt patienten själv.

Teamarbete finns på alla enheter men kan fungera på olika sätt. Vid tematräffar deltar 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.

Råd stöd och fortbildning till legitimerad personal, primärvården, enligt regionalt avtal Råd stöd och fortbildning för legitimerad personal. Vad primärvården ska fortbilda i utgår från behovet och avgörs i samråd med MAS och enhetschefer för legitimerade.

Kliniskt beslutsstöd för sjuksköterskor, enligt VISAM modellen, används vid patientens försämrade allmäntillstånd då sjuksköterskan behöver ta ställning till adekvat vårdnivå. Syftet är att patienten ska få så optimal vårdnivå och att informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras.

Samverkan vid utskrivning, utbildningsinsatser, när patienter skrivs ut från slutenvården med något nytt eller mindre vanligt hjälpmedel eller behandling har sjuksköterskor och eller omvårdnadspersonal möjlighet att utbildas på plats hos patienten, före utskrivning från slutenvården. Samma sak gäller om patient vårdas på Korttidsenheten, före utskrivning till hemmet. Exempel på detta kan vara påsdialys, skötsel andningskanyl på halsen eller vakuumpump efter amputation.

Rehabiliteringsenheten har utbildningstillfällen som hålls av de företag vars produkter ingår i avtal efter upphandling. Syftet är stöd i bedömning och utbildning i ett säkert hanterande.

Ergonomiutbildning för omvårdnadspersonal, tidigare Lyftkörkort, har ersatts med en ergonomiutbildning, med fokus på personalens ergonomi och lyfta och förflytta patienterna på ett säkert sätt.

Riskanalys

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

Riskanalys 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 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

Följsamhet till Regional rutin för samverkan vid utskrivning från sjukhus är grunden för säkra övergångar mellan olika vårdgivare.

Fram för allt legitimerad personal får en del efterarbete vid patientens hemgång då det saknas information på olika sätt trots att detta har kommunicerats via IT-stödet Mina Planer. Detta är inte specifikt för något sjukhus utan vanligt förekommande i Skåne. Avvikelser skickas till berörda verksamheter.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Åtkomstkontroller(loggar) utförs av ansvarig chef 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. Kontrolloggar ska sparas enligt dokumenthanteringsplan. Inga avvikande loggkontroller har rapporterats.

SITHS kort inloggning är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering, stark autentisering. Legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i vårdtjänster så som Pascal för ordinationer för läkemedel, Mina Planer för vårdplanering, Nationell Patientöversikt för andra vårdgivares dokumentation och kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret. Enhetschefer och viss omvårdnadspersonal använder SITHS-kort för inloggning i Mina Planer och kvalitetsregister Senior Alert.

Granskning av journalföring utförs av Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare i samband med annan genomgång med utredningar.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Enhetschefer 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. Följa resultat i nationella kvalitetsregister kan också ses som egenkontroll.

Senior Alert har använts på olika sätt inom särskilt boende. Enhetschefer kan följa statistik i rollen som lokalkoordinator. MAS är övergripande Regionkoordinator och kan följa samtliga enheters resultat. Hemvårdområden använder sig inte av Senior Alert. Att endast arbeta med Senior Alert inom särskilt boende kan ses som om vården är ojämlig. Tillgänglig statistik visar ökning av funna risker vid riskbedömningar men en minskning av åtgärder vid risk, vilket kan visa att de särskilda boende som arbetar regelbundet med Senior Alert riskbedömer, åtgärdar och följer upp resultat på ett bra sätt, men under året har arbetet fått ett fokus på åtgärder och rutiner för att förebygga smittspridning. En del enheter registrerar inte alls.

Svenska Demensregistret, SweDem ger inte tillgång till statistik för 2020.

Svenska Palliativregistret visar tillgänglig statistik visar till exempel, att dokumenterat brytpunktsamtal till patient ligger över rikssnittet och att en lägre andel i Trelleborgs kommun saknar förmåga att delta i samtalet jämfört med rikssnittet.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD. Bedömningar med hjälp av BPSD, ser ut att minska ytterligare med cirka 100 registreringar. Toppnoteringen 2016 visar 795 registreringar. Tvådagars utbildning för nya rapportörer har genomförts i begränsad omfattning på grund av åtgärder för att förhindra smittspridning mellan personal vid utbildningstillfället. Det finns en stor efterfrågan från verksamheterna och översyn pågår när det gäller lokal och teknikfråga. Den datorsal som finns att tillgå är inte optimal med tanke på risk för trängsel.

