



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-27 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	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	13
Utredning av händelser - vårdskador.....	13
Informationssäkerhet.....	14
RESULTAT OCH ANALYS	14
Egenkontroll.....	14
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter.....	23
Händelser och vårdskador	23
Riskanalys	23
Mål och strategier för kommande år	23

Sammanfattning

Den sammanlagda bedömningen är att patientsäkerheten varit god i verksamheterna men att det finns potential för 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 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. 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 2020, likaså utvecklingen av Hälso- och sjukvårdsavtalets 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. Ett nytt modernare verksamhetssystem med ett system för avvikelshantering kan ge ett underlag för tillförlitligare uppföljning och därmed ökade möjligheter för förbättringar inom verksamheterna.

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 preventiv 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 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 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, 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 med 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

Det finns flera gemensamma rutiner framtagna i samverkan mellan Kommunförbundet och Region Skåne. Den övergripande regionala rutinen för samverkan vid utskrivning är ett exempel på rutin som diskuterats ofta på närsjukvårdsråd, då innebörden tolkas på olika sätt av olika vårdgivare. 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 från Vård och omsorg, Rehab-, Sjuksköterskeenheten och Myndighet samt Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Företrädare från Primärvården och Trelleborgs lasarett representeras av verksamhetschefer. Sammankallande under året har varit verksamhets utvecklare HSL, Socialförvaltningen. Fokus har under året varit Hälso- och sjukvårdsavtalet, Sammanhållen Individuell Planering, SIP, inskrivning i Mobilt vårdteam.

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 patient-säkerhetsarbetet 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. Arbete med att öka kvalitet på SIP innehållet pågår i samverkan på olika nivåer. En SIP utan medicinska handlingsplaner eller förhandsbeslut i medicinska ställningstagande kan ses som ofullständiga. SIP kan läsas i Mina Planer av legitimerad personal hos alla vårdgivare och från den 1 januari 2020 även inom ambulanssjukvården.

Ett arbete med att föra inflyttningssamtal på ett strukturerat sätt har införts på särskilda boende. Informationssamtal erbjuds till patient och närstående 1-2 veckor efter inflyttning. På samtalet deltar kontaktperson, sjuksköterska, enhetschef, hyresgäst och närstående. För att alla ska kunna delta erbjuds samtalet under kontorstid. Kontaktpersonen bjuder in till, och håller i mötet.

Demenskoordinator och anhängigkonsulent 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 stadium och närstående har större möjlighet till att kunna vara delaktig i vården. Demenskoordinatören har täta kontakter med sitt nätverk i primärvården. Träffpunkt Jukebox för personer med minnesproblematik i ett tidigt stadium eller påbörjad utredning, ger råd och stöd även till anhöriga och kan ses som ett gott exempel på att knyta kontakt med anhöriga som har ett behov av råd stöd och utbildning. Denna början med ”låg tröskel” kan på sikt öka delaktighet och patientsäkerhet med hjälp av anhöriga.

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 avvikelssystem, i Procapita. Ett för avvikelser relaterat till hälso- och sjukvård och Life Care avvikelse 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 i befintliga avvikelser så länge den är öppen.

Som en kvalitetsförbättring avseende avvikelshantering fick legitimerad personal samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare inom äldreomsorgen tillgång till Vardagas avvikelssystem i Qualimax under 2018. Efter teknisk IT-uppdatering under 2019 från kommunens sida, var detta inte längre möjligt. Återgång till Procapita avvikelsemodul och dubbel dokumentation för rapportörer av avvikelser.

Klagomål och synpunkter

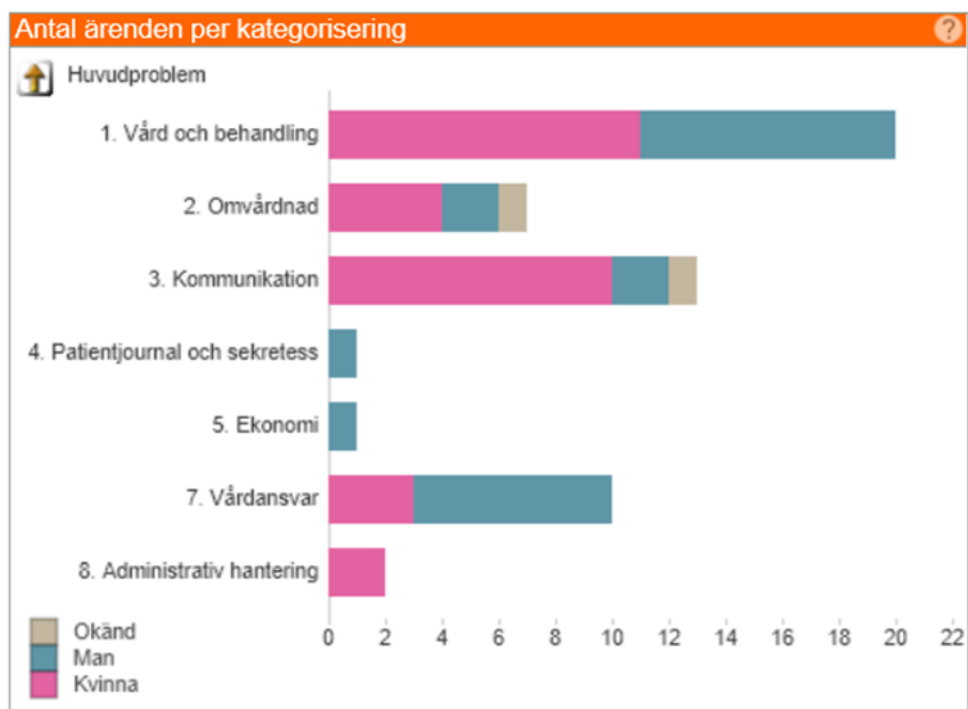
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

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. Tidigare rutin har reviderats men det är fortfarande manuell hantering av klagomål och synpunkter.

