



Omsorgsförvaltningen

Handläggare

Linda Nordell, 0456-81 61 11

linda.nordell@solvesborg.se

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Linda Nordell och Hanna Nilsson
Tf. Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits, egenkontroller samt resultat	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	12
Riskanalys	13
Informationssäkerhet	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt hantering av avvikelse	15
Klagomål och synpunkter	17
Samverkan med patienter och närstående.....	17
Övergripande analys av resultatet	17
Övergripande mål och strategier för kommande år	19

Sammanfattning

Organiseringen av hälso- och sjukvårdsverksamheten är i behov av förändring och utökad samverkan för att möta kravet på en allt snabbare utskrivningsprocess och mer medicintekniskt avancerade uppgifter. Den enskilda patienten i Sölvesborg tillförsäkras en god och säker vård bland annat genom de avtal för läkarmedverkan som upprättats med våra två vårdcentraler och de rutiner som har tagits fram med läkarbilen.

Arbete pågår kontinuerligt med att kvalitetssäkra ledningssystemet genom upprättande och revidering av rutiner. Det pågående interna patientsäkerhetsarbetet följs inom olika områden i verksamheten genom bland annat aktiviteter i mål och resultatstyrningsverktyget Stratsys. Aktiviteterna sträcker sig över områden så som delegering, läkemedelshantering, avvikelshantering och kvalitetsregister.

Under året har utvecklingen av dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalen och införandet av dokumentation enligt kvalificerade vårdåtgärder (KVÅ) varit centrala.

En av de största riskerna för vårdskada föreligger när patienterna byter huvudman. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård trädde i kraft 2018, Sölvesborg har ett särskilt hemgångsteam för att tillsäkra en för medborgaren trygg och säker hemgång efter slutenvårdsvistelse. Sedan 2019 gäller denna lag även inom psykiatrin. Vi ser ett behov av ökad samverkan med psykiatrin både gällande slutenvård och primärvård för att säkerställa främst ansvarsfrågan och rutiner runt läkemedelshantering.

Den grundläggande rapporteringen av negativa händelser i hälso- och sjukvården har fungerat väl och antalet rapporterade avvikelser har ökat. Händelseanalyser har genomförts på de mest allvarliga avvikelserna och två anmälningar enligt lex Maria har skett.

Egenkontroll har utförts av sjuksköterskorna rörande det patientnära arbetet samt följsamhet av gällande rutiner.

Fysiska besök av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har gjorts för att följa upp avvikelser inom t.ex. läkemedelshantering. Antalet läkemedelsgenomgångar ligger på samma nivå som föregående år. Antalet patienter som står på olämpliga läkemedel har därmed minskat. Nattfastan ligger i nivå med målsättningen men underlaget har minskat. Arbetet med de stora kvalitetsregistren har fortgått och en plan framåt finns.

Stratsys används som ett sammanhållande digitalt system för kvalitetsarbetet. I Stratsys finns redan och kommer framöver fyllas på med mer processer, rutiner och egenkontroller som respektive enhetschef ansvarar för.

Under 2019 har uppstart av ett innovativt digitalt utvecklingscentrum skett. Målsättning är att ha en gemensam utbildningsplattform med tonvikten på praktisk kunna träna på tekniska moment samt säkerställa att rätt kompetens hos omvårdnadspersonal finns exempelvis vid delegering.

Inledning

De senaste decennierna har vården utvecklats i allt snabbare takt. Den kommunala hälso- och sjukvården blir allt mer avancerad och behandlar allt sjukare patienter. Vård som tidigare bara kunde ges på sjukhus sker i dag hemma hos patienten.

Sedan Ädelreformen år 1992 har antalet vårdplatser på särskilda boenden och i slutenvården minskat i Blekinge. Samtidigt har vårdtiderna i slutenvården blivit kortare och förväntas kortas än mera, vilket direkt påverkar den kommunala sjukvården. Detta har resulterat i att hemsjukvården utökats och blivit allt mer avancerad och denna trend ser ut att fortsätta.

Att följa utvecklingen i regionen och hur den nära vården kommer att påverka oss kommer att vara avgörande framöver för att fortsätta kunna garantera en trygg och säker hälso- och sjukvård för medborgarna i Sölvesborg.

Enligt patientsäkerhetslagen (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.

Övergripande mål och strategier

För år 2019 har omsorgsförvaltningen haft några definierade övergripande aktiviteter för ett enhetligt patientsäkerhetsarbete.

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att systematiskt förebygga vårdskador.

Omsorgsnämndens aktiviteter för patientsäkerheten 2019

- Alla har rätt att få rätt nutrition.
- Alla har rätt till förebyggande åtgärder för att minska risken för fallskador.
- Alla har rätt till förebyggande åtgärder för att minska risken för trycksår.
- Alla har rätt till god smärtlindring i livets slutskede.
- Efterlevandesamtal till närstående ska erbjudas.
- Vidareutveckla och sprida arbetet med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.
- Delegeringsförfarandet ska ske i en trestegsmodell.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Det övergripande ansvaret för patientsäkerhet har vårdgivaren. Vårdgivare i Sölvesborgs kommun är omsorgsnämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden sätter mål för patientsäkerheten samt följer upp och utvärderar patientsäkerhetsarbetet.

