



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

2021-01-15
Lena Vilander Hamnert
Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

Godkänd av kommunstyrelsen 2021-05-25, § 134

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner, reviderad 202012

Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse.....	1
Sammanfattning.....	3
Struktur.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	9
Hälso- och sjukvårdens rapporteringsskyldighet.....	9
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll.....	10
Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	11
Risikanalys.....	11
Utredning av händelser – vårdskador.....	14
Informationssäkerhet.....	14
Resultat och Analys.....	14
Egenkontroll.....	14
Avvikelser.....	15
Klagomål och synpunkter.....	20
Händelser och vårdskador.....	20
Risikanalys.....	21
Mål och strategier för kommande år.....	22

Sammanfattning

Patientsäkerhet innebär att upprätthålla god vård samt förebygga vårdskada där målet är att bedriva en hög patientsäkerhet där patienten kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att personalen arbetar för att minska tillbud och skador. Patientsäkerheten ska vara en naturlig del av alla verksamheters vardag.

Till stöd finns regionala styrdokument för samverkan mellan Regionen och kommunernas socialtjänst samt en Strategi och handlingsplan 2019 - 2020, samt den nya för 2021 - 2022 som tas fram av den samordnade äldregruppen under Läns gemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård. I handlingsplanen lyfts följande delmål lyfts fram; Preventivt arbetssätt, sammanhållen vård och omsorg, god vård vid livets slut, god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling för äldre. Den nya handlingsplanen belyser förebyggande arbete, nära vård och insatser för de mest sjuka äldre.

Det år som gått, har inte liknat något annat år, då pandemin – Covid-19 kom och sedan i början av mars har ett stort fokus funnits på arbetet med att skydda våra sköra äldre.

Samverkan sker internt mellan kommunens olika professioner. Under året har det tillskapats tätare och närmre samverkan genom teamsmöte varje vecka mellan MAS, socialchef, chefer inom vård och omsorg samt LSS, för att effektivt samordna arbetet i Covid- 19. Extern samverkan mot andra vårdgivare är av stor vikt.

Digitala forum för samverkan har utvecklats, där bland annat [SIP:ar](#) sker digitalt, så även konsultationer med läkare.

De satta målen för 2020 är delvis uppnådda.

- Att höja kvalitet och patientsäkerhetskultur, delvis uppnått.
- Att utarbeta bättre teamsamverkan, den samverkan har förbättrats under året, kanske inte på planerat sätt, men ändå har samverkan utvecklats på grund av pandemin.
- Att arbeta ännu mer med kvalitetsregister, är under utveckling, men behöver fortsatt utvecklas under kommande år.
- Att minska antal fall, det har det inte blivit någon förbättring trots fler bedömningar av fallrisk. Arbetet fortsätter som föregående år.
- Att arbeta med säker läkemedelshantering. Det är en god kontroll av läkemedelshanteringen enligt läkemedelsgranskningen. I det fortsatta arbetet behövs bättre kartläggning varför det missas att ges angivna läkemedelsdoser. Målet SU satt var att avvikelserna skulle minska med 25% under året, jämfört med 2019. Det målet är inte alls uppnått. Förhoppningsvis kommer digital läkemedelsigering vara en hjälp att minska missade läkemedelsdoser.
- Att ha en låg nivå av vårdrelaterade infektioner. Ett betydande utvecklande arbete med basala hygienregler och klädrutiner samt att arbeta med skyddsutrustning har varit det stora fokus under året som gått, med gott resultat.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Innehållet ska ge svar på hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra att kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, vilka åtgärder som vidtagits, vilka mål som uppnåtts och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Socialutskottets balanserade styrkort 2020

Ekonomi - Högsby kommun ska ha en god förvaltning och ett effektivt nyttjande av befintliga resurser och tillgångar.

Service och medborgare - Högsby kommun ska tillhandahålla tjänster för medborgare, företag och besökare med en hög servicenivå av god kvalitet och ett gott bemötande.

Resultatmål: Fallskador bland personer 80+ ska minska. Genom systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ska läkemedelsavvikelser minska med 25%. 0 utskrivningsklara dagar gällande lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Medarbetare - Alla anställda i Högsby kommun ska känna sig delaktiga och ges möjlighet till påverkan. Alla medarbetare ska ges möjlighet till kompetensutveckling och ha en individuell kompetensutvecklingsplan.