Patientnämnd och Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Inkomna ärenden från Patientnämnd och IVO utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Ingen lex Maria anmälan har under året inrapporterats till IVO. Patientnämnden begärde utredning efter att en anhörig lämnat in en skrivelse med omfattande synpunkter på brister bemötande, omvårdnad, vård och be-

handling. Medicinskt ansvarig sjuksköterska svarade efter omfattande utredning, då flera verksamheter var berörda. Patientnämnden avslutade sedan ärendet. Generellt sett får Patientnämnden inte så många ärenden gällande Kommunal hälso- o sjukvård. Samtliga 33 kommuner i Skåne har numera avtal om patientnämndsverksamhet. Patientnämndshandläggare informerar om en ökning från 52 till 80 ärenden i kommunal verksamhet och att Patientnämnden har utrett ärenden i 21 kommuner. Synpunkter på utförda behandlingar och läkemedelshantering, brister i delaktighet, synpunkter på vårdplaner eller bristande vårdplanering är de mest förekommande kategorierna i kommunala ärenden hos patientnämnd.



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 och att verksamheter arbetar med så kallade A-3 planer och kan ses som en form av egenkontroll. Koppling till kvalitetsledningssystem kommer att utvecklas under 2020.

MAS ansvarar för kontroll av kvaliteten, och detta sker både genom bokade och icke förannmälda besök. Personal intervjuas 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.

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 löpande av MAS i utredningshänseende och metod för journalgranskning är ändrad. Kvalitetsuppföljning angående Hälso- och sjukvård inom LSS verksamheterna med fokus på patientsäkerhet utförs av medicinskt ansvarig sjuksköterska vart annat år, eller oftare om behov före-

ligger. Patientsäkerhetsfokus 2020 inom LSS då MAS tillsammans med enhetschef, samordnare, stödassistent och HSL team med arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska ska prata om behov och stöd av HSL teamet, delegering av HSL, avvikelshantering, informationsöverföring, egenvård, anhörigas medverkan och identifierade förbättringsområden. MAS kommer att "skugga" HSL team under besök i verksamheterna.

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 arbetsätt.

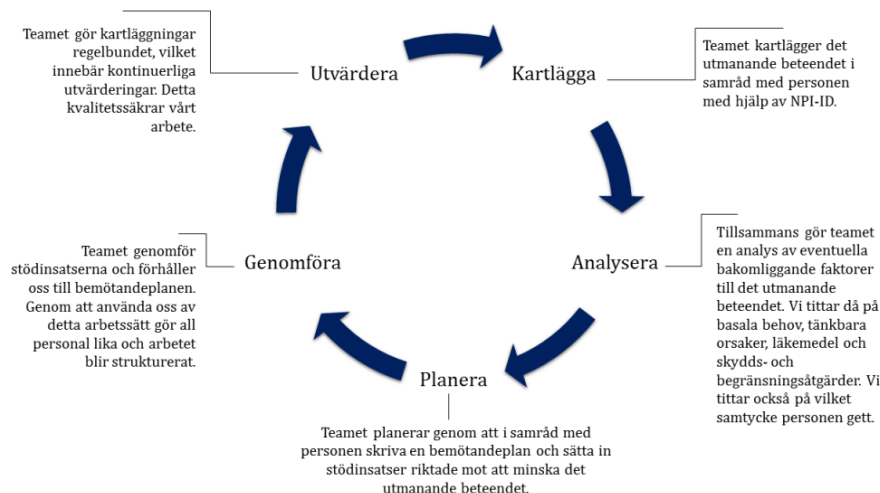
Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att arbeta preventivt med äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion/inkontinens.

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.

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.

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.

FUNCA, anpassat för vuxna inom LSS personkrets 1 och 2. Arbetsverktyget som ger personalen stöd i att analysera hur brukarens möjlighet till kommunikation såg ut, om vardagen och miljön var anpassad, om de basala behoven är tillfredsställda, om det förelåg hälsoproblem, etc. samt om någon form av skydds- och begränsningsåtgärder användes. Att använda FUNCA kan ge 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 2019.

MAS har möten med fokus på patientsäkerhet tillsammans med enhetschef, samordnare, stödassistent och arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska vart annat år. Ska ske under 2020.

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, Närsjukvårdsråd

Samverkansgruppen har bytt namn och har haft regelbundna möten. Enhetschefer Vård och omsorg, för Sjuksköterskeenheten Rehabenheten, Myndighetsavdelningen, Verksamhetsutvecklare HSL 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.