Genom delegationsordning och lagar är det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelat mellan verksamhetschef HSL och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Verksamhetschefen ansvarar för:

- Lokaler, teknik, personal och tar ett övergripande ansvar för verksamheten inom hälso- och sjukvården.
- Att operativa verksamhetsmål formuleras så att de är mätbara och för att målen nås.
- Att verkställa patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning.
- Att ta fram mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer, även verksamhetsöverskridande.
- Att utfallet av mätningar analyseras, medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.
- Journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen.
- Beslut om att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är förenliga med säkerhet för patienten.
- Det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras.
- Utredda och anmäla allvarlig skada eller risk för allvarlig skada enligt lex Maria.
- Patienten får den vård och behandling som en läkare förordnar om.
- Ändamålsenliga och behövliga väl fungerande direktiv, instruktioner, riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering upprättas, fastställs, följs upp och revideras.
- Ta fram rutiner för rapporteringsskyldigheten.

Enhetschef HSL ansvarar för att:

- Tillse att den löpande verksamheten inom HSL-organisationen fungerar så att den kan tillgodose en hög patientsäkerhet med god kvalitet.
- Analysera och vidta åtgärder vid avvikelser som berör hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Se till att MAS riktlinjer är kända och följs i den dagliga verksamheten.
- Samverka med interna och externa aktörer för att tillgodose så att patienternas vård ges på rätt vårdnivå.
- Personalen får adekvat vidareutbildning för att möta kommande vårdbehov och krav.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

I mars 2018 startade ett två-årigt projekt där Blekinges fem kommuner tillsammans anställt en MAR. Syftet med projektet är att få en likvärdig kvalitetsutveckling av den kommunala rehabiliteringen i länet samt få möjlighet att kunna få en uppfattning om hur stort behovet av funktionen är i länets kommuner. Under 2020 övergår projektet MAR till en permanent länsgemensam tjänst.

Uppdraget som MAR kan innebära att:

- Vara vårdgivarens och ledningens specialistresurs.
- Upprätta och uppdatera rutiner samt processer utifrån gällande lagstiftning, kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla.
- Se till att verksamheten följer de krav som lagstiftning, avtal och regler ställer på kommunen avseende medicintekniska hjälpmedel.
- Se till att hjälpmedel är patientsäkra, ändamålsenliga, håller god kvalitet och hygiensäker standard.
- Utredda och bedöma avvikelser gällande hjälpmedel.
- Tydliggöra professionens (arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut) kunskap, kompetens och ansvarsområden inom kommunal hälso- och sjukvård.

Läkarmedverkan

Regionens läkare har inte något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Arbetet styrs av ett övergripande ramavtal och ett lokalt avtal. Sölvesborgs vårdcentral och vårdvalets vårdcentral Valjehälsan, har ansvaret för läkartillsynen i Sölvesborgs kommun. Sölvesborgs vårdcentral har i sin tur en överenskommelse med regionens läkarbil som utför deras tillsyn.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits, egenkontroller samt resultat

Egenkontrollen är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och ska på ett systematiskt sätt kontrollera att verksamheten ger en god och säker vård samt att skattepengar och personalresurser används optimalt. Vidare kan egenkontroll innefatta jämförelser av verksamhetens resultat med uppföljning i nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser, nuvarande resultat med tidigare, analys av patientnämndsärenden, mål mm.

Omsorgsförvaltningen medverkade under 2019 i flera nationella kvalitetsregister som Senior alert, Palliativregistret, BPSD samt kvalitetsregistret RiksSår, följsamhet till basala hygienrutiner.

WiSam beslutstöd

Beslutstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Genom att strukturerat besvara ett antal frågor gällande patientens symtom så finns en evidensbaserad guide som hänvisar till vilken vårdnivå patienten behöver.

För att därefter säkerställa att tillräcklig och korrekt information förs över till eventuell ny vårdgivare så används S-BAR vilket är en modell för att säkerställa rapportering och överlämnande av patient. Genom att strukturera samtalen minskar riskerna för att information glöms bort eller misstolkas. Därmed minskar även risken för vårdskador.

Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister

Senior alert är ett kvalitetsregister som finns tillgängligt via webben där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Med hjälp av Senior alert vill vi utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den. Totalt har 178 (205) patienter riskbedömts och adekvata åtgärder har satts in.