Processer - Högsby kommun ska utvecklas långsiktigt hållbart och verka för en effektiv utveckling inom respektive verksamhet. Andelen digital mobilitet bland medarbetare ska öka, införande av evidensbaserad praktik och systematisk uppföljning.

Framtid/utveckling - Högsby ska vara en attraktiv kommun för människor och företag. Ökad trygghet och höjd effektiviteten genom användande av digitala hjälpmedel som en naturlig del av hälsoområdet.

Ovan beskrivet är delar av socialutskottets balanserade styrkort, som sedan bryts ner i mål för respektive verksamhetsområde samt på enhetsnivå.

Arbetet med lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) är vanligtvis välfungerande. Samverkan som startade mellan Högsby kommun, Hälsocentralen och Oskarshamns sjukhus har permanentats med namnet ”SIHV” där ingår även Västerviks sjukhus. Detta bidrar till en säkrare hemgång för kommunens hemsjukvårdspatienter.

Sammanhållen vård och omsorg

Definitionen av de mest sköra äldre är personer över 65 år som börjar uppvisa begynnande skörhet i form av utmattning, viktnedgång, svaghet, långsamhet och låg aktivitetsgrad. Detta motsvarar 25 % av befolkningen 65 år och

äldre.

När sköra äldre har behov av vård och omsorg från flera vårdgivare samtidigt måste personal från hemsjukvård, äldreomsorg, öppenvård och sjukhus kunna samverka så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv. I detta arbete är samordnad individuell plan (SIP) och fast vårdkontakt viktiga delar.

Vidare behöver teamarbete mellan kommun, primärvård och den öppna specialiserade vården utvecklas så att den äldre kan få tillgång till avancerad vård i eget och särskilt boende på ett säkert sätt.

När insjuknande sker hos den enskilde är det viktigt att Beslutsstödet för sjuksköterskor i kommunen används för att den äldre ska få en strukturerad bedömning vid akut försämring. Kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) säkerställer kommunikationen mellan olika aktörer till exempel omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, ambulanspersonal.

Preventivt arbetssätt

Med fokus på hälsa och livskvalitet ska äldre tidigt erbjudas stöd som fokuserar på det friska hos varje individ. Utifrån individuella behov och förutsättningar ska den enskilde mötas av ett rehabiliterande förhållningssätt. Detta för att bibehålla eller återvinna bästa möjliga funktionsnivå och bidra till ett självständigt liv och aktivt deltagande i samhällslivet.

I arbetet med Senior Alert där riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och munhälsa genomförs regelbundet. Det övergripande målet är att skador och främja hälsa. Senior Alert utförs på alla SÄBO, påbörjat i hela hemtjänsten. Teamsamverkan mellan vård och omsorgspersonal, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och enhetschef har startat upp.

God vård vid demenssjukdom

För att minska risken att insjukna i en demenssjukdom är förebyggande åtgärder, såsom blodtrycksbehandling, fysisk aktivitet, mental stimulering och social samvaro viktiga.

Personalen på kommunens demensboende arbetar bland annat med bemötandepplaner som utmynnas i kvalitetsregistret Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD). Regelbundna teammöten sker mellan vård och omsorgspersonal, sjuksköterska och enhetschef.

Psykisk hälsa

Psykisk ohälsa hos äldre, framförallt depression, förekommer i högre grad hos äldre än hos yngre. Äldre personer använder psykofarmaka i större utsträckning än andra och det finns en förhöjd risk att begå självmord framförallt hos män över 85 år.

God vård vid livets slut

Målet är att den döende är lindrad från smärta och andra besvärande symtom, är ordinerad läkemedel vid behov, får god omvårdnad utifrån behov, vårdas där han/hon vill dö, behöver inte dö ensam, vet att närstående är informerade och får stöd. Det nationella kvalitetsregistret, Svenska Palliativregistret används, där olika kvalitetsindikatorer mäts.

Det palliativa teamet tillskapas när behov uppstår i livets slutskede, regelbunden kunskapspåfyllning ges till teamets medlemmar tillsammans med ansvarig

sjuksköterska i hemsjukvården samt PRIVO.

Nära samverkan med Högsby HC där gemensamma brytpunktssamtal genomförs i livets slutskede.