Digital signering

Den tänkta övergången till digital signering av hälso- och sjukvårdsinsatser(HSL) under hösten 2018 flyttades fram efter en riskanalys av MAS. Efter justeringar ersattes analoga signeringslistor för läkemedel med digital signering helt den 2 maj 2019. Digital signering av HSL insatser pågick under en längre tid 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 medförde mycket merarbete för legitimerad personal, större volymer i socialförvaltningens arkiv i väntan på gallring, samt risk oordning i akter. Efter att leverantören kunde säkerställa förvaring av information på ett säkert sätt togs kravet på utskrift bort.

Hygientillsyn

MAS har under året genomfört hygientillsyn på nästan alla särskilda boende vilket innebär att personalens följsamhet till basala hygienrutiner kontrollerades. 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. Tvätthantering ser olika ut i olika verksamheter och varje enhetschef har ansvar för personalens följsamhet och hanteringen av personalkläder. 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 och den har bland annat varit på Tappershus, Östergården, Smygehem och Högalid. Enhetschefer använder denna för att kunna på ett pedagogiskt sätt visa hur väl handdesinfektion utförs. Fokus 2020 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 ordnärt 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, blodprov, blodtryck i liggande och sittande/stående samt puls, kognition, falltendens samt en systematisk skattnings av patientens symtom med skattnings-skalan PHASE-20 eller den nya varianten PHASE-Proxy, som används till patienter vid nedsatt kognitiv svikt. 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

das för nationella och lokala prioriteringar.

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 andra vårdgivares dokumentation men andra vårdgivare kan inte läsa dokumentation i vårt verksamhetssystem.

Senior Alert

Enheterna inom har i olika grad arbetat med Senior Alert. 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 tematräffar 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.

Utbildningsinsatser inom HSL:

Råd stöd och fortbildning till legitimerad personal

Det finns avtal med primärvården om Råd stöd och fortbildning för legitimerad persona. Vad primärvården ska fortbilda i utgår från behovet och avgörs i samråd med MAS.

ViSam

Kliniskt beslutsstöd för sjuksköterskor, enligt VISAM modellen, används sedan tidigare. En satsning kopplad till hälso- och sjukvårdsavtalet i samverkan med kommunförbundet har det utbildats fler 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. S-BAR ger förutsättningar för att fokusera på det viktigaste i budskapet och för att onödigt information undviks. Metoden ger möjlighet att utan omskrivningar kommunicera tydliga rekommendationer och kan öka patientsäkerheten genom att hela personalens kompetens tas tillvara.

Sårvård 2019

Som en konsekvens av primärvårdens tidigare nytolkning av avtal om kostnadsansvar, när det gäller sårvård, har det genomförts arbete mellan Kommunförbundet och Region Skåne. En gemensam plan för sårvård och kostnadsansvar har tagits fram, men är inte antagen än. En del i planen är att utbilda alla inom kommun och primärvård som kommer i kontakt med sår dvs. sjuksköterskor och delegerad personal för en gemensam grund att arbeta ifrån.

Samverkan vid utskrivning, utbildningsinsatser.

Patienter som 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

Rehabiliteringsenheten har haft extern vidareutbildning för 10st rehab personal i Lyftutbildning, 24 timmars positionering, Rörelseförmåga vid demens. Samtliga har fått intern utbildning i Psykisk ohälsa/självmod av LSS-sjuksköterska. Hälften av personalen deltog på Kommunförbundets utbildning i juridik för förskrivare av hjälpmedel

Produktgenomgång efter upphandlingar

Vid upphandlingar av produkter och där det behövs utbildning för ett säkert hanterande, ingår det utbildningstillfällen som hålls av de företag vars produkter ingår i avtal efter upphandling.

Ergonomiutbildning för omvårdnadspersonal

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 introduktion hålls för sommarvikarier.

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 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

I omgångar under 2018 förekom det stölder av narkotikaklassade läkemedel på olika särskilda boende, SÄBO. Översyn av rutiner med bland annat utökad kontrollräkning, bidrog till att minska svinn av narkotikaklassade läkemedel på SÄBO, men inte tillräckligt. Det har under 2019 införskaffats avdelningsskåp för narkotikaklassade läkemedel. Nycklar till dessa skåp kan loggas och ett urval av omvårdnadspersonal har personlig nyckel. Samtliga sjuksköterskor har personlig nyckel. Läkemedelssvinn på särskilt boende har så gott som upphört med nya skåp och skärpta rutiner vid kontrollräkning. De enstaka avvikelser som uppstått har kunnat relateras till räknefel. Under året har det satts upp sammanlagt 47 avdelningsskåp, 11 synkroniseringsstationer för 370 nycklar som verksamheterna behöver. Det har tillkommit 72 lås i befintligt skåp, med samma nyckelsystem på Hälsohuset under 2020 för säker läkemedelshandtering i den enskildes lägenhet. I verksamheter utan avdelningsskåp har stölder av narkotikaklassade läkemedel förekommit varav ett ganska omfattande.

De två närförråd till det kommunala basläkemedelsförrådet har inte kommit igång förrän under slutet av 2019. Avser läkemedel för vård i livets slutskede och antibiotika. Närförråd är av samma typ som avdelningsskåpen och har samma nyckelsystem.

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. Kontrolloggar ska sparas enligt dokumenthanteringsplan. Inga avvikande loggkontroller har rapporterats.

SITHS kort inloggning

SITHS 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

Under året har dessa tvärprofessionella granskningar vilat då metoden tar ganska mycket tid i anspråk. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetsutvecklare HSL har utfört granskning av journaler i samband med annan genomgång i samband med utredningar. Metoden är under omarbeting och då mer åt en kollegial granskning.