Statistik

Antal patienter som registrerats; 178st

Antal registreringar; 279st (en del patienter har riskbedömts två gånger då ny bedömning sker halvårsvis)

Andel med risk för trycksår; 38 %

Andel med risk för undernäring; 53 %

Andel med risk för fall; 91 %

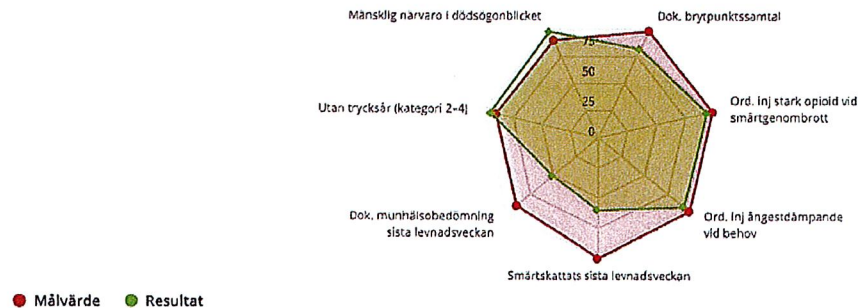
Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Idag beskrivs den sista veckan i livet genom att personalen som vårdar en just avliden människa besvarar ett trettiotal frågor. Oavsett sjukdom så är kvalitetsregistrets mål att alla som avlider en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet.

För att kunna sätta mål för vård i livets slutskede behöver en brytpunkt identifieras, brytpunkten inför den sena fasen i palliativ vård. Ofta är det en sjuksköterska som tar initiativet till brytpunktssamtal även om läkaren har det medicinska ansvaret. När en patient bedöms vara i livets slutskede upprättas på sjuksköterskas och/eller läkares initiativ ett särskilt dokument gällande vård i livets slutskede, ett så kallat VILS-dokument. Syftet är att planeringsunderlaget ska användas i vårdplaneringen som ett instrument för kvalitetssäkring. Läkaren står för den medicinska planeringen och sjuksköterskan för omvårdnadsplaneringen.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2020-01



Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. De orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Under 2019 har repetitionsutbildning skett för våra administratörer, samt har nya administratörer utbildats.

Under 2019 gjordes 59st registreringar i BPSD.

Att arbeta med BPSD-registret & en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

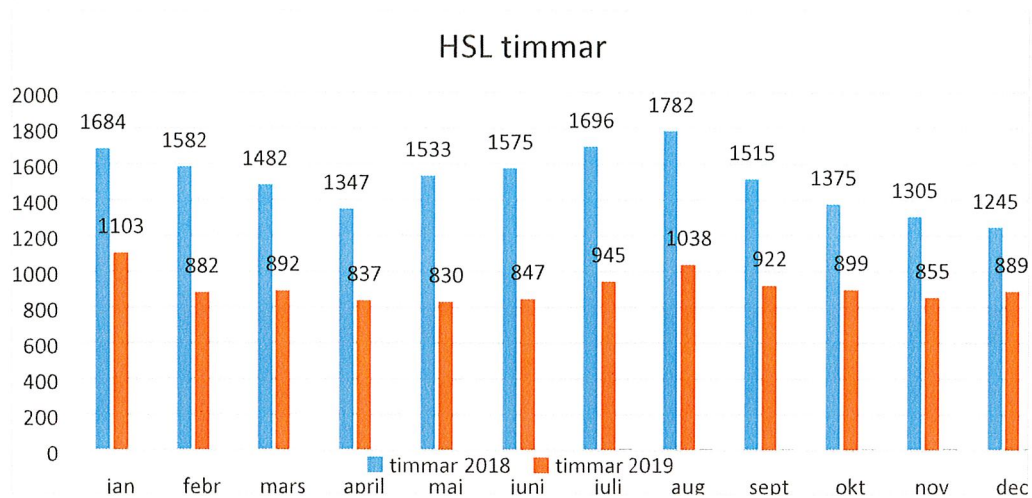
- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom.
- Implementering av de nationella riktlinjerna.
- Personcentrerad omvårdnad & ett gemensamt språk för personalen.
- Teamarbete & tydliga mål.
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar.
- Att tydliggöra vårdtyngden & bidra till en verksamhetsutveckling.

Delegering

Delegering av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter sker från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till omvårdnadspersonal med kompetens för arbetsuppgiften enligt lokala riktlinjer framtagna av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Samtliga delegeringar är giltiga i ett år därefter förnyas de enligt gällande rutin.

Innan läkemedelsdelegering kan bli aktuell ska tre steg genomgå:

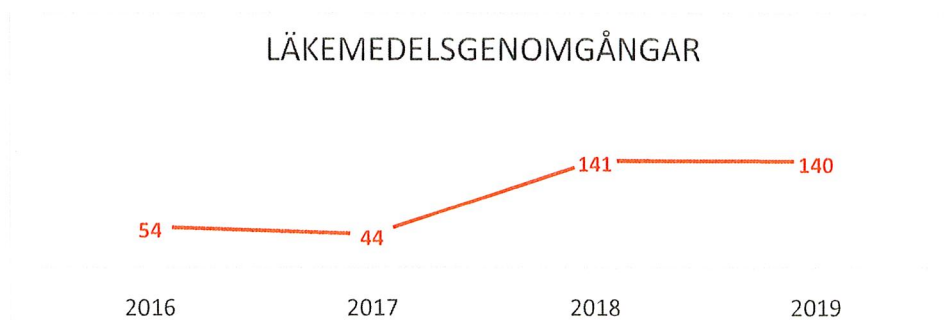
- Mottagare av delegering gör först SKL/demenscentrums Webb/IT-baserade utbildning.
- Därefter ges en lokal läkemedelsutbildning med repetition av den IT-baserade utbildningen, genomgång av rutiner, patientfall och visning av APO dos m.m.
- Sist utfärdar den patientansvarige sjuksköterskan delegeringen.



hemtjänst som utför delegerade HSL timmar. Ovan diagram påvisar antal timmar som legitimerad personal har delegerat ut arbetsuppgifter till omvårdnadspersonal. Den största andelen av tiden som delegeras ut är till omvårdnadspersonal som bistår med administrering av läkemedel via Apodos samt dosett.

