
Patientsäkerhetsberättelse

År 2022

2023-02-13

Maria Jeppsson, vikarierande MAS

Ulrika Book, verksamhetsutvecklare VoO

Diarienummer

SN 2023/54



Innehåll

SAMMANFATTNING.....	3
INLEDNING	4
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälsö- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	9
PROCESS - ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN	9
Risikanalys	11
<i>Utredning av händelser - vårdskador</i>	12
<i>Informationssäkerhet</i>	12
RESULTAT OCH ANALYS	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelse.....	17
Klagomål och synpunkter.....	18
MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	18



Sammanfattning

Den sammanlagda bedömningen är att patientsäkerheten varit god i verksamheterna. Avvikelse har registrerats i Verksamhetssystem Lifecare under 2022. De mest förekommande är fortsatt fall.

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.

Verksamheterna påverkades fortsatt av pandemin under 2022 bland annat med smittspårningar inom SÄBO, dock i en lägre omfattning än tidigare.

Att stärka patientsäkerhetsarbetet inför kommande utveckling av den kommunala primärvården behöver påbörjas inför omställningen till nära vård, den demografiska utvecklingen är också en 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 årligen, finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den och 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 i Trelleborgs kommun 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.



TRELLEBORGS KOMMUN

För att uppnå ovan krävs att all personal använder rutinerna. Rutinerna är ett levande dokument som kontinuerligt ses över och revideras. Det är viktigt att avvikelserapportering sker. Att ha ett proaktivt 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 avvikelshanteringen 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 bearbetar avvikelser tillsammans med omsorgspersonal under teamträffar eller motsvarande. Enheterna kan på detta sätt kontinuerligt 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



TRELLEBORGS KOMMUN

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 organiserat 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. Omsorgspersonal 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



TRELLEBORGS KOMMUN

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. Under året har Primärvården varit sammankallande.

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

Inför implementeringen av Nära vård startade ett nytt samverkansforum upp under hösten 2022, "Samverkan vård och omsorg". Trelleborg, Svedala och Vellinge kommuner representeras av respektive kommuns MAS samt enhetschef för den kommunala primärvården. I samverkan representeras också primärvård samt Trelleborgs lasarett, sammankallande är Region Skånes processledare för Nära vård.

MAS har haft regelbundna digitala möten med smittskydd/vårdhygien Skåne vilket haft ett stort mervärde för att säkerställa det lokala arbetet i kommunens verksamheter.

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. KLAR

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



TRELLEBORGS KOMMUN

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 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.

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. Ansvarig chef inom respektive verksamhet ansvarar för sammanställning, utredning samt åtgärd.

Under 2022 rapporterades alla avvikelser i verksamhetssystemet Lifecare 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.

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, samma antal som under 2021.

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 kan också ses som en form av egenkontroll.



Årlig kvalitetsgranskning avseende utförare med ansvar för HSL utfördes under 2022. Granskningen föll ut väl.

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 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.



TRELLEBORGS KOMMUN

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 ovan "Samverkan för att undvika vårdskador".

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

Äger rum enligt Skånemodellen med syfte att strukturerat och jämlikt minska läkemedelsorsakade inläggningar på sjukhus för de mest sjuka äldre patienterna.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Legitimerad personal kan, 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

Vid tematräffar inbjuds sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal, samordnare, teamledare samt enhetschef för särskilt boende alternativt hemvård. Planering av åtgärder/åtgärdsförslag för avvikelse sker regelbundet likväl som bearbetning av åtgärder vid de riskbedömningar som utmärkt sig. Under 2022 upprättades en rutin för teamträffar men fortsatt behöver verksamheterna till viss del anpassa denna efter lokala förutsättningar och behov.

Råd stöd och fortbildning till legitimerad personal

Enligt regionalt avtal Råd stöd och fortbildning för legitimerad personal, utgår detta från Primärvården. 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

Verktöget används av sjuksköterskan vid patientens försämrade allmäntillstånd. Underlaget rapporteras därefter till läkare inom primärvården. Syftet är att ge läkaren korrekt underlag så att denne kan bedöma adekvat vårdnivå för patienten samt också att säkra informationsöverföringen mellan vårdgivare.