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 och kommer att kopplas till system för kvalitetsutveckling under 2020. Följa resultat i nationella kvalitetsregister kan också ses som egenkontroll.

Nationella Kvalitetsregister används inom olika verksamheter beroende på inriktning.

Senior Alert har under använts på olika sätt inom särskilt boende. Enhetschefer har möjlighet att följa statistik på sina enheter i rollen som Lokalkoordinator. MAS är övergripande Regionkoordinator och kan följa samtliga enheters resultat. Hemvårdområden använder sig inte av Senior Alert trots tidigare plan. Att endast arbeta med Senior Alert inom särskilt boende kan ses som vi erbjuder ojämlig vård. Tillgänglig statistik visar en ökning av unika personer samt en ökning av funna risker vid riskbedömningar, vilket kan visa att de särskilda boende som arbetar regelbundet med Senior Alert riskbedömer, åtgärdar och följer upp resultat på ett bra sätt.

Svenska Demensregistret, SweDem. MAS har inte tillgång till statistik, men MAS förstår det som att färre patienter med demensdiagnos registreras

och följs upp.

Svenska Palliativregistret syftar till att förbättra vård i livets slut. 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. Jämförelser med föregående år är osäkra då det var problem med inloggningsmöjligheter med risk för underrapportering.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD. Bedömningar med hjälp av BPSD, som ökar det personcentrerade arbetet, ser ut att minska i statistiken som finns tillgänglig. Toppnoteringen 2016 visar 795 registreringar. Motsvarande siffra för 2019 är 418 registreringar, minus 47 %. MAS förstår det som att tidigare satsningar på området kan ha minskat då befintliga rapportörer får mindre stöd i sitt arbete. Tvådagars utbildning för nya rapportörer har genomförts och nya tillfällen planeras under 2020.

FUNCA avslutades till halvårsskiftet 2019 inom LSS på grund av resursbrist. MAS ser ur ett patientsäkerhetsperspektiv att det legitimerade LSS teamet inte längre får den kontakt med personal och information om tidiga tecken på olika behov, hos en patientgrupp med komplexa behov.

Kvalitetsuppföljning HSL inom LSS verksamheterna kommer att utföras under 2020. MAS ska då ha möte med fokus på patientsäkerhet tillsammans med enhetschef, samordnare, stödassistent och LSS-team arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska.

MAS- möte, Medicinskt ansvarig sjuksköterska har 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.

Närsjukvårdsråd, samverkansgrupp Hälso- o sjukvårdsavtal

Fokus har under året varit på Hälso o sjukvårdsavtalet, frågor gällande Rutin vid samverkan vid utskrivning. Gemensamt mål är att förbättra arbetet kring Sammanhållen individuell plan, inskrivning i Mobilt vårdteam. Generella frågor om följsamhet till olika rutiner lyfts.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- o sjukvård trädde i kraft 1 januari 2018. Överenskommen regional rutin har reviderats och tolkas fortfarande på olika sätt hos olika vårdgivare. 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 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. Det har skrivits och inkommit många avvikelser på följsamheten till rutinen och det har genomförts mätningar på följsamheten till rutinen vid utskrivningar lokalt Trelleborgs

lasarett men även på SUS Malmö. Brist i följsamhet till rutin genererar merarbete för legitimerade och omvårdnadspersonal samt en osäker och otrygg utskrivning för patienten. Det är ett jämförelsevis litet material som visar på specifika brister i informationsöverföring, specifika uppgifter om behandling och att överenskommelser om medskickat material och läkemedel inte efterlevs från slutenvården. Avvikelse skrivs och har genererat fler läkemedelsavvikelse under året. Frågan om betalningsansvar för sårvårdsmaterial är fortfarande aktuell. Frågan lyftes högre upp i samverkan mellan Kommunförbundet och Region Skåne. Revidering av hela överenskommelsen om kostnadsansvar ska vara klar innan ändringar ska gälla enligt information från kommunförbundet.

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 fortsatte hela 2018. Efter noga utvärdering och uppdatering av system och revideringar av rutin för digital signering kommer det vara enbart digital signering från 2 maj 2019. Kravet på utskrift enligt dokumentationsplan togs bort efter leverantörens redovisning av hur informationen säkerställs fram till gallring. Avvikelse kopplade till digital signering av HSL insatser återfinns rapporterat i flera olika kategorier i avvikelssystem. Felaktig kategorisering ökar osäkerhet i resultat.

Vårdhygien MAS har utfört både bokade och icke föranmälda besök. Personal har 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. Brist 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 direkt om allvarigare brister och avdelningschef senare. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har gjort tillsyn på alla SÄBO enheter 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. En del enhetschefer jobbar aktivt med utbildning i vårdhygien för att följsamheten ska öka. MAS ser en möjlighet att stärka följsamheten till basala hygienrutiner genom att införa hygienombud i verksamheterna. Syftet är att sprida kunskap om grundläggande vårdhygieniska riktlinjer och ökad följsamhet till rutiner inom vårdhygien området.