Läkemedelsgenomgångar

”Blekingemodellen” ska användas vid läkemedelsgenomgångarna på både särskilda boenden och i ordinärt boende.



En ökning av läkemedelsgenomgångar ses från 2017 till 2018 vilket framförallt kan hänföras till att detta prioriterats av läkarna när läkarbilen tog över läkaransvaret på våra särskilda boende. Denna nivå har bibehållits även 2019.

Socialstyrelsens definition av läkemedelsgenomgång;

”En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbetssätt i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner”

Fall och fallskador

Fall och fallskador utgör en stor risk för personer att bli långvarigt försvagade/skadade. En fallavvikelse innebär att vårdtagaren ofrivilligt fallit eller satt sig på golv/mark och händelsen ska rapporteras oavsett om den medfört skada eller ej. Som orsak till att personer faller uppges bland annat:

- Glömmer eller vill inte säga till om stöd vid förflyttning.
- Glömmer bort att använda gånghjälpmedel.
- Ej använt eller saknar skor.
- Blivit yr.
- Att personal varit upptagen på annat håll och inte hört att personen förflyttat sig.

Förflyttningsteknik

Rehabiliteringspersonalen i kommunens hälso- och sjukvård, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster har under året utbildat omvårdnadspersonal gällande säker förflyttningsteknik där de bedömt att det finns risker med förflyttningsmomentet.

Förflyttningsteknik är av stor vikt både för välbefinnande och säkerhet för patienten vid förflyttningar och personalens arbetsmiljö och risk för skador. Inför sommaren 2019 erbjöds förflyttningsutbildning för semestervikarie, en halvdag i samband med delegeringsutbildning för läkemedel.

Nutrition och nattfasta

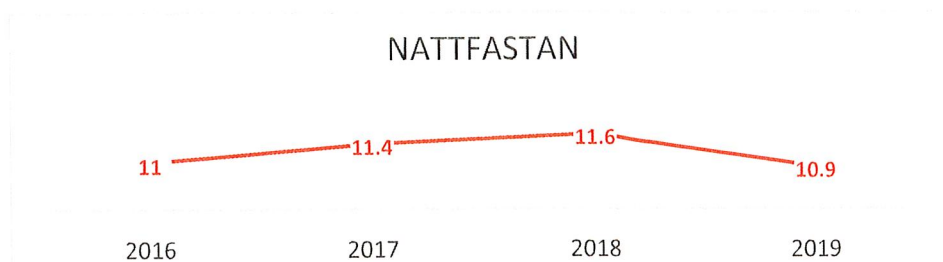
God nutrition är lika viktigt som läkemedel och ska ses som en del av den medicinska behandlingen. Socialstyrelsen rekommenderar att nattfastans längd inte överstiger 11 tim.

Bedömning av risk för undernäring baseras på en sammanställning av följande mätbara företeelser/indikatorer:

- Ofrivillig vikt förlust - oavsett tidsförlopp och omfattning.
- Ätsvårigheter - till exempel aptitlöshet, svälj- och tuggproblem, orkeslöshet och motoriska störningar.
- Undervikt - det vill säga BMI under 20 om du är under 70 eller under 22 om du är över 70 år.

Förekomst av en riskindikator är tillräcklig för att en utredning ska påbörjas.

Mätning av nattfastan har genomförts på särskilda boenden inom äldreomsorgen samt inom funktionshinderomsorgen. Syftet med mätningarna är dels att göra omvårdnadspersonal uppmärksam på att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar, dels att genomföra lokala åtgärder där nattfastan är för lång.



Sår/trycksår

En av sjuksköterskorna ansvarar för registreringen av svårläkta sår i kvalitetsregistret RiksSår. Registret syftar till att öka livskvalitet, strukturera omhändertagandet för snabbare sårläggning, öka smärtfriheten samt minska antibiotikabehandlingen. Under 2019 har 8st (5st) patienter registrerats i registret.

Hygien

Sölvesborgs kommun har under vecka 13-14 deltagit i Sveriges kommuner och regioners (SKR) mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Den nationella mätningen vid patientnära arbete är avsedd som ett stöd för regioner och kommuner i arbetet med att uppnå hög följsamhet. Gällande hygienrutiner samt klädrutin så uppvisades följsamheten till ca 66 % mot 2018 års resultat på 38 %. Under 2019 har vi arbetat med att öka medvetenheten gällande vikten av korrekt klädsel och korrekt användande av basala hygienrutiner. Vid bristande följsamhet håller närmsta chef ett korrigerande samtal med den berörde som sedan följs upp.