SBAR

Ett sätt att kommunicera strukturerat inom vården för att minska risken för att informationen glöms bort eller misstolkas och därmed minska risken för vårdskador. SBAR utläses, Situation-Bakgrund-Aktuell bedömning-Rekommendation.

Samverkan vid utskrivning, utbildningsinsatser

När patienter skrivs ut från slutenvården med något nytt eller mindre vanligt hjälpmedel eller behandling har sjuksköterskor och eller omsorgspersonal 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

Enheten 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

Fysio- och arbetsterapeut utbildar omsorgspersonal. Fokus ligger på medarbetare ergonomi vid lyft och förflyttning av patienterna så att det sker 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



TRELLEBORGS KOMMUN

kontroll och egenkontroll. Detta är ett stadigvarande 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. Framför 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 som en kontroll över att personal endast läser i den dokumentation 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 omsorgspersonal 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

Enhetschefer kan följa statistik i rollen som lokalkoordinator, så även omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. MAS är övergripande Regionkoordinator och kan följa samtliga enheters resultat.

Hemvårdsområden använder sig inte av Senior Alert.

Totalt unika personer (ej privata Säbo) har minskat från 205 till 176. Saknas data från nyöppnade Säbo Tullaboda och Byagården där riskbedömning förvisso utförs men registreringen i kvalitetsregistret planeras komma igång 2023. Tillgänglig statistik visar att funna risker går hand i hand med uppförandet av åtgärdsplan vilket påvisar att enheterna arbetar aktivt. Antal utförda riskbedömningar gällande bedömningen av ohälsa i munnen hos vuxna -ROAG (Revised Oral Assessment Guide) har ökat under 2022.

Svenska Palliativregistret

I jämförelse visar statistiken att "Dokumenterat brytpunktsamtal" genomförs i högre grad än i Riket och övriga Skåne. Statistik för mätpunkten "Smärtskattas sista levnadsveckan" visar att de genomförs i högre utsträckning än i Riket men i lägre utsträckning än i övriga Skåne.

Dokumenterat brytpunktsamtal görs i Riket till 81,2 % och smärtskattning sista levnadsveckan 65,8 %. För Skånes län var siffrorna, dokumenterat brytpunktsamtal 81,8% och smärtskattning sista levnadsveckan 73,8%

Planering för förbättringar inom den palliativa vården och vård i livets slutskede påbörjades 2022 och arbetet med att genomföra förändringar kommer startas upp under 2023.

Trelleborgs kommun under perioden 2022-02 – 2023-01

Antal dödsfall på särskilt boende, korttidsplats och eget hem (med och utan stöd) under perioden =82

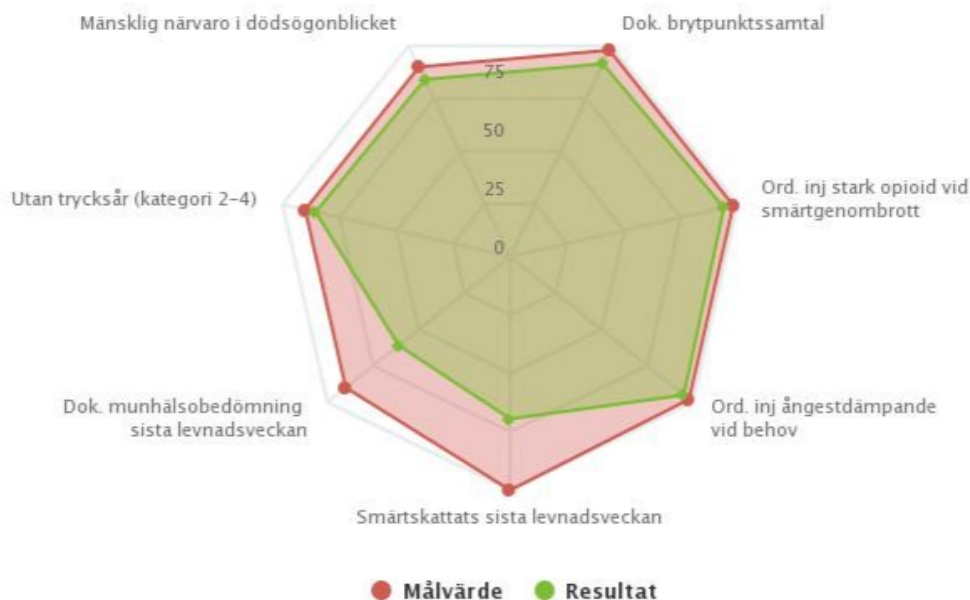
Dokumenterat brytpunktsamtal: Målvärde 98% - Resultat 91,5%