Vårdhygien, Smittspårning. I samverkan med hygiensjuksköterskorna från Vårdhygien Skåne har det utförts smittspårning och därefter hygienrond på ett särskilt boende. Vid nyupptäckta bärare av multiresistenta bakterier utförs smittspårning vilket innebär en kartläggning av patientens olika vårdkontakter och riskfaktorer. Därefter följer verksamheten den handlingsplan som sätts upp i varje enskilt fall. Riskfaktorer för bärarskap i identifieras och därefter tas det odlingar i den omfattning som smittskyddsläkare beslutar. Personal med riskfaktorer utreds av Previa. Provtagningar på patienter utförs av omvårdnadsansvarigsjuksköterska.

Smittskyddsläkare har dragit slutsatsen och menar att med största sannolikhet har överföringen har skett på det särskilda boendet någon gång mellan maj

och september. Överföringen har kunnat härledas till sommarmånaderna och möjligtvis kan introduktionen till sommarvikarier brustit. I samverkan med hygiensjuksköterskor från Vårdhygien i Skåne, MAS, enhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal utfördes en hygienrond på aktuellt särskilt boende åter igen utan större anmärkningar, utan tvärt om var det mycket beröm då följsamheten till tidigare förbättringsförslag ansågs mycket bra. En möjlig brist i introduktion kan identifieras och MAS kommer att följa upp under 2020.

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar där sjuksköterska står för den förberedande delen med olika mätningar och provtagningar, har under året utförts i mindre omfattning än tidigare år. Vårdcentralerna i Primärvården var tidigare organiserade i SUND och efter omorganisation tillhör de Skånes universitetssjukvård Malmö och Lund. Ansvarig farmaceut kom igång med genomgångar först efter sommaren.

	SÄBO (antal läkemedelsgenomgångar)	HSV (antal läkemedelsgenomgångar)
Anderslöv	72	19
Centrum-kliniken	25	
Fagerängen	24	

Under 2019 är det åter igen 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 har inte svarat medicinskt ansvarig sjuksköterska på frågan om antalet utförda tvärprofessionella genomgångar. Syftet är på ett strukturerat och jämlikt sätt minska läkemedelsorsakade inläggningar på sjukhus för de mest sjuka äldre patienterna. Totalt har sjuksköterskor genomfört 140 st. PHASE -20 bedömningar jämfört 276 föregående år, dock saknas resultat från Lideta hälsovård.

Journalgranskning är ett sätt 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. Markörbaserad journalgranskning anpassad till kommunal hälso- och sjukvård har inte kommit så långt i genomförandet från Sveriges kommuner o regioner. Kollegial journalgranskning är en möjlighet för tvärprofessionellt lärande.

Nationell Patientöversikt. Statistik visar att antalet slagningar efter inhämtat samtycke från patient ligger på nivåer jämförbara med tidigare år. Arbetet med producentskap till Nationell patientöversikt har påbörjats. Vid byte till modernare verksamhetssystem kommer möjligheten att dela med oss av information till andra vårdgivare. Avsiktsförklaring är gjord inom ramen för Skånegemensam digitalisering kopplat till Hälso o sjukvårdsavtalet. Detta kan möjliggöra att patienter själva kan läsa sin egen hälso o sjukvårdsjournal via 1177 under Journalen.

Teamarbete beskrivs av enhetschefer som väl fungerande. Definitionen på teamarbete kan dock se olika ut vilket innebär att det arbetas på olika sätt i

verksamheterna. En gemensam definition hade förtydligat arbetet.

Utveckling inom demensområdet. Satsning på träffpunkt Jukebox kan ses som en ingång med "låg tröskel" för ökad delaktighet i samverkan med anhöriga vilket är bra ur patientsäkerhetsperspektiv sett på lång sikt.

Utveckling inom LSS området

Funka används inte längre inom LSS vilket kan ses ur patientsäkerhet aspekt som en försämring. Legitimerad personals delaktighet i arbetet med FUNKA gav en helt annan ingång till ett breddat teamarbete vilket kan stärka patientsäkerhetsarbetet för denna grupp av patienter, där mätningar av förbättringsåtgärder kan vara komplexa.

Utbildningsinsatser inom HSL. Råd stöd och fortbildning till legitimerad personal

Det finns avtal med primärvården om Råd stöd och fortbildning för legitimerad personal. Vad primärvården ska fortbilda i utgår från behovet och avgörs i samråd med MAS. Inga utbildningsinsatser har utförts under 2019 enligt avtalet med primärvården. Brytpunkt är halvårets skifte. Medicinskt ansvarig sjuksköterska gick noga igenom alla tidigare tillgängliga avtal och kunde då identifiera att vissa avtalade delar aldrig genomförts som avtalat. 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.

Den första ges nu under våren 2020. Påtryckningar angående del två görs på närsvårdsråd. Denna form av avtal är under revidering enligt Kommunförbundet och det är oklart hur det kommer att se ut framöver.

ViSam, Sjuksköterskeenheten

Kliniskt beslutsstöd för sjuksköterskor, enligt VISAM modellen, används sedan tidigare. Det finns tre instruktörer för att implementera modellen ingående. Instruktör och tillika huvudkontaktperson för sydvästra Skåne har skapat en webbutbildning och håller på med patient scenarier och praktiska övningar för samtliga sjuksköterskor. Arbeta med verksamhetssystem för att underlätta ViSam dokumentation pågår. Ökad användning av beslutsstödet kan ses. Tidigare checklista för omvårdnadspersonal för säker inrapportering då hälsotillstånd kräver rådgivning av sjuksköterska, baseras på samma kommunikations-sätt. Kommunförbundet har tagit fram en folder för baspersonal som ska ge stöd i sin kommunikation med sjuksköterskan som är under införande.