"Att tillämpa basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att förbygga smittspridningen i vården"

Medicintekniska produkter

Ett korrekt användande av medicintekniska produkter är en förutsättning för god och säker vård. Hjälpmedlen är individuellt förskrivna till avsedd patient som föregåtts av en bedömning. Såväl bedömning som förskrivning utförs av kommunens arbetsterapeuter eller fysioterapeuter/sjukgymnaster. Vanliga medicintekniska produkter är olika typer av överflyttningshjälpmedel, rullatorer, rullstolar, tryckavlastande dynor och madrasser, personliftrar och duschstolar.

Teknik i vården

Läkemedelsrobot - Under 2019 påbörjades ett arbete med att kartlägga samt testa användandet av en läkemedelsrobot i ambitionen att göra patienter mer självständiga. Arbetet fortsätter under 2020.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan mellan huvudmännen kommunen och regionen har utvecklats allt mer och är ett måste för att garantera en säker vård för patienterna.

Vårdcentralen

Kommunen och vårdcentralens ledning träffas ca fyra gånger per år, vilket är av stor vikt då vårdcentralerna ansvarar för läkarinsatserna till patienterna. Arbetet styrs av ett övergripande ramavtal. Berörda verksamheter har ansvar att samverka och följa ingångna avtal för att säkra vården och det ansvar som åligger dem.

Läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén arbetar för att invånarna i Blekinge ska få en bra behandling med läkemedel som håller hög kvalitet och är kostnadseffektiv. Rutiner finns för hur läkemedelsgenomgångar ska gå till och många av våra äldre som tillhör målgruppen har ofta flera olika läkemedel och till viss del olämpliga läkemedel. Samarbetet med läkemedelskommittén underlättar denna identifiering och sanering.

Uppsökande tandvård

Målgruppen som har stort och långvarigt behov av sjukvård och omsorg har rätt att bli erbjuden uppsökande tandvård/munhälsobedömning, som utförs av Folk tandvården. Arbetet har intensifierats och helt nya rutiner för hantering av *grönt kort* har tagits fram.

Verksamhetsgruppen

En samarbetsform mellan Blekinges kommuner och Region Blekinge. En beredningsgrupp som bereder ärende till bl.a. LSVO (Ledningssamverkan vård och omsorg).

MAS-MAR-träffar

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i Blekinge träffas tillsammans med medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) regelbundet för att diskutera frågor som bl.a. rör gemensamma rutiner, samverkan och patientsäkerhet.

Lagen om samverkan

Överenskommelse mellan regionen och kommunerna i Blekinge om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård. Syftet med överenskommelsen är att fastställa berörda parter och dess utförarens ansvar vid utskrivning från slutenvård till öppenvård samt kommunal vård och omsorg, startdatum var 2018-02-01. Sölvesborg har ett tvärprofessionellt hemgångsteam (biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut) som arbetar lokalt med detta och i samarbete med vårdcentralerna.

Vårdkommittén

Sedan våren 2019 finns vårdkommittén i Blekinge. Kommitténs medlemmar representerar olika delar av regionen och Blekinges kommuner. LSVO har gett kommittén följande uppdrag:

- Kommittén ska utgå från målsättningen att de vi är till för ska uppleva en hälso- och sjukvård som hänger ihop i en helhet, utan att organisatoriska gränser ska orsaka hinder.
- Vårdkommittén finns på strategisk nivå i organisationen, och fungerar som en ledningsgrupp för kunskapsstyrning och processorienterat arbetssätt.
- Vårdkommittén bevakar det nationella och regionala kunskapsstyrningsarbetet, prioriterar bland områden som behöver insatser, och ansvarar för överföring till den lokala hälso- och sjukvårdsorganisationen genom processgrupper, läkemedelskommitté eller olika styrgrupper.
- Vårdkommittén följer upp och ansvarar för att vården möter invånarnas behov, har hög servicekvalitet och hög medicinsk kvalitet, samt bedrivs på ett ekonomiskt effektivt sätt, inom befintliga resurser.

Riskanalys

Avvikelser

Avvikelser och risker analyseras fortlöpande då de kommer till MAS kännedom. Enhetschef samt sjuksköterska gör en bedömning av händelsen huruvida den är allvarlig. Om den upplevs som allvarlig så kontaktas MAS omgående. Denne startar därefter en utredning.

Avvikelser sammanställs och rapporteras till omsorgsnämnden årligen.

Riskbedömningar

Exempel på riskbedömningar som utförs

- Senior alert. Alla patienter ska riskbedömas enligt modell Senior alert. Detta ska ske inom 14 dagar. Om riskbedömning påvisar risk ska underlaget diskuteras på teamträffarna som sker var 14:e dag. Det är sjuksköterskans ansvar att prioritera vilka patienter som ska tas upp. Även övriga yrkeskategorier kan lämna in ärende för diskussion om de ser problem/risker. Tillsammans planeras även ett uppföljningsdatum in för att se om insatta åtgärder har haft effekt, så detta är klart vid träffen.