God läkemedelsbehandling för äldre

Läkemedelsbehandling hos äldre har ökat under de senaste 20 åren. Vissa tillstånd hos äldre kan med framgång behandlas med icke farmakologiska metoder bl. a genom bra bemötande, utvistelse och energishots före sänggående.

I samverkan med Högsby Hälsocentral finns en utarbetad rutin då, gemensamma läkemedelsgenomgångar genomförs årligen.

Basala hygienrutiner samt klädregler

Under året har det genomförts två självskattningar hos personalen inom vård och omsorg med basala hygienregler och klädregler. Mätmetoden har ändrats under året då Högsby kommun gör självskattningen nationellt tillsammans med SKR.

Organisation och ansvar

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

Kommunstyrelsen har enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 2017:30 det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller HSL:s krav på en god hälso- och sjukvård upprätthålls. Den ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet.

Socialutskottet sätter mål för verksamheten och är den politiska instans som bereder ärenden till kommunstyrelsen. Den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Förvaltningschef/Socialchef ansvarar för verksamheten och representerar vårdgivaren enligt 29 § HSL. Fastställer i samråd med MAS/Enhetschef frågor som rör verksamhetens struktur, resursanvändning, kvalitet och säkerhet.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska – MAS

Enligt 24 § HSL (2017:30) och patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ska det finnas en sjuksköterska med särskilt medicinskt ansvar. I Högsby kommun är det även Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) som har det medicinska ansvaret för rehabilitering.

MAS har ett särskilt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
- patientjournaler förs
- anmälan görs till socialutskottet om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts

för risk för det.

Utöver reglerade uppgifterna är det vårdgivaren som bestämmer vilka arbetsuppgifter som ingår i jobbet som MAS.

Enhetschef

Brukare som bor eller vistas i respektive verksamhet och har beslut om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om särskild service (LSS). Enhetschef har ett helhetsansvar för dem som bor eller visas i respektive verksamhet. Där det bedrivs hälso- och sjukvård utifrån att uppgifterna är delegerade, har också enhetschef ansvar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs är patientsäker. I enhetschefens ansvar ingår även att det ska finnas den personal och den utrustning som behövs för att tillhandahålla en god vård.

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal

Har ett personligt yrkesansvar gentemot den enskilde. Arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska är skyldiga att i sitt yrkesutövande följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till att en hög patientsäkerhet upprätthålls samt att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. De ska rapportera risker och negativa händelser till MAS/enhetschef.

Omvårdnadspersonal

När omvårdnadspersonal arbetar på uppdrag/ordination/delegering från legitimerad personal ses de som hälso- och sjukvårdspersonal. De har en skyldighet till att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Skyldighet att rapportera avvikelser i hälso- och sjukvårdsarbetet. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialt arbete i enlighet med socialtjänstlagen.

Medarbetare

Alla medarbetare ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lag, socialutskottets mål och kontinuerligt medverka i systematiskt kvalitetsarbete. Alla medarbetare ska också följa upprättade styrdokument, rutiner och riktlinjer samt rapportera brister, avvikelser, missförhållanden och övriga synpunkter.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker externt och internt inom olika forum. Detta bidrar till erfarenhetsutbyte och informationsspridning.

Extern samverkan	Omfattning	Källa
Länsgemensam ledning i samverkan (LGL)	5 gånger per år	Regionalt styrdokument 2019–2020/2020–2021:
Samordnade äldregruppen	5 gånger per år	Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande område, hälso- och sjukvård
Informationsöverföringsgruppen	Regelbundet	
Länsgrupp habilitering/rehabilitering	4 gånger per år	
Kommunernas hjälpmedels-samverkan (KHS)	4 gånger per år	12 kommuner samverkar genom en gemensam nämnd
Kommun och Landsting (KOLA) i samverkan kommun, slutenvård och öppenvård)	4 gånger per år	Minnesanteckningar
Lokal samverkan med Hälso-centralen	4 gånger per år eller oftare vid behov	Minnesanteckningar
MAS/MAR-nätverk	Efter pandemins start har det varit regelbundna möten 1–2 gånger/månad	Minnesanteckningar
MAS/MAR/VC-nätverk		
I nätverket har även representeranter från Regionen medverkat		
Samordnad individuell plan (SIP)	Individuellt vid behov hos enskild	Praktisk anvisning: Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Smittskydd och vårdhygien vid MAS/MAR/VC nätverk	1 gång per år samt vid behov, under pandemin ca 1 gång/månad	Minnesanteckning
Länsstyrelsen Kommunal hälso- och sjukvårdsmöte tillsammans med Regionen och Smittskyddsläkare	1 gång i veckan eller mer sällan Vb, även detta tillskapat under pandemi	Minnesanteckning
Läkemedelskommitté	Regelbunden information	Behandlings- och läkemedelsrekommendationer
Analysgrupp	4 gånger per år	Samordning av den enskildes insatser mellan slutenvård, öppenvård och kommun
Upprättande av handlingsplan som lämnas till länsgemensam ledning	2 gånger per år	
Styrgrupp SIVH	Vid behov	Minnesanteckningar
Intern samverkan	Omfattning	Källa
Ledningsgrupp	1 gång per månad	Minnesanteckningar
MAS/EC möte	8 gånger per år eller vid behov	Minnesanteckningar
Pandemimöte, leds av socialchef eller MAS	1 gång/vecka eller mer sällan	Minnesanteckningar