Kvalitetsuppföljning HSL inom LSS har pausats under 2020.

Specifika MAS- möte, med legitimerad personal. Inledningsvis tekniska begränsningar på Sjuksköterskeheten vilket har åtgärdats under året. Uppstart våren 2021.

Närsjukvårdsråd, samverkansgrupp Hälso- o sjukvårdsavtal

Fokus har under året varit på rådande pandemi. Region Skåne och Skånes kommuner har samverkat runt olika vägledningar, exempelvis om provtagning för patienter och personal och vaccination. Dessa har i dialog implementerats i verksamheterna efter samverkan i Närsjukvårdsrådet. Utvecklingsfrågor har stått tillbaka.

Hygientillsyn särskilda boende utförda av MAS har pausats. MAS arbetar på en plan för att systematiskt införa mätning enligt Sveriges kommuner och regioner modell, BHK- mätning. Resultatet kan jämföras över tid och med övriga landet. Inga hygienronder och ingen smittspårning av multiresistenta bakterier, i samverkan med Vårdhygien Skåne under året.

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar där sjuksköterska står för den förberedande delen med olika mätningar och provtagningar, har under året utförts i mindre omfattning än tidigare år.

Journalgranskning sker löpande av MAS och verksamhetsutvecklare vid utredningar. Rutin för kollegial granskning ska tas fram.

Nationell Patientöversikt. Statistik visar att antalet slagningar efter inhämtat samtycke från patient ökar över hela Skåne, så även i Trelleborg. Skånes kommuner drar slutsats att det är pandemirelaterat.

Utbildningsinsatser inom HSL. Råd stöd och fortbildning till legitimerad personal Primärvården. Inga större utbildningsinsatser har utförts under 2020 enligt avtalet med primärvården. MAS såg ett behov av en större satsning på psykisk ohälsa ur olika aspekter, i två delar.

- Fortbildning för legitimerad personal i psykisk ohälsa och sjukdom bland äldre för ökad kunskap och beredskap vid kristillstånd
- Fortbildning för legitimerad personal som ansvarar för hälso och sjukvård för patienter som omfattas av LSS och bor på boende för såväl barn som boende för vuxna.

Inställt under 2020 och stor osäkerhet om det fortsättningsvis kommer finnas ett Råd stöd och fortbildningsavtal med Region Skåne. Provtagningsteknik och vaccinationsteknik har erbjudits.

Kliniskt beslutsstöd för sjuksköterskor, enligt VISAM modellen, används sedan tidigare. Det finns två instruktörer för att implementera modellen. Huvudansvarig instruktör har skapat arbetssätt med e-utbildning och Case dag i utbildningssyfte samt arbetat för att underlätta dokumentation i verksamhetssystem. Ökad användning av beslutsstödet kan ses.

Sårvårdsutbildningar i samverkan 2020 har pausats under 2020.

Samverkan vid utskrivning enligt regional rutin, utbildningsinsatser. Inga förändringar under 2020, men en viss påminnelse behövs till slutenvården att patienten inte kan ses som utskrivningsklar före kommunens personal fått möjlighet att utbildas i specifikt fall.

Utbildningsinsatser legitimerad personal. Rehabiliteringsenheten, extern vidareutbildning, är framflyttad till hösten 2021. Produktgenomgångar efter upphandlingar av hjälpmedel har gått

över till webbaserad information under 2020. Sjuksköterskeheten erbjudits utbildningsinsatser patientrelaterad utbildning inför patient med andningskanyl samt patient med PD-dialys övrigt webb- baserat. Primärvården har i regional samverkan erbjudit provtagnings och vaccinationsteknik.

Ergonomiutbildning för omvårdnadspersonal har ersatts av en lokalt producerad webbutbildning under 2020 som består av en teoretisk del, en film där rehab personal visar och agerar patienter samt ett avslutande kunskapstest. Den nya webb baserade ergonomiutbildningen har dock haft lågt antal deltagare under 2020, vilket MAS kommer att följa upp under 2021 i ett patientsäkerhetsperspektiv

Avvikelser

Sammanställning av HSL-avvikelser rapporterade i Procapita under 2020.