Smärtskattas sista levnadsveckan: Målvärde 100% - Resultat 69,5%



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-02 – 2023-01



Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD

Under 2022 har utbildning för totalt 30 nya rapportörer genomförts. För att en person ska kunna registreras måste denne ha en vårdkontakt med HSL ansvar inom den aktuella verksamheten. Under 2022 började arbetet med att genomföra alla skattningar i team.

Målsättningen för 2023 är att alla personer med demenssjukdom inom SÄBO ska ha fått minst en uppföljning av sina BPSD symtom, i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer.

Under 2022 registrerades 237 rapporter, som jämförelse registrerades 224 rapporter under 2021. Andelen registreringar som utförts av multiprofessionellt team i hela BPSD-processen låg under 2022 på cirka 88% vilket är i paritet med övriga Skåne och över snittet för riket där andelen under 2022 var cirka 82 %.

HSL process funktionsstöd



TRELLEBORGS KOMMUN

Under 2022 genomfördes en genomlysning av samverkan mellan LSS- sjuksköterska och medarbetare inom funktionsstöd. Processen resulterade i HSL-riktlinjer och en arbetsgrupp är utsedd för att arbeta med tillämpningen av dessa.

Specifika MAS- möte

MAS-möten kunde återupptas i fysisk form. MAS har också haft regelbundna möten med de legitimerade ansvariga för att praktiskt genomföra övergången till det nya verksamhetssystemet, Lifecare HSL.

Närsjukvårdsråd, samverkansgrupp Hälso- o sjukvårdsavtal

Utvecklingsfrågor har i stora delar stått tillbaka även under 2022 mycket fokus har fortsatt legat på praktiska frågeställningar bland annat kopplat till vaccinationer.

Följsamhet till basala hygienrutiner

Nationell punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) för regioner och kommuner genomförs en gång per år. För första gången utfördes mätningen inom SÄBO.

Resultatet visade brister i följsamhet, mätningen kommer genomföras igen 2023.

Sammanlagt hade 34 % korrekt följsamhet till samtliga fyra steg i basala hygienrutiner. De största bristerna fanns i korrekt desinfektion av händer före moment där detta var relevant samt i korrekt användande av engångsförkläden. Störst följsamhet uppmättes i korrekt handdesinfektion efter relevanta moment samt användande av handskar.

Följsamheten till klädreglernas fyra steg var högre och uppmättes till 68 %.

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

Sjuksköterska står för den förberedande delen med olika mätningar och provtagningar, har inom SÄBO återgått till att genomföras med samma frekvens som före pandemin. Inom ordinärt boende genomförs de mestadels efter initiativ från omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kommunen.

Journalgranskning

Sker löpande av MAS och verksamhetsutvecklare vid utredningar. Rutin för kollegial granskning ska tas fram men pausades i väntan på



TRELLEBORGS KOMMUN

att all journalföring övergått till Lifecare HSL. Övergången beräknas vara helt klar under första kvartalet 2023.

Nationell Patientöversikt (NPÖ)

Legitimerade inom hemsjukvården använder fortsatt och frekvent NPÖ i informationsinhämtningssyfte. Under 2023 påbörjas förberedelserna för att kunna bli producent till NPÖ.

Utbildningsinsatser inom HSL.