MAS möte med SSK MAS möte med rehab	9 gånger per år 4 gånger per år	Minnesanteckningar
MAS möte med biståndshandläggare	Vid behov	Minnesanteckningar
Tvärprofessionella teamträffar på respektive arbetsplats	Regelbundet återkommande	Minnesanteckningar

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Den enskilde och närstående har möjlighet att lämna sina synpunkter och åsikter på kommunens hemsida, telefon eller brev.

Vid samordnad individuell plan (SIP) ska den enskilde och eventuellt närstående vara delaktiga och vid utredning av klagomål har den enskilde och anhöriga möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Vid vissa tillfällen sammankallas av MAS berörd personal, chef och anhöriga för att få ta del av anhörigas reflektioner och önskemål.

För närvarande finns inget strukturerat forum för medverkan av patienten och deras anhöriga/närstående att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Vid behov kan patientsäkerhetsfrågor diskuteras med pensionärsrådet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelsehanteringen är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och syftar bland annat till att förebygga vårdskador och utgör ett viktigt underlag för kvalitetsförbättringar i verksamheten.

All personal inom hälso- och sjukvårdsområdet har skyldighet att rapportera avvikelser i journalsystemet i Procapita, enligt angiven rutin. De som blir mottagare av avvikelser läggs in av den som skriver avvikelser. Därefter sänds den till berörda så som enhetschef, ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt MAS.

MAS avslutar alla avvikelser.

Avvikelsen kan även ligga till grund för en Lex Maria eller Lex Sara-utredning och eventuell anmälan.

Anmälan om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska registreras och skickas in till tillverkaren/leverantören, Läkemedelsverket samt Inspektion för vård och omsorg (IVO).

Mellan kommunen och regionens hälso- och sjukvård skrivs avvikelser i avvikelshanteringssystemet LISA, för att göra samverkan mellan vårdens olika aktörer så säkert som möjligt.

Klagomål och synpunkter

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

All personal är skyldig att ta emot klagomål och synpunkter, för att sedan använda sig av rutinen ”Rutin för hantering av synpunkter och klagomål”. Beroende på allvarlighetsgrad lämnas den vidare till chef eller andra berörda.

Klagomål och synpunkter kan komma direkt till Patientnämnden, därefter kontaktas medicinskt ansvarig sjuksköterska vid eventuell utredning eller för kännedom.

Ärenden från Inspektion för vård och omsorg (IVO) utreds oftast av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelse internt	2 gånger per år	Verksamhetssystemets Avvikelsemodul
Avvikelse externt	2 gånger per år	Regionens avvikelse-system LISA
Delegering	1 gång per år	Verksamhetssystem
HALT mätning, vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Folkhälsomyndigheten, Senior Alert
Självskattning Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Riktlinje, PPM databasen
Uppföljning skydds och begränsningsåtgärder	1 gång per år	Rutin; skydds och begränsningsåtgärder
Palliativ vård	4 gånger per år	Nationellt Palliativt register
Kvalitetsgranskning läkemedel	1 gång per år	Rutin: Läkemedelshantering, Apoteket AB
Läkemedelsgenombgång	2 gånger per år	Samverkan läkarmedverkan
Punkt prevalensmätning (PPM) – Trycksår	1 gång per år	Senior Alert
Systematisk loggning av olika verksamhetssystem	1 gång per månad eller var 3:e månad, beroende på system	Rutin för loggkontroll
Riktlinjer uppdateras	Årligen	
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång årligen och vid behov	Patientnämnden, IVO

Nationella kvalitetsregister

Socialförvaltningen deltar i olika nationella kvalitetsregister. Registrering av bedömningar, skattningar och mätningar bidrar till ny kunskap om åtgärder vilket bidrar till kvalitet och patientsäkerhet.

