



Patientsäkerhetsberättelse

År 2021

2022-02-03 Eva Marie Larsson

Diarienummer SN 2022/10

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	11
Informationssäkerhet	11
RESULTAT OCH ANALYS	12
Egenkontroll.....	12
Avvikelser.....	17
Klagomål och synpunkter	18
Riskanalys	19
Mål och strategier för kommande år	19

Sammanfattning

Den sammanlagda bedömningen är att patientsäkerheten varit god i verksamheterna. Avvikelse har registrerats i olika system under 2021, antingen i det gamla Procapita eller i det nya Lifecare. De mest vanliga är fall- och läkemedelsavvikelse. Synpunkter och klagomål har digitaliserats och hanteras inte längre endast manuellt. Avvikelsehantering och Klagomål och Synpunkter 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 och patienter och närstående kan bidra med specifika kunskaper om sin egen situation.

Fortsatt under pandemin har verksamheterna påverkats på olika sätt. Delar har pausats, ställts in eller ändrats med kort varsel.

Att stärka patientsäkerhetsarbetet inför kommande utveckling av den kommunala primärvården behöver påbörjas inför omställningen till nära vård, den demografiska utvecklingen som är delar av de utmaningar varje vårdgivare står inför.

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och på sikt kommer den att följa strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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 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 avvikelsehanteringen 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 eller motsvarande. Enheterna kan på detta sätt successivt arbeta med förbättringar. Uppföljning via de nationella kvalitetsregistren är också en möjlighet till kontroll av hur enheterna har arbetat med riskanalyser.

Organisation och ansvar

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

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

Avdelningscheferna ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens och befogenheter att bedriva en säker vård. De

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas, 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- och Myndighetsenheten samt Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Verksamhetsutvecklare. Företrädare från Primärvården och Trelleborgs lasarett representeras av verksamhetschefer. Sammanställande under året har varit verksamhetsutvecklare, 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 verksamhetssystem. Sammanställning, utredning samt åtgärd ansvarar ansvarig chef inom respektive verksamhet.

Under 2021 har avvikelshanteringen succesivt övergått från verksamhetssystem Procapita till motsvarande i Lifecare Vårdskada. Samtidigt har det inneburit översyn och en viss förändring av rapportering och kriterier för 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. Övergång från manuell hantering av klagomål och synpunkter fram till Life Care Klagomål och synpunkter införts under 2021.

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

Patientnämnden har under året haft fyra ärenden avseende Trelleborgs kommun, vilket är samma antal som föregående år.

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.

Kvalitetsgranskning avseende utförare med ansvar för HSL kommer att utföras under 2022. Granskningen 2021 föll ut väl och uppföljning planeras.

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 HALT

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll och är evidensbaserad. Metoden används för mätningar i hela Europa (Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities). Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

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.

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 strukturerat och jämlikt 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 andra vårdgivare. Trelleborgs kommun är konsument av tjänsten och nytt verksamhetssystem kan ge andra vårdgivare dokumentation och på sikt patienten själv via koppling till Journalen i 1177.se.

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 pådialys, 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.

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 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. Avvikelse 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 bland annat arbete med A3- planer till den årliga kvalitetsrapporten. Följa resultat i nationella kvalitetsregister kan också ses som egenkontroll.

Senior Alert har jämfört med föregående år ökat i antal unika patienter. Alla särskilda boende är nu aktiva och resultatet är en ny toppnotering. Enhetschefer kan följa statistik i rollen som lokalkoordinator, så även omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. MAS är övergripande Regionkoordinator och kan följa samtliga enheters resultat. Hemvårdsmråden använder sig inte av Senior Alert. 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. Kopplingen till HALT-mätning kan ha påverkat ökningen av antalet unika personer

Svenska HALT

Arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner (VRI) och minska spridning och uppkomst av antibiotikaresistenta bakterier anses, såväl nationellt som internationellt, som en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna. Arbetet för en rationell antibiotikaanvändning är ett mycket viktigt led i att minska spridning och selektion av resistenta bakterier.