- Specifik rehabilitering innebär riktad träning som är tidsbegränsad och målinriktad och utförs av arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Om arbetsterapeut eller fysioterapeut efter utförd riskanalys bedömer att träning inte är förenligt med risker kan träningen överlåtas till omvårdnadspersonal.
- Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel. Föreskrivning och utprovning av olika medicintekniska hjälpmedel föregås av en riskbedömning av leg personal.
- Delegering. Alla arbetsuppgifter som ämnas överlåtas till omvårdnadspersonal eller patienten själv föregås av en riskbedömning av sjuksköterska. Vid låg risk så delegeras eller överlämnas uppgiften via egenvårdsintyg.

Informationssäkerhet

Patientdatalagen reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldigheter att föra patientjournal.

Åtgärds-koder enligt KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder)

Vårdgivaren är skyldig att rapportera åtgärds-koder enligt KVÅ till Socialstyrelsens hälsoregister från och med 2019. De journalgranskningar som genomförts har visat på både brister och olikheter i hur legitimerad personal dokumenterar. All legitimerad personal har fått utbildning i dokumentation enligt nya KVÅ.

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering. *SITHS*-kort används för inloggning i vårdtjänster på internet, såsom Pascal, Prator, Nationell patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister. All legitimerad personal använder *SITHS*-kort för inloggning i befintligt journalsystem.

Prator och NPÖ

Som tidigare nämnts är det förenat med en hel del risker att byta vårdgivare och vårdnivå. I Blekinge finns gemensamt upprättade rutiner för att trygga informationshantering. Detta sker bland annat genom ett elektroniskt vårdplaneringssystem, Prator. Paramedicinarna kan redan innan patienten skrivs ut från slutenvården beställa hjälpmedel och förebyggande insatser kan påbörjas tidigt. Lagen om säker utskrivning/samverkan (LOS) och det förarbete som har ägt rum mellan huvudmännen samt tillgången till nationell patientöversikt (NPÖ) har ökat patientsäkerheten och användningen ökar bland sjuksköterskorna.

Samordnad individuell plan

Samordnad individuell plan (SIP) är en plan som ska upprättas tillsammans med patienten när det finns behov av samordning som vid utskrivning från sjukhus. Under 2018 lades mycket arbete på att hitta arbetsformer och samarbete kring SIP. Metoden används fortfarande i låg utsträckning.

Loggkontroll

Personalen informeras vid anställning om att loggkontroller görs i våra system. Avsikten med kontrollen är att regelbundet undersöka om inloggade personer är behöriga till ärendet.

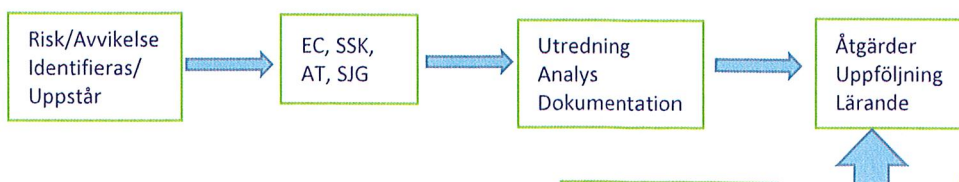
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt hantering av avvikelser

Identifiering av patientrisker åligger all personal och den personal som upptäcker en risk eller avvikelse ska omedelbart rapportera detta till tjänstgörande sjuksköterska samt därefter skriva en avvikelserapport i Procapita. Avvikelsen skickas alltid till enhetschefen och sjuksköterskan för verksamheten där händelsen inträffat samt till andra berörda. Om möjligt ska patientens närstående informeras om det inträffade och deras synpunkter ska tas tillvara och göras delaktiga.

Vid allvarlig händelse ska MAS samt verksamhetschef omgående underrättas genom personlig kontakt/telefon.

Enhetschefen är ansvarig för att all vårdpersonal har kunskap om avvikelshantering och rutinen. Enhetschefen ansvarar för att det lokalt på arbetsplatsen finns rutin för riskanalys, rutin för att avvikelserapportering utförs samt att de avvikelser som sker på arbetsplatsen följs upp, dokumenteras och diskuteras på arbetsplatsträffar och teamträffar = händelseanalysering samt för att åtgärder genomförs och utvärderas.

Utredningsprocess, ansvar, analys och handläggning.





Process avvikelsehantering

Anmälan enligt lex Maria

Händelser som enligt riskanalysen bedöms som allvarliga ska efter beslut av MAS utredas genom en fördjupad händelseanalys och åtgärdsplan.

Fördjupad händelseanalys

MAS kontaktar verksamhetschef HSL. I samråd fattas beslut om en fördjupad händelseanalys. MAS skriver ett uppdrag som lämnas till berörda som ska ansvara för händelseanalysen tillsammans med MAS. Händelseanalysen återkopplas inom rimlig tid till verksamhetschef HSL och övriga berörda. Verksamhetschef HSL och MAS beslutar om åtgärder och tidsplan för genomförande av dessa. I tidsplanen anges även hur, när och av vem utvärdering och uppföljning av åtgärderna ska göras. Händelseanalysutredningen används också av MAS som underlag vid anmälan enligt lex Maria. När beslut om anmälan enligt lex Maria fattats informeras förvaltningschef och omsorgsnämndens ordförande av MAS samt diarieförs anmälan. En sammanställning av antalet lex Maria-ärenden görs varje år i samband med upprättande av patientsäkerhetsberättelsen.