Senior Alert

Ett nationellt kvalitetsregister där registreringar sker av riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena, undernäring, fall, trycksår, munhälsa samt blåsdysfunktion. Med hjälp av resultaten i Senior Alert kan man hitta nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg.

BPSD

BPSD- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, så som aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar för personer med demens är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom. Bedömningar görs i registret som sedan ger ett resultat som är grunden i bemötandeplaner.

Svenska Palliativregistret

Ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar omvårdnaden i livets slut. Resultatet används för att mäta omvårdnadens kvalitet i relation till definierade kriterier för god vård i livets slut enligt nationella vårdprogrammet för palliativ vård.

SveDem

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Systematiskt kvalitetsarbete

En bra säkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Riktlinjer finns för hur avvikelshantering ska ske.

Avvikelser, synpunkter och klagomål

Avvikelser, synpunkter och klagomål utgör en viktig del av hälso- och sjukvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete. Varje enhetschef har ansvar för att avvikelser, klagomål och synpunkter hanteras enligt rutiner. Medicinskt ansvarig sjuksköterska avslutar avvikelser och sammanställer statistik för avvikelser inom hälso- och sjukvård på övergripande nivå samt rapporterar vidare till verksamhet och ledning. Under 2020 har det pågått ett arbete med ett nytt avvikelshanteringssystem i och med att kommunens verksamhetssystem byts ut till Viva. Den stora förändringen där blir att varje enhetschef får respektive avvikelse och gör en bedömning av den, fördelar vidare till berörda samt avslutar ärendet. MAS får de avvikelser som är av allvarigare karaktär, har ett övergripande ansvar för hanteringen av avvikelserna.

Egenkontroller

Egenkontroller sker bland annat avseende läkemedelshantering, fall och vårdhygien. Arbetet med egenkontroller behöver fortsätta att utvecklas.

Riskanalys

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

I samband med att risk för vårdskador eller då vårdskador upptäcks ska riska-

nalyser genomförs och handlingsplaner upprättas, detta är också ett arbete som behöver utvecklas.

Riktlinjer och rutiner

Riktlinjer och rutiner är av stort värde i patientsäkerhetsarbetet. De ska följas upp och revideras regelbundet.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Apoteket AB genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på 3 - 4 enheter årligen. Denna sammanfattas i rapporter med åtgärdsförslag för att öka patientsäkerheten kopplad till läkemedelshantering. Handlingsplanerna följs upp av medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med patientansvarig sjuksköterska.

Utbildning

Introduktionsutbildning ges för nya medarbetare och sommarvikarier. Det är bemanningscenter, förflyttningsombud, hälso- och sjukvård samt rehab som ansvarar för olika delar i introduktionen. Vikarien får en handledare ute på sin arbetsplats där en checklista går igenom som därefter lämnas till HR avdelningen och medarbetarens personakt.

Förflyttningskunskap

Det finns utbildade förflyttningsinstruktörer som fortlöpande utbildar vikarier och ordinarie personal inom förflyttning. Rehabpersonalen utbildar i hjälpmedelskunskap. Utbildningens syfte är att skapa en säker förflyttning av patient/brukare samt att minska risken för belastningsskador hos personal.

Delegeringsutbildning

Utbildning kring delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker kontinuerligt under året. Delegeringstest sker digitalt för säker läkemedelshantering av läkemedel och insulin, vid varje ny delegering. Därefter förnyas delegeringen årligen. Efter godkänt test, kontaktas ansvarig sjuksköterska som utför delegering samt säkerställer att en god kvalitet är uppnådd.

Senior Alert/Förebyggande arbete

Senior Alert är även det en teamutbildning, det finns webutbildning som finns att tillgå på Senior Alerts hemsida. En undersköterska hjälper igång nya enheter i Senior Alert, alla SÄBO arbetar med detta. Hela hemtjänsten har påbörjat arbetet mer Senior Alert under året.