Vårdtagare som inte avböjt deltagande i det nationella kvalitetsregistret Senior alert deltog i mätningen då de uppfyllde inkluderingskriterier för övrigt, bo i det särskilda boendet på heltid (dygnets alla 24 timmar) **och** vara närvarande klockan 8 på dagen för mätningen **och** varit på det särskilda boendet minst 24 timmar.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomförde mätningen, som till stor del var en journalgranskning. Generella uppgifter för enheten samt, riskfaktorer och vårdtyngdsindikatorer registreras

för alla inkluderade vårdtagare på mätdagen. För de vårdtagare som på dagen för mätning behandlas med ett eller flera systemiska antibiotika och/eller visade tecken/symtom på en infektion förvärvad på det särskilda boendet registreras ytterligare uppgifter.

I HALT-mätningen deltog 135 kommuner, sammanlagt 1467 enheter. Totalt antal inkluderade vårdtagare var 16 877.

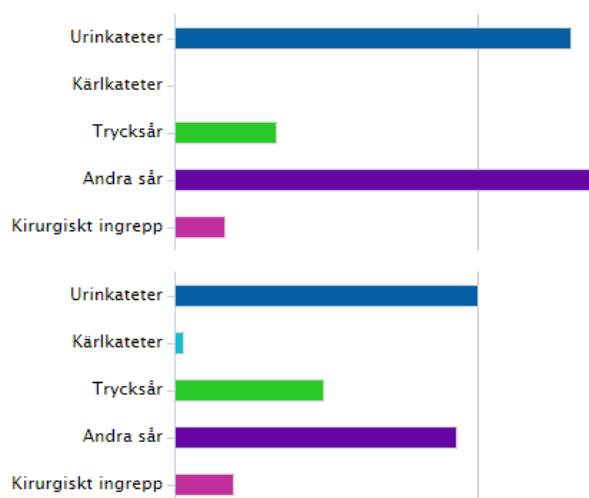
	Trelleborg Alla enhetstyper	Riket Alla enhetstyper	Riket totalt
Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen	238	16877	16877
Antal vårdtagare med korttidsvård	5	356	356
Antal kvinnor	152	11075	11075
Antal män	86	5802	5802
Antal >80 år	170	12127	12127
Antal >85 år	126	8652	8652
Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	2	175	175
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (prevalens)	0%	1%	1%
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	2	185	185
Antal vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)	6	441	441
- Antal vårdtagare med terapeutiska behandlingar	6	346	346
- Antal vårdtagare med profylax	1	102	102
Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin) (prevalens)	2%	2%	2%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	7	469	469

Andel patienter med antibiotika följer riket i övrigt, 2%. Jämn fördelning mellan hud och urinvägsinfektion, som anledning till användning av antibiotika.

Fördelning av riskfaktorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

Kommun: Trelleborg. Enhetstyp: Alla enhetstyper. Kön: Alla

Trelleborg Alla enhetstyper
(n=238)