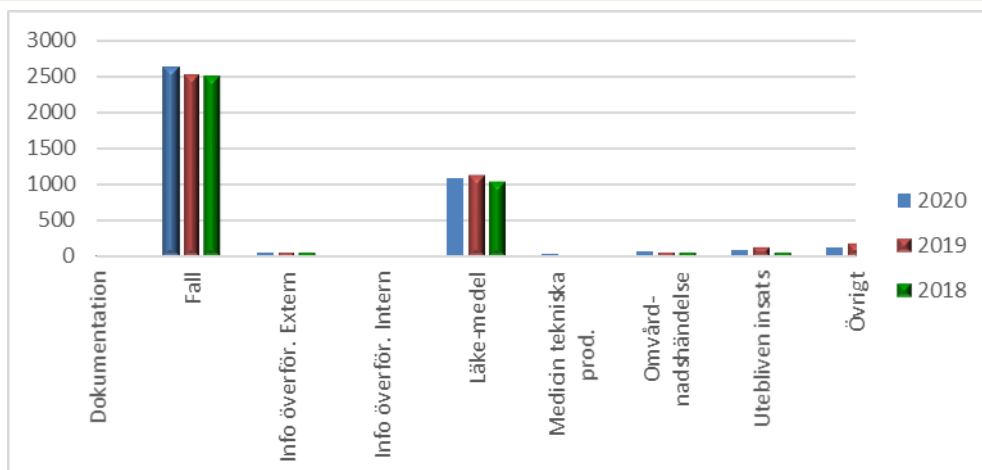
	Dokumentation	Fall	Info överföring Extern	Info överföring Intern	Läkemedel	Medicintekniska produkter	Omvårdnadshändelse	Utebliven insats	Övrigt
2020	13	2638	42	20	1079	32	68	90	123
2019	6	2510	53	20	1121	21	51	125	176
2018	19	2504	57	15	1040	16	44	54	96

HSL relaterad avvikelse ska skrivas i avvikelsemodul till verksamhetssystem Procapita. Övriga avvikelser rapporteras i LifeCare-avvikelsesystem och gäller SoL och LSS. Händelser relaterat till arbetsmiljölagen rapporteras i KIA. Det finns en möjlighet att förväxla dessa olika rapporteringsmöjligheter, om det finns en osäkerhet hos den som rapporterar.

I Procapita rapporterades det 4105 HSL avvikelser under 2020. En ökning med 0,54 % mot föregående år då det rapporterades 4083 avvikelser.

Fallavvikelser och läkemedelsavvikelser står för 90,55% av de rapporterade händelserna under 2020.

Utförare rapporterar i Procapita avvikelsemodul.



Fallavikelser ökar något jämfört med 2019. Gemensamma aktiviteter, som träningsgrupper, har fått stå tillbaka då det kan ses som en ökad risk för smittspridning att samlas i grupp. Balans och yrsel anges som den vanligaste orsaken till fallolycka därefter oro och förvirring följt av övrigt som kan vara glidit ur sängen, missbedömt avstånd eller glidit ur rullstol. Sårskada är den vanligaste skadan följt av övrig hudskada och frakturer.

Läkemedelsavvikelserna har minskat från 1120 till 986, -12 %. Orsaken personalens glömska är störst i antal och visar en ökning från 464 avvikelser till 530, +14%. Insatsen inte fanns inlagd i planeringen i IntraPhone visar en nedgång från 106 till 86, -19 %. Denna orsak rapporteras även i andra kategorier, som utebliven insats och övrigt. Rutiner anges också som en orsak till läkemedelsavvikelser och har minskat med 11 % från 355 till 315.

Legitimerad personal anger att det har tagits kontakt med läkare 9 gånger, -18 %. 5 beslutat om observation/övervakning, -25 %. 30 patienter har behövt en undersökning/bedömning av sjuksköterska, -62 %. Åtgärder kan inte endast kopplas till en orsak, utan ska ses översiktligt, då händelserna anges under flera olika kategorier och orsaker.

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. Ändringar under 2021 med nytt verksamhetssystem som inkluderar Klagomål och synpunkter.