Munhälsa

För att tillgodose den enskildes munhälsa utbildas kommunens munhälsoombud av Region Kalmar Län årligen.

Basal hygien

Det har genomförts hygienutbildning med basala hygienregler för all personal

och utbildning i att använda skyddsutrustning i form av munskydd, visir och långärmade skyddsförkläde har också genomförts för all personal under året under 1 -2 tillfällen. All omvårdnadspersonal har också genomgått en digital utbildning inom området, det har varit respektive chef som ansvarat för det.

Självskattningar görs av all omvårdnadspersonal två gånger årligen, med uppföljning av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Detta för att förhindra smittspridning samt vårdrelaterade infektioner.

Palliativ vård

Det palliativa teamet som består av ett 15 tal medarbetare i kommunen, tillskapas i livets slutskede när en patient önskar få sin vård tillgodosedd i hemmet. Teamet har årligen fortbildning av PRIVO, palliativt rådgivningsteam och ansvarig sjuksköterska inom hemsjukvården.

Beslutsstöd och SBAR

Att kunna kommunicera på ett säkert sätt är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård och som används när den enskildes hälsotillstånd försämras hastigt. Det finns en utarbetad checklista som ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske.

Verktyget SBAR - Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation ger struktur åt dialogen i vården och är användbart även vid dokumentation.

God läkemedelsbehandling för äldre

Kommunens sjuksköterskor samverkar med Hälsocentralens läkare kring läkemedelsbehandlingen, under 2020 har samtliga patienter på SÄBO fått minst en läkemedelsgenomgång. Vid läkemedelsgenomgången ses andelen olämpliga läkemedel över utifrån riktlinjer framtagna i länet.

Konsult tid/hembesökstid

Under året 2020 har samverkan med Hälsocentralen utvecklats ytterligare, under cirka 8 timmar/per vecka tillgodoses läkarmedverkan. Det kan vara i form av konsulttider med läkare som är mestadels digitalt, gemensamma hembesök, brytpunktssamtal eller [SIP:ar](#) (samordnad individuell plan). Där tillskapas också vårdplaner för patienten för säkerställande av en säker vård och minska andel onödiga återinläggningar på sjukhus.

Dokumentation

SFS 2008:355

Dokumentationsskyldigheten gäller verksamheter som arbetar utifrån Socialtjänstlagen (SoL), Lagen och Stöd- och Service till vissa funktionshindrade (LSS), samt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vård- och omsorgspersonal samt legitimerad personal dokumenterar hälso- och sjukvårdsinsatserna i verksamhetssystemet Procapita. Under året har all HSL- personal utbildats i det nya verksamhetssystemet Viva som haft sin uppstart i vissa områden inom organisationen under hösten.

I det nya verksamhetssystemet kommer även ett mobilt arbetssätt vara möjligt. Under 2021 tillskapas också möjlighet till Regionens Cambio Cosmic.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

En Lex Maria utredning har gjorts där dialog funnits tillsammans med IVO, berörda aktörer.

Ibland uppstår viss osäkerhet i vården, ett bra lärande exempel som genomförts under året är att samla berörda professioner, anhöriga och patient om möjligt. Vid dessa tillfälle görs en gemensam flödeskartmätning för att se vad som hade kunnat göras annorlunda eller så framkommer det att händelsen är utförd på ett patientsäkert sätt.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på säkert sätt. Det är viktigt att säkerställa att det är rätt behörigheter som är tilldelade. Informationssäkerhet handlar också om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av informationen.

SITHS kort inloggning

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS-kort vid inloggning i verksamhetssystem, Procapita och Viva. Vårdsystemen Pascal, Cosmic Link, Nationell Patientöversikt (NPÖ), utfärdande av tandvårdskort, förskrivning av inkontinenshjälpmedel, vaccinationsregister samt vid inloggning i kvalitetsregister. Vård- och omsorgspersonal använder SITHS-kort vid inloggning i kvalitetsregister.

Loggkörning

Det utförs systematiska loggkörningar av Systemförvaltaren i kommunen, dessa granskas av ansvarig funktion i organisationen. Loggning görs av hälso- och sjukvårdsjournalen Procapita, Regionens Cosmic Link samt NPÖ för att säkerställa att inga obehöriga haft tillträde till journaler eller system samt att behöriga i system inte tagit obehörig del av journaler.