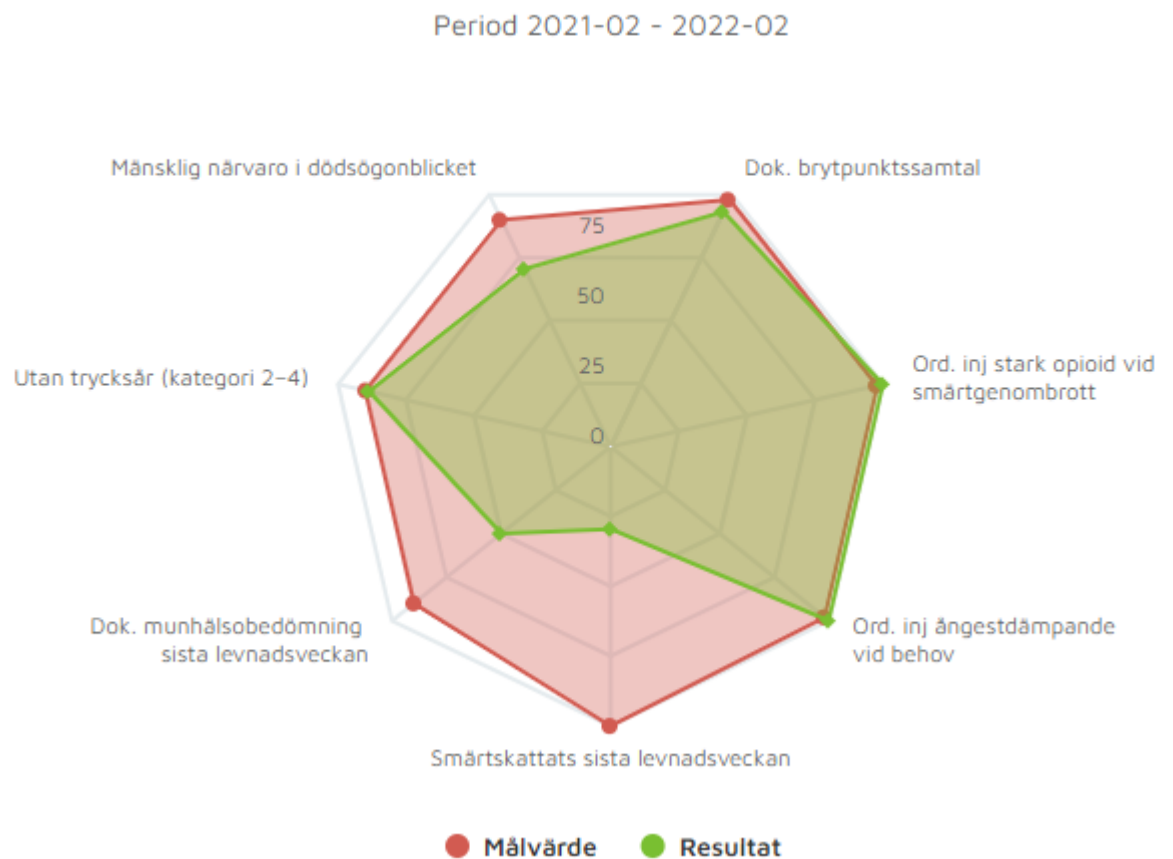
Riskfaktorer urinkateter 13%, riket 9,9%. Trycksår 3,4%, riket 4,9%. Andra sår 13,8% riket 9,2%.

Folkhälsomyndigheten kommer att publicera en slutrapport av mätningen under 2022. Rapporten kommer att återkopplas till berörda sjuksköterskor tillsammans med specifikt resultat för enheterna.

Svenska Demensregistret, SweDem ger inte tillgång till statistik för 2021

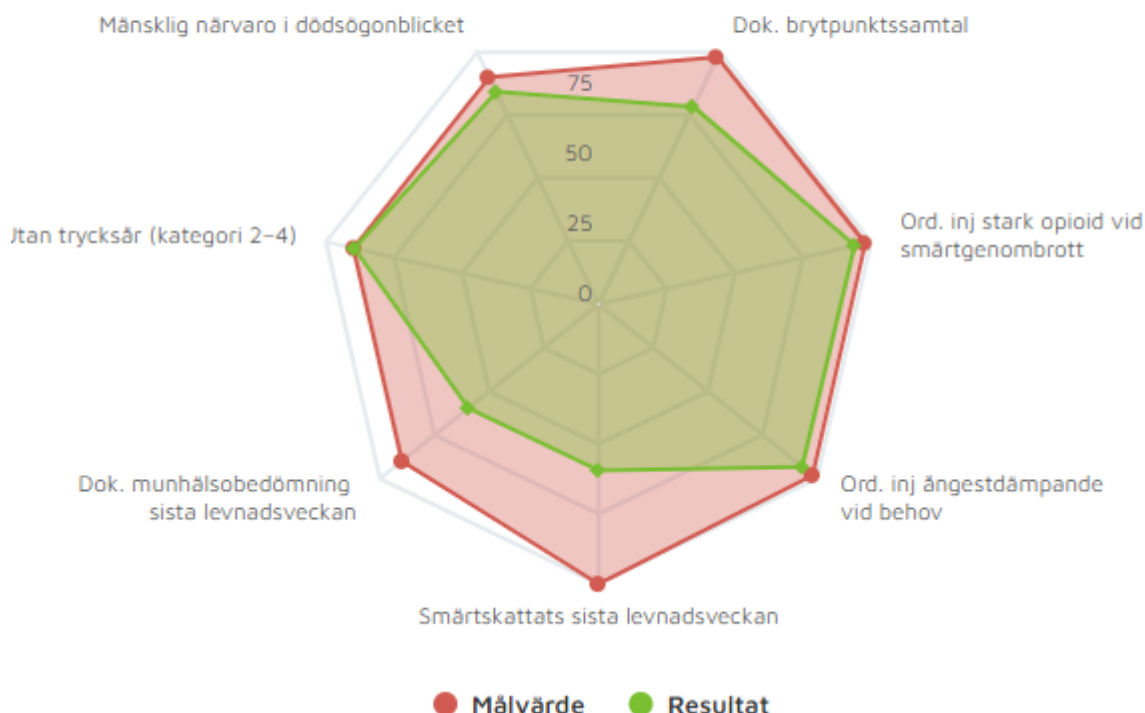
Svenska Palliativregistret visar tillgänglig statistik visar till exempel, att smärtskattning sista levnadsveckan är lägre jämfört med Skåne och övriga Sverige. Arbeta med plan för förbättringar inom den palliativa vården och vård i livets slutskede har påbörjats men försenats relaterat till pandemi.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-02 - 2022-02



Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD. 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. Utdata visar 224 rapporter registrerade under 2021, oförändrat. Toppnoteringen 2016 visar 795 registreringar.

Kvalitetsuppföljning HSL inom LSS har pausats under 2021.

Specifika MAS- möte, med legitimerad personal har under året fått anpassas till rådande pandemiläge och möte har varit helt digitala. Mycket covid-19 relaterad information har skickats ut via e-post och förtydligande har avhandlats via telefon i de specifika fallen.

Närsjukvårdsråd, samverkansgrupp Hälso- o sjukvårdsavtal

Fokus har under året varit på rådande pandemi. Utvecklingsfrågor har stått tillbaka även under 2021.

Hygientillsyn särskilda boende utförda av MAS har pausats. Systematisk mätning enligt Sveriges kommuner och regioner modell, BHK- mätning kommer att starta under 2022. Resultatet kan där efter jämföras över tid och med övriga landet. En hygienrond inför öppning av Tullaboda genomfördes av medicinskt ansvarig sjuksköterska. En smittspårning i samband med att patient i hemvården konstaterats med multiresistenta bakterier, i samverkan med Vårdhygien Skåne, har utförts under året utan att det har kunnat fastställas var smittan kom ifrån.

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 men pausats under 2021.

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. En annan möjlighet är att information i övergångar mellan olika vårdgivare, exempelvis i Mina Planer vid utskrivning från sjukhus kan vara för tunn och vag, vilket har uppmärksammats på olika nivåer och återspeglar sig i informationsöverföring extern i avvikelserapportering, drygt 40 i antal under 2021.

Utbildningsinsatser inom HSL. Råd stöd och fortbildning till legitimerad personal Primärvården. Inga större utbildningsinsatser har utförts under 2021 enligt avtalet med primärvården. MAS såg ett behov av en större satsning på psykisk ohälsa ur olika aspekter, i två delar redan under 2019.

- 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 2021 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. Oförändrad användning av beslutsstödet kan ses.

Sårvårdsutbildningar i samverkan med Region Skåne.

Pausades helt under 2020 och kom i gång sent hösten 2021.

Samverkan vid utskrivning enligt regional rutin, utbildningsinsatser. Inga förändringar under 2021, men en viss påminnelse behövs till slutenvården att patienten inte kan ses som utskrivningsklar före kommunens personal fått möjlighet att utbildas i specifikt fall.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i sydvästra Skåne har under 2021 initierat träffar med kvalitets och patientsäkerhetshandläggare för Trelleborgs lasarett, verksamhetsföreträdare och Mina Planer ansvarig. Syfte att skapa en ömsesidig dialog och förståelse för varandras arbetssituation och belysa svårigheter i olika perspektiv. Mål är att återskapa en gemensam mötesform för verksamhetsföreträdare då tonen i meddelandefunktionen både kan vara vass och otrevlig vilket kan ses som patientosäkert i längden, vilket ställdes på sin spets under våren 2021.

Utbildningsinsatser legitimerad personal.