Sårvårdsutbildningar i samverkan 2019

Som en konsekvens av primärvårdens tidigare nytolkning av avtal om kostnadsansvar, när det gäller sårvård har det genomförts arbete mellan Kommunförbundet och Region Skåne. Arbetsgruppen har tagit fram ett omfattande material om fördelarna med samsyn och att ha rätt strategier för sårläkning, som på sikt sänker kostnader för sårvården. Ett 20 tal sjuksköterskor och ett tiotal sårvårdsdelegerade omvårdnadspersonal har utfört utbildningen under 2019. Fler utbildningstillfällen kommer under 2020.

Samverkan vid utskrivning, utbildningsinsatser.

Patienter som 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

Rehabiliteringsenheten har haft extern vidareutbildning för 10st rehab personal i Lyftutbildning, 24 timmars positionering, Rörelseförmåga vid demens. Samtliga har fått intern utbildning i Psykisk ohälsa/självskada av LSS-sjuksköterska. Hälften av personalen deltog på Kommunförbundets utbildning i juridik för förskrivare av hjälpmedel.

Produktgenomgång efter upphandlingar

Företag har presenterat hygienstolar och lyftselar. Intern visning för sjuksköterskor som ordinerar olika trycksårspåbyggande madrasser tillhörande vård sängar. Internutbildning angående sittdynor för nyanställda och de som inte hann med under 2018.

Ergonomiutbildning för omvårdnadspersonal

Det finns en systematisk plan för utbildningen som omfattar tre halvdagar med uppföljning vart tredje år. En nedkortad introduktion hålls för sommarvikarier. Under 2019 har ergonomiutbildningen utgått då det har varit dålig uppslutning med halvfulla utbildningar. Introduktion till sommarvikarier har hållits enligt plan. Nytt grepp om ergonomiutbildning och hemvårdens omvårdnadspersonal prioriteras där högst behov har identifierats. Interndebering ska införas för anmälda som inte kommer fast de är anmälda. Mycket resurser går åt för planering och genomförande till ett fåtal anmälda till utbildningen som kommer. Orsaker kan vara att annat i verksamheten prioriterats före. MAS kommer att följa upp nysatsningen under 2020.

Utbildningar har genomförts under året vilket är mycket viktigt för att hålla en hög patientsäkerhet och vård av god kvalitet. En del verksamheter uppger dock att det inte varit några utbildningar alls under året. Härtill kommer interna utbildningar i planeringssystem, nyckelhantering, dokumentation, kost och all undervisning vid delegering av hälso och sjukvårdsinsatser.

Avvikelse

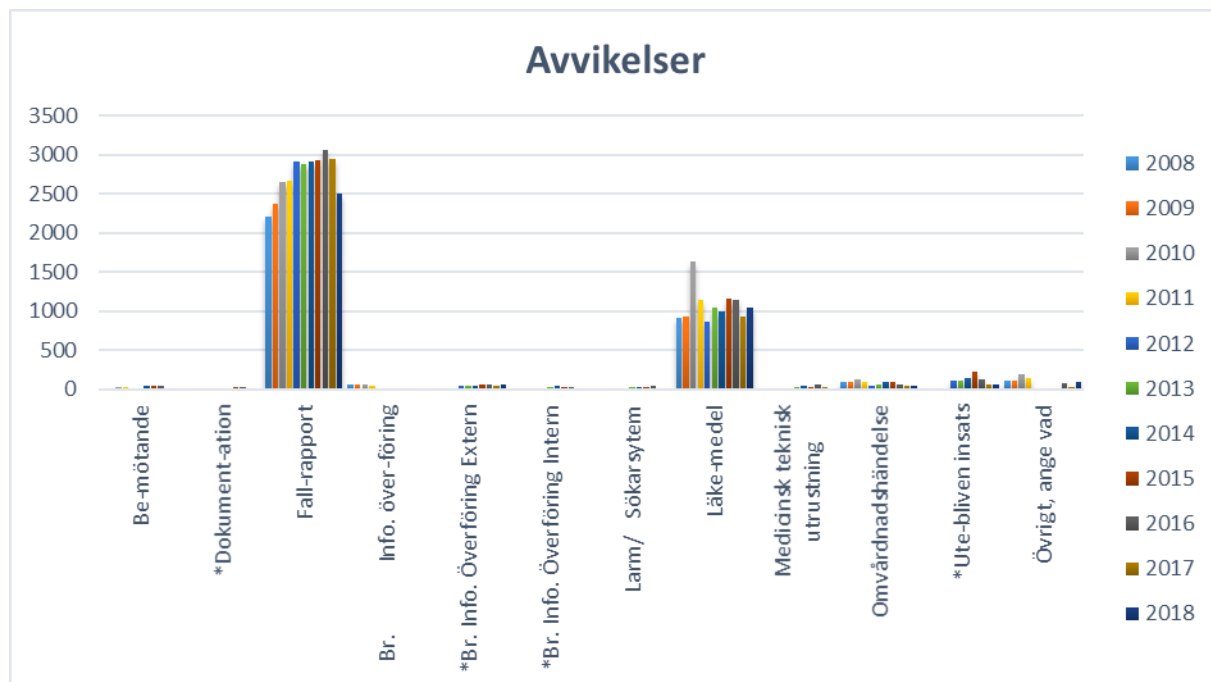
Sammanställning av HSL-avvikelse rapporterade i Procapita under 2019