RESULTAT OCH ANALYS

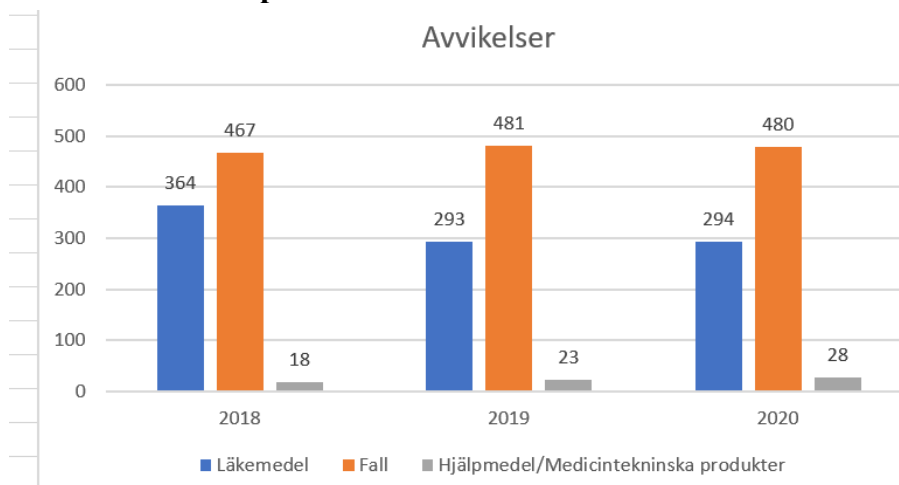
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll 2020

Process	Omfattning	Källa	Resultat
Avvikelse internt	Systematiskt kvalitetsarbete	Riktlinje	Se egen rubrik nedan
Avvikelse externt	Systematiskt kvalitetsarbete	Riktlinje	55 varav 41 är skrivna av kommunen

Delegering, antal utfärdade	Patientsäkerhet	Riktlinje	Går inte att mäta i aktuellt verksamhetssystem
HALT – vårdrelaterade infektioner	Patientsäkerhet	Folkhälsomyndigheten, Senior Alert	Genomförd november
Självskattning Basala hygienrutiner och klädregler	Patientsäkerhet	Riktlinje	2 mätningar genomförda
Uppföljning skydds och begränsningsåtgärder	Patientsäkerhet	Riktlinje	Ingen granskning genomförd
Kvalitetsgranskning läkemedel	Patientsäkerhet	Avtal Apoteket AB	Genomfört september
Läkemedelsgenomgång	Patientsäkerhet	Avtal läkarmedverkan	Alla på SÄBO har fått minst 1 läkemedelsgenomgång
Punkt prevalensmätning (PPM) – Trycksår	Patientsäkerhet	Senior Alert	Genomförd november
Loggkontroll	Informationssäkerhet	Rutin för loggkontroll	Inget avvikande
Riktlinjer uppdateras	Systematiskt kvalitetsarbete		Säker läkemedels hantering
Kvalitetsregister	Omfattning		Antal registreringar
Palliativa Registret	Patientsäkerhet	Efterföljs	36
Senior Alert	Patientsäkerhet	Efterföljs	189
BPSD	Patientsäkerhet	Efterföljs	28
Svedem	Patientsäkerhet		1

Avvikelser i Procapita 2020



Sammanställningen av avvikelser visar att det registreras mycket avvikelser. Det saknas återkommande analyser och åtgärder på flera avvikelser. Ett gemensamt och strukturerat teamarbete kring avvikelshantering för att minska antalet avvikelser är påbörjat mellan enhetschefer, MAS och systemförvaltare avvikelshanteringsmodulens utformning förändras i det nya verksamhetssystemet.

Totalt har antalet avvikelser är i stort sett oförändrat mot föregående år, 2019, 797 avvikelser och 2020, 802 avvikelser.