Händelser och vårdskador

Samverkan vid utskrivning från sjukhus ska ske enligt regional rutin. Vårdgivare, Region Skåne slutenvård och Primärvård samt kommuner samverkar och delar IT-stöd. Syftet är en trygg och säker utskrivning från sjukhus för patienten. Vissa verksamheter i slutenvården arbetar korrekt enligt rutin och andra inte. Detta skapar problem och bidrar inte till säkra övergångar mellan vårdgivare för patienterna. Enligt rutin ska exempelvis ordinationer vara uppdaterade och nyinsatta läkemedel ska medfölja enligt överenskommelse. När ansvarig sjuksköterska väl tar emot patienten och något saknas eller inte är uppdaterat genererar detta oftast merarbete och är inte korrekt ur patientsäkerhetsaspekt. Följsamhet till den regionala rutinen för samverkan vid utskrivning är grunden för god samverkan. Avvikelse skrivs till slutenvården, uppföljningar görs på Närsjukvårdsråd och slutenvården arbetar med säkrare övergångar, men med ännu inte märkbara resultat.

Risakanalys

Arbetsmiljö och patientsäkerhet har i pandemin gått hand i hand och mycket arbete har lagts ner på att förebygga smitta. Att tydligt kommunicera ut information har varit en utmaning i ett högt informationsflöde.

Mål och strategier för kommande år

Inledningsvis i mars fanns det en vårdhygienisk rutin från Vårdhygien/Smittskydd Skåne, endast för säsongsinfluensa. Efterhand att Folkhälsomyndigheten kom med vägledningar utökades den första versionen av Covid-19 rutin för kommunal vård och omsorg, från två till 12 sidor, i olika omgångar. I maj månad var den så lång att den fick delas upp i flera separata rutiner vilka har expanderat efterhand de uppdaterats, var och en. Informationsflödet har varit högt från olika håll och behövts anpassats, i mängd och omfattning, för att bli greppbar för mottagaren. Andra förvaltningar sökte stöd i Covid-19 rutiner.

I början på mars kom signaler att ordinarie leverantör av skyddsutrustning inte prioriterade kommunernas inköp och leveranser. Bristen ledde till kreativa lösningar och ett stort engagemang på tillverkning av engångsvisir. I försök att ha skyddsmaterial tillgängligt för alla verksamheter dygnet runt skapades ett nödlager men tog alltför mycket tid från en redan pressad organisation och början till ett pandemilager startades på ett skickligt sätt. Det var en tid där varje munskydd räknades, verksamheterna stöttade varandra på ett generöst sätt och ingen var utan skyddsutrustning när det väl behövdes.

Visir infördes som extra förebyggande åtgärd utöver Covid-19

rutin i ett tidigt skede.

Det fanns en nationell brist på provtagningspinnar och reagens vilket gjorde att patient provtagning vid misstänkt fall utfördes av ett Mobilt team från Malmö. Efterhand ändrades möjligheten till provtagning av patienter och primärvården fick ansvaret, vilket innebar att de kommunala sjuksköterskorna fick utföra provtagningen efter samverkan med Skånes kommuner och lokalt anpassad vägledning. Personalprovtagningsspåret öppnades även för kommunal vård och omsorgspersonal.

Besöksförbud infördes på särskilt boende en tid före Regeringens beslut. Medicinskt ansvarig sjuksköterska gav undantag från besöksförbud i dialog med enhetschef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska, oftast för besök till palliativa patienter, vård i livets slutskede.

Smittspårningsarbete har blivit både mer omfattande och snabbare. Övergång till antigen test då primärvården har ansvar för provtagning av personal utan symtom, gör att smittkedjan kan brytas direkt.

Utbrottsmöte har hållits vid några tillfällen. Enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, teamledare, medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef för primärvården, samt hygien-sjuksköterska och läkare från Vårdhygien går igenom i detalj och lägger en plan för fortsatt arbete för att stoppa smittspridning.

Omfattande smittspårningsarbete på flera olika särskilda boende gjorde att en smittspårningskoordinator tillsattes och sjuksköterskan frigjordes från ordinarie placering. Här blev en väg in för primärvården och ett stöd för enhetschefer och sjuksköterskor med ansvar för smittspårning. Olika verksamheter har olika erfarenheter av smittspårning, varje smittspårning ses som unik, och behöver stöd för en säker smittspårning, ändamålsenlig provtagning och utnyttjande av resurser.

Media rapporterar om regionernas inestående vårdskuld med inställd planerad operationsverksamhet under pandemiåret. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ser en del som har fått ställas in och pausats, men ser också en möjlighet till ett omtag och nystart på ett klokt sätt, med patientens behov i centrum, på ett patientsäkert sätt.