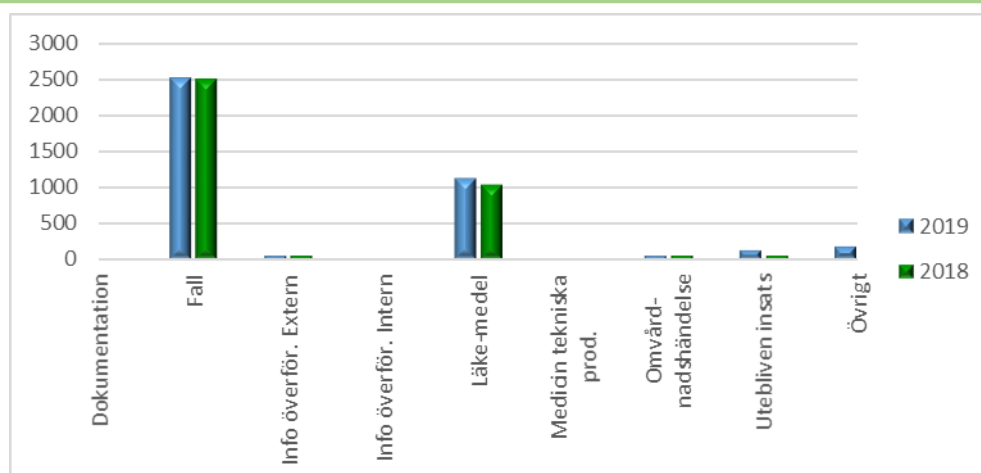
HSL relaterad avvikelse ska skrivas i avvikelsemodul till verksamhetssystem Procapita. Övriga avvikelser rapporteras i LifeCare-avvikelse-system och gäller SoL och LSS. Händelser relaterat till arbetsmiljölagen rapporteras i KIA. Det finns en möjlighet att förväxla dessa olika rapporteringsmöjligheter,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

I Procapita rapporterades det 4083 HSL avvikelser under 2019.

En ökning med 6,19 % mot föregående år då det rapporterades 3845 avvikelser. Fallavvikelser och läkemedelsavvikelser står för 88,93% av de rapporterade händelserna under 2019.

	*Dokume ntation	Fall- rap- port	*Br. Info. Över- fö- ring Ex- tern	*Br. Info. Över- fö- ring Intern	Läk- e- med- del	Medi- cinsk teknisk utrust- ning	Om- vård- nads hän- delse	*Ute- - bliven in- sats	Övrigt, ange vad
2008	0	2212	0	0	921	4	100	0	107
2009	0	2375	0	0	935	4	93	0	113
2010	0	2650	0	0	1630	12	135	0	186
2011	0	2663	0	0	1146	16	92	0	145
2012	10	2908	47	8	870	4	51	108	13
2013	16	2880	50	27	1049	24	55	114	x
2014	14	2922	43	47	999	39	87	146	x
2015	27	2924	60	37	1165	30	87	224	x
2016	23	3055	62	36	1143	69	59	127	85
2017	7	2953	39	16	939	25	49	64	30
2018	19	2504	57	15	1041	16	44	54	96
2019	6	2510	53	20	1121	21	51	125	176





Fallavvikelser ligger kvar runt resultatet för 2018, då de minskade med 15,2 % och kan ses som ett resultat av satsning på tidigare fallpreventionsplan. Det kan ses en ökning inom ordinärt boende, +4,4% och en minskning inom särskilt boende- 4,19 %. Vilket möjligtvis kan ha ett samband med ökad satsning på träningsgrupper. Inom funktionshinderområdet ses en ökning på 81.97%. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har återinfört att alla fallavvikelser ska rapporteras. Fåtal patienter står stor mängd fallavvikelser.

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 ökat med 7,79 %. Från 1040 till 1121.

Orsaker till läkemedelsavvikelser.

Personalens glömska är störst i antal men visar en minskning, -4.92 %, från 488 till 464 avvikelser.

Insatsen inte fanns inlagd i planeringen i IntraPhone visar markant ökning + 360,87 % från 23 till 106 avvikelser. Denna orsak rapporteras även i andra kategorier, som utebliven insats och övrigt.

Rutiner anges också som en orsak till läkemedelsavvikelser och har ökat med 21.16% från 293 till 355.

Åtgärder efter läkemedelsavvikelse

Legitimerad personal anger är att det har

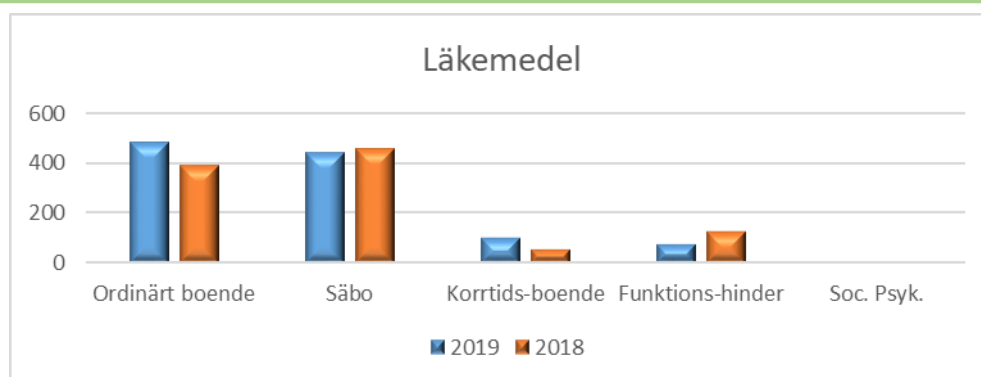
tagits kontakt med läkare 11 gånger, +57.14%.