Avvikelsehantering över vårdgivargräns

Avvikelse som inkommer till vår verksamhet från annan vårdgivare kommer till MAS som skickar avvikelser till berörd enhetschef som mottager avvikelserna och handlägger den enligt rutinen. Avvikelse över vårdgivargräns kan handla om händelser i samband med informationsöverföring till och från annan vårdgivare exempelvis slutenvården (sjukhus) eller primärvården (vårdcentraler).

Antal registrerade avvikelser i Procapita fortsätter att öka. Trenden beror sannolikt på att personalen är mer medvetna om att rapportera avvikelser. Det tas bl.a. upp vid den obligatoriska delegeringsutbildningen för läkemedel.

Antal registrerade avvikelser i Procapita för 2019 var 1533st (2018 = 1259st).

Fall	Läkemedel	Vård- och behandling	Information	Övrigt	Lex Maria
833 (692)	542 (436)	100(79)	42 (46)	16 (6)	2 (2)

Klagomål och synpunkter

MAS-gruppen träffar årligen representanter för regionens Patientnämnd. De återkommande träffarna ger möjlighet att identifiera områden med förbättringsbehov. Det förekommer också enskilda möten med Patientnämnden och MAS gällande individärenden. Vårdgivaren är den som i första hand ska ta emot och besvara patienter och närståendes klagomål och synpunkter, inte IVO. Klagomål och synpunkter på HSL kan tas emot via telefon, brev eller mail av verksamheten. MAS kan också få kännedom om klagomål och synpunkter via kommunens allmänna klagomålshantering som diarieförts via nämndsekreteraren.

- Klagomål utreds av den chef som är ansvarig för berörd verksamhet.
- Klagomål som inkommer till MAS utreds om individen inte är nöjd eller inte fått återkoppling från ansvarig chef.
- Klagomål/synpunkter kan föranleda särskild uppföljning av verksamhet.
- Utredning efter klagomål/synpunkter redovisas till ledningen för HSL och omsorgschef.

Samverkan med patienter och närstående

Alla kontakter med patienter bygger på den enskildes självbestämmande och delaktighet. Synpunkter från patienter och närstående är en källa till information som ska värdesättas och tas omhand. Ingen ska behöva känna sig rädd för att lämna sina åsikter. Riktlinjen kring egenvård stärker den enskilde till att kunna utföra viss hälso- och sjukvård själv. Kunskap, förståelse och insikt om den egna hälsan är en förutsättning för patientens delaktighet och inflytande över vård och behandling. Patienten och närstående bör, om de vill, engageras och bli delaktiga i flera delar av patientsäkerhetsarbetet. Det är särskilt viktigt när vården bedrivs i patientens hem. I samband med utredning av allvarliga händelser träffar MAS alltid den enskilde och/eller närstående. Den enskilde ges alltid möjlighet att skriftligt lämna synpunkter till vårdgivaren.

Övergripande analys av resultatet

Hemsjukvården regleras av ramavtal och varje hemsjukvårdsärende föregås av ett hembesök av sjuksköterska som beslutar insatser och skriver ett hemsjukvårdskontrakt med patienten. Trots reglering i ramavtal av olika vårdaktörer är grundtanken att vården ska ske där den som bäst gagnar patienten i största möjliga mån.

Antalet registrerade avvikelser ökar något vilket i sig inte behöver vara negativt. Synpunkter och klagomål är tillsammans med avvikelser viktiga delar för att tidigt uppmärksamma brister i kvaliteten.

Rapporterade händelser utreds av enhetschef och berörd leg. personal. Detta arbete kan bli bättre då orsak och händelseanalys ibland saknas.

Antal riskbedömningar i Senior alert har under 2019 minskat något inom särskilt boende. Någon orsak till ovan har inte kunnat identifieras och minskningen är ringa. Ett område inom hemsjukvården har börjat registrera i registret.

Arbetet med kvalitetsregisterna fortgår på särskilt boende men har inte implementerats fullt ut i ordinärt boende. En plan gällande implementering i ordinärt boende finns vilket hade säkrat att även dessa patienter riskbedöms på ett strukturerat sätt.

Teamarbetet gällande bakomliggande orsaker av fall och fallskador har fortsatt under året. Rutin om fallprevention finns i vårt ledningssystem med tillhörande checklista för vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga fall. Detta innebär bland annat riskbedömning enligt Downton Fall index och registrering i Senior alert. Åtgärder följs upp i samband med teamträffar och arbetet kring Senior alert. Höftskyddsbyxor förskrivs av sjukgymnast till de personer som har en ökad fallrisk och som uppfyller kriterierna för ordinationen.