Rehabiliteringsenheten, extern vidareutbildning 2020, flyttades fram till hösten 2021 och "*Förflyttning med personlyftar*" genomfördes september 2021. Om pandemiläget tillåter extern vidareutbildning och fysiska träffar kommer fokus för arbetsterapeuter vara på "*Händer och handträning*". Enskilda medarbetare, kommer att få "*Förflyttning med personlyftar*" och "*24-timmarspositionering*" enligt utbildningsplan.

Produktgenomgångar efter upphandlingar av hjälpmedel har gått över till stor del gått över till webbaserad information under 2020 och fortsatt så under 2021. Visning för sjuksköterskor av upphandlat sortiment av inkontinenshjälpmedel har genomförts på plats. Primärvården har i regional samverkan erbjudit provtagnings och vaccinationsteknik för sjuksköterskor.

Ergonomiutbildning för omvårdnadspersonal ersattes av en lokalt producerad webbutbildning under 2020. Uppföljning visar att antalet deltagare har ökat under 2021. Det har inte förekommit några fysiska utbildningstillfällen under 2021. Översyn pågår för att kunna kombinera webbutbildning och fysiska träffar under 2022. Ergonomiutbildningen är obligatorisk för medarbetare.

Avvikelser

Sammanställning av HSL-avvikelser rapporterade i Procapita fram till och med juni 2021 och Lifecare från 1 april 2021.

	Dokumentation	Fall	Info överföring Extern	Info överföring Intern	Läkemedel	Medicinska produkter	Omvårdnadshändelse	Utebliven insats	Övrigt
2021	14	1135	6	17	375	14	16	20	52
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

År	2021						Antal
Avvikelsestyp	Fall	Informationsöverföring-extern	Läkemedel (ej uteblivet läkemedel)	Medicinskt teknisk produkt	Trycksår	Utebliven insats av leg.personal	
Antal	1 209	42	262	19	8	34	1 574

Övergång av avvikelserapportering från Procapita till Lifecare skedde under en tremånadersperiod för att skapa förutsättningar till en trygg övergång med utbildning för användarna.

Övergången innebar också en översyn av kriterier. Den största skillnaden är att uteblivet läkemedel rapporteras som annan avvikelse i SoL avvikessystem, oftast förknippat med personalens glömska. Översynen ska leda till tydligare och enklare avvikelserapportering med mer korrekthet i uttag av data. Oavsett övergång till nytt rapporteringssystem och översyn av kriterier så kan slutsatsen bli att fall och läkemedelsavvikelser fortfarande dominerar i antal.

Fallavvikelser har minskat med nära 300 i antal jämfört med 2020. Gemensamma aktiviteter, som träningsgrupper, har fått stå tillbaka då det kan ses som en ökad risk för smittspridning att samlas i grupp, förväntas återgå under 2022.

Läkemedelsavvikelserna har minskat i antal men det kan vara svårt att jämföra med exakta siffror då kriterier och rapporteringssätt har ändrats i en övergångsperiod. Orsaken personalens glömska är rapporteras inte längre som läkemedelsavvikelse utan annan SoL avvikelse och den var tidigare den största orsaken i läkemedelsavvikelser. SoL, annan avvikelse, cirka 70.

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. Under 201 har Lifecare Klagomål och Synpunkter kommit i gång. Vem som vill kan digitalt lämna klagomål och synpunkter och de utreds hanteras i systemet. Muntliga synpunkter och klagomål läggs in och hanteras genom systemet.

Risikanalys

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 även under 2021.

Mål och strategier för kommande år

I Primärvårdsreformen från den 1 juli 2021 finns begreppet kommunal primärvård. En ny benämning på den kommunala hälso och sjukvården. Det kan ses som ett led i att belysa olika vårdgivare som mer jämbördiga.

Inför införandet av Nära vård, där den kommunala primärvården kan förväntas ansvara för mer avancerad sjukvård, har det tagits fram en nationell handlingsplan för stärkt patientsäkerhetsarbete.

Ett mål på vägen inför kommande förändringar kan vara att använda genomförandestödet till verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete, för att stärka patientsäkerhetsarbetet och ta fram lokala handlingsplaner i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.