Rutinen för råd stöd och fortbildning till legitimerad personal och som utföras av Primärvården har pausats i väntan på att revisionen av rutinen ska bli klar.

Kliniskt beslutsstöd för sjuksköterskor

VISAM modellen, används sedan tidigare. Det finns tre instruktörer för att implementera modellen och huvudansvarig instruktör har skapat arbetssätt med e-utbildning. Huvudansvarig ingår också i nätverk för VISAM. För att ytterligare säkra informationsöverföringen mellan kommun och primärvård kommer SBAR att börja tillämpas under 2023 för att vara helt implementerat vid utgången av 2023.

Sårvårdsutbildningar i samverkan med Region Skåne

Har under 2022 skett digitalt.

Samverkan vid utskrivning enligt regional rutin

En plan för intern hantering av Mina planer inom funktionsstöd togs fram under 2022

Under 2022 startade ett centralt arbete med att ta fram en digital utbildningsplattform, gemensam för Region Skåne och Skånes kommuner. När plattformen tas i drift under 2023 kommer samtlig berörd personal genomgå utbildningen.

Utbildningsinsatser legitimerad personal.

Majoriteten av legitimerad personal genomgick utbildning i "*Nationell informationsstruktur*", ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg, framtaget av Socialstyrelsen. Under 2022 har de legitimerade grupperna haft stort fokus på övergången till nytt verksamhetssystem för journalföring, Lifecare HSL. Samtliga har i samband med detta fått utbildning i extern- eller intern regi. Under 2022 genomfördes utbildning för fysio- och arbetsterapeuter, "*Händer och handträning*". Enskilda medarbetare, fick också



TRELLEBORGS KOMMUN

"Förflyttning med personlyftar" och *"24-timmarspositionering"* enligt Rehabiliteringens utbildningsplan. Under 2023 kommer enheten komplettera med ytterligare steg i sin kompetensstege, en arbetsgrupp är tillsatt för att se över vilka utbildningar som ska läggas till. Stort fokus kommer under 2023 att ligga på fördjupad utbildning inom dokumentation i det nya verksamhetssystemet, Lifecare, utifrån KVÅ och ICF koder.

Primärvården har i regional samverkan fortsatt erbjuda provtagnings och vaccinationsteknik för sjuksköterskor. Sjuksköterskeenheten har genomfört HLR utbildningar, fortsatta digitala utbildningar i bedömningsverktyget VISAM samt genomfört extern digital utbildning i tryckssårsbedömning och hjälpmedel.

Obligatorisk ergonomiutbildning för omvårdnadspersonal

Genomförs både som fysiska och webbaserade avsnitt.

Utbildningsansvarig rehab personal utbildar ordinarie personal såväl som sommarvikarier. Sommarvikarier genomgår en något kortare version av utbildningen.

Avvikelser

Totalt inrapporterades 2681 avvikelser inom HSL-området och majoriteten avvikelser gäller fall som i jämförelse med 2021 har ökat med 800. Under åren 2018–2020 rapporterades ca 2500 fall per år. Detta talar mer för en underrapportering under 2021 än att det faktiskt skett en ökning av antalet fall.

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. Vem som vill kan också lämna in klagomål och synpunkter digitalt, via kommunens hemsida, dessa hanteras och utreds i systemet. Muntliga synpunkter och klagomål läggs in och hanteras genom systemet.



Mål och strategier för kommande år

Under 2023 ska alla utförda HSL-insatser helt övergå till digital signering, vilket ger möjlighet till tidig upptäckt av avvikelser.

Övergången till verksamhetssystemet Lifecare har öppnat möjligheten att införa standardiserade vårdplaner inom den kommunala primärvården, i korthet är syfte och mål att kvalitetssäkra vården för den enskilde patienten. Införandet kommer beröra utvalda processer exempelvis "vård i livets slut".

I samverkan med Region Skåne kommer aktivitets- och tidplanen för god och nära vård implementeras med början 2023. Den kommunala primärvården förväntas komma ansvara för mer avancerad sjukvård