De fördjupade läkemedelsgenomgångarna (PHASE20) ligger på en stabil nivå. 2018 fördubblades antalet läkemedelsgenomgångar och det har hållit i sig även 2019. Genomgång av läkemedel som är ordinerade till den enskilda patienten är bra då läkemedel i sig kan bidra till förvirring, nedstämdhet, fall, minskad aptit, muntorrhet, mm.

Nattfastan har minskat något under 2019 men det förekommer variationer i resultatet mellan olika boenden och underlaget är inte heltäckande. Kostenheten har regelbundna träffar med alla verksamheter med uppdraget att utveckla kost som är näringsrik och som kan ses som ett komplement mellan de ordinarie måltiderna. Detta arbete fortlöper 2020. Andelen personer som avled med någon person närvarande hos sig och därmed inte avled i ensamhet var hög, 97,8 % hade någon hos sig då man avled. Palliativregistrets mål i denna parameter är 90 %. Detta måste ses som ett tecken på god vård där verksamheten tillgodoser den enskildes önskemål. Däremot så finns förbättringsområde kring smärtskattning samt bedömd munhälsa vid vård i livets slutskede.

De journalgranskningar som genomförts har visat på både brister och olikheter i hur legitimerad personal dokumenterar. En plan finns då en sjuksköterska och en arbetsterapeut har uppdraget att utveckla HSL-dokumentation och är tillsammans med MAS med i en länsgemensam dokumentationsgrupp.

Andelen personal som gått delegeringsutbildningens tre steg innan delegering utförs ökar och har blivit ett standardkrav idag. Detta för att läkemedelshanteringen i sig innehåller många moment och risker. De delegerade HSL-timmarna följs varje månad. Den i särklass vanligaste uppgiften som delegeras från legitimerad personal till omvårdnadspersonal är överlämning av läkemedel.

Brister i basala hygienrutiner finns fortfarande men arbetet har intensifierats och under 2018 införskaffades arbetskläder. Införandet av arbetskläder bedöms kunna minska risken för vårdrelaterade infektioner (VRI). Riktlinjerna och kraven på att följa hygienrutinen har under 2019 stärkts. Inte minst genom att enhetscheferna varit mer aktiva och haft enskilda korrigerande samtal med den som bryter mot dessa.

Riktlinjer för planering av hälso-och sjukvård stödjer och uppmuntrar patientens och närståendes delaktighet i planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser. Denna har stärkts under året då samtliga hemsjukvårds-

patienter ska ha ett kontrakt på vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som patienten har hjälp med.

Riktlinjen kring egenvård stärker den enskilde till att kunna utföra viss hälso- och sjukvård själv. Detta arbete har belysts under 2018 och kommer att fortgå under 2019 vilket således har utförts. Under 2019 har andelen egenvårdsintyg ökat. Det har även skrivits egenvårdsintyg för träning vilket inte skett tidigare utan är nytt för 2020.

Kommunens kvalitetsledningssystem som följer SOFS 2011:9 började byggas upp i Stratsys under 2018. Under 2019 har detta aktiverats i skarp drift.

3 sjuksköterskor har gått utbildning och därmed blivit certifierade för att hålla utbildning gällande ViSam beslutstöd. Samtliga sjuksköterskor har därefter undervisats i ViSam beslutstöd.

Övergripande mål och strategier för kommande år

En framtida utmaning för oss som vårdgivare är vilka patienter och vilka behov av vård som kommer att finnas i hemsjukvården och på våra särskilda boende framöver samt tillgången till kompetent personal för att möta detta behov. Ytterligare en framträdande utmaning är på vilket sätt närstående kommer vara involverade i patientens vård. HSL-personalen kommer troligtvis behöva tillbringa mer tid med att möta de ökade krav som närstående kan komma att ställa på vården som vi tillhandahåller samt att hemmet som vårdplats får allt större utrymme. Stratsys har införskaffats som ett sammanhållande arbetsredskap för kvalitetsarbetet.

För att nå nämndmålen och garantera en hög patientsäkerhet har verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska tagit fram strategiska områden för 2020

- Fortsätta arbeta med kvalitetsregister dvs. Senior alert, Palliativregistret och BPSD. En riktad satsning gällande implementering av Senior alert i ordinärt boende planeras.
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM mätning).
- Att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar.
- Rehab med hög kvalitet och helhetssyn. Fortsätta arbetet med att prioritera var insatserna vi utför har bäst effekt.
- Optimera den interna teamsamverkan. En arbetsgrupp med uppdraget att se över och optimera rutinerna på team-träffar har skapats.
- Fortsatt utveckling av omsorgens ledningssystem med målet att dessa rutiner ska vara lättillgängliga för all personal samt dess följsamhet.

Utöver ovanstående fortgå arbetet med:

- Att fortsätta implementera kvalitetsledningssystem.

- Fortsatt utbildning gällande omvårdnad vid palliativt vak. Fokus kommer att läggas på korrekt smärtlindring, skattning av smärtan samt utförd munhälsa.
- På samtliga patienter som i livets slutskede har ett VILS-dokument ska det finnas en palliativ vårdplan.
- Tydliggöra rutin för fallprevention.