25 beslutat om observation/övervakning, +150%.

En patient har behövt sjukhusvård.

78 patienter har behövt en undersökning/bedömning av sjuksköterska, +32.2%.

Ökningarna i åtgärder kan dock inte endast kopplas till en orsak, utan ska ses översiktligt, då att händelserna anges under flera olika kategorier och orsaker.



Bilden ovan visar fördelningen av avvikelser i verksamheterna. Korttidsenhetens ökning kan relateras till att läkemedel saknats trots överenskommelse med utskrivande enhet från sjukhus och övergång till digital signering.

Medicinteknisk produkt. Har i statistiken ökat men siffrorna är osäkra då flera avvikelser också avser annat. Ungefär motsvarande under 2018.

Omvårdnadshändelse har ökat från 44 till 51. Övrigt och personlig hygien är störst till antal, 40 respektive 20 avvikelser. Exempel på Övrigt; patient lämnas ensam i mkt dåligt tillstånd, ensamt användande av lyft p.g.a. personalbrist, upptäckt av större odokumenterat sår, användande av sänggrind utan patients samtycke, sår som utan uppföljning av SSK trots att personal flertal tillfällen signalerar om pågående infektion, dåligt bemötande av personal.

Utebliven HSL-insats ökat från 54 till 125 avvikelser.

Glömska hos personal 18 till 48, +166% Flera avvikelser handlar om att HSL insats inte finns inlagd i IntraPhone

Personalbrist ökning från 3 till 23 avvikelser

Övrigt från 31 till 49, +58% Exempel på övrigt: SSK inte besökt patient trots att personal bedömt att SSK bör betitta patient, träning ordinerat av fysioterapeut inte blivit utförd, Insatsen inte inplanerad i IntraPhone

Övrigt har ökat från 96 till 176 avvikelser. Samverkan vid utskrivning, sjukresor och där övrigt är störst till antal.

Brister i *Rutin för samverkan vid utskrivning* från slutet hälso o sjukvård genererar 64 avvikelser, sjukresor 6 och övrigt 106.

Vid en närmare analys av övrigt övrigt kan slutsatsen tas att hade en bättre sortering av kategorin genomförts, hade avviken kategoriserats på ett bättre sätt. Flera exempel på brister i samverkan vid utskrivning, läkemedel och SoL avvikelser. En genomgång av avvikelshantering på flera nivåer kan behövas för att få mer korrekta uppgifter i avvikelssystemet. I kommande verksamhetssystem är avvikelshantering uppbyggt på ett annat sätt, då ansvarig enhetschef är den som kategoriserar avvikelser. Systemet bygger då bort rapportörens osäkerhet på vilken typ av kategori avvikelser ska hamna under.

2 maj 2019 ersattes fysiska signeringslistor för HSL insatser med digital signering i planeringsverktyget IntraPhone. Parallella dvs. både digital och fysisk lista, hade förts under en längre tid. Den avsedda starten hösten 2018 fick flyttas fram efter riskanalys från MAS. Riskanalysen påvisade bland

annat osäkerheten med att insatser med läkemedel inte blev inlagd på rätt sätt kunde utgöra en fara med för mycket eller ingen administrering av ordinerat läkemedel. Det går inte exakt ange någon siffra på som är relaterat till IntraPhone eftersom att skrivna avvikelser är spridda under olika kategorier.

Högalid och Tåppan Vardaga, HSL statistik 2019

Under 2019 har Vardaga återgått till att rapportera avvikelser i Procapita. Efter en teknisk uppdatering hade inte legitimerad personal MAS och verksamhetsutvecklare inte möjlighet att följa avvikelserapporteringen där av återgång till Procapita. Sammanslagen statistik ger stor osäkerhet och redovisas därför inte.

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. Rutin reviderad i väntan på mer systematisk hantering av klagomål och synpunkter.

Händelser och vårdskador

Nya rutiner med införande av avdelningsskåp för narkotikaklassade läkemedel har medfört en mycket god läkemedelshantering och ett mycket lägre läkemedelssvinn. Loggningsbara nycklar till läkemedelsskåp i enskilda lägenheter säkerställer en god läkemedelshantering. En möjlig brist i introduktion i Basala hygienrutiner för sommarvikarier har identifierats efter smittspårning och hygienrond.

Riskanalys

Fortsatt arbete med rätt planering av HSL insatser i planeringsverktyg är en förutsättning säker läkemedelshantering med digital signering. Kommande övergång till modernare dokumentationssystem med ett avvikelssystem som är lätthanterligt, kan komma att ge säkrare resultat. Själva kategoriseringen av avvikelser lyfts upp från rapportörer till enhetschef.

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, avvikelshantering med en mer exakt kategorisering, 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. Ett modernare verksamhetssystem med tillhörande system för avvikelshantering, kan ge underlag för tillförlitligare uppföljning och därmed ökade möjligheter för förbättringar inom verksamheterna.