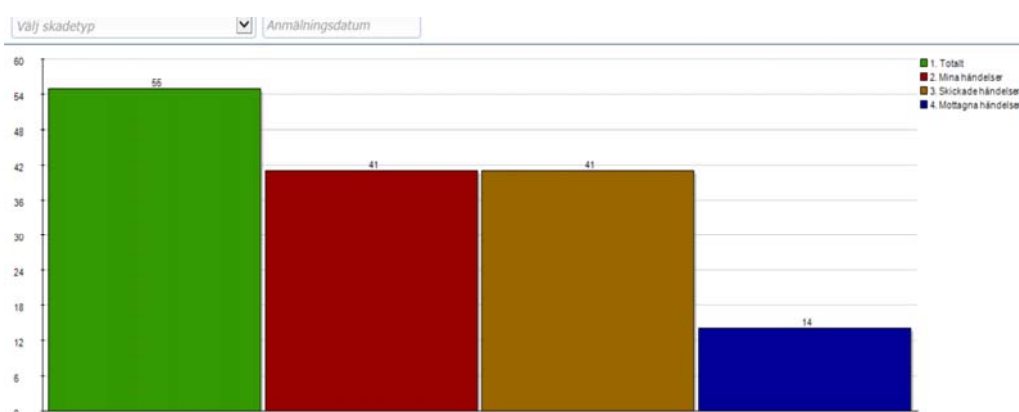
Läkemedel

Antal registrerade läkemedelsavvikelser är oförändrat med föregående år. Det förbättringsarbete som startas upp, gällande rutinen kring säker läkemedels- hantering behöver fortsätta under 2021. Viva är i full produktion från februari månad 2021. Digital läkemedels signering kommer tillskapas. Den digitala signeringen och fortsatta utbildningstillfälle bör minska antal avvikelser kring läkemedel.

Fall

Vid fall på SÄBO och i ordinärt boende, när patienter har fallrisk får de en individuell bedömning och åtgärder görs av fysioterapeut att arbeta med tillsammans med omvårdnadspersonalen. Senior Alert har påbörjats i ordinärt boende vilket leder till att det lättare att systematiskt genomföra fallförebyggande åtgärder. Fixartjänst har inte varit fullt verksam under året på grund av restriktioner med hembesök kopplat till Pandemin. De fallförebyggande uppgifter som har genomförts är bland annat att sätta upp gardiner och byta batteri i brandvarnare. Under besöket förs det även samtal om fallrisker samt att fallförebyggande åtgärder utförs vid behov.

Avvikelser mellan Kommun – Region



I informationsöverföringssystemet Cosmic Link finns en avvikelsemodul – LISA där legitimerad personal samt biståndshandläggarna registrerar avvikelser som sker mellan kommun och region.

Under året har kommunen skickat 51 avvikelser som består i bristande samverkan efter Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Flertalet avvikelser handlar om ofullständig/otydlig läkemedelsordination, vilket är en patientrisk som kan leda till risk för allvarliga händelser. Övrigt är bris-

tande information vid SIP (samordnad invduell plan), bemötande, epikris och utskrivningsmeddelande.

Kommunen har mottagit 14 avvikelser från regionen, där det varit bristande-samordning och, missförstånd vid SIP.

Delegering

I befintligt verksamhetssystem är det inte möjligt att på ett enkelt sätt få ut önskad statistik. Vid granskning av utfärdade delegeringar så har inte alla accepterats, det vill säga skrivits under digitalt i verksamhetssystemet, vilket är en förutsättning att de ska gälla. Vid flera läkemedelsavvikelser som visar på specifika omständigheter, genomförs enskilda samtal med berörd delegerad person. Om det är nödvändigt dras delegeringen in tillfälligt eller tills vidare.

Basala hygienrutiner och klädregler

Under året har det genomförts 2 självskattningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Mätmetoden är förändrad under året, våren var egen självskattning. Skattningen under hösten var en nationell PPM mätning som genomförs via SKR.

Under våren 2020 har de basala hygienriktlinjerna skärpts och följsamheten har ökat inom alla områden. I mars kom Covid-19 till Sverige och blev en pandemi, under april och maj utbildades de flesta medarbetarna både vikarier och fastanställda i basala hygienregler. Utbildningen innefattade också hur man arbetar med skyddsutrustning säkert. Det har varit både digital utbildning, med diplom och utbildning av en sjuksköterska samt en undersköterska. Inom LSS verksamheten har arbetskläder tillskapats.

En pandemi innebär inte bara negativt och oro utan leder till en bättre följsamhet att arbeta korrekt med basala hygienregler. Alla får nu hjälpas åt att hålla i och hålla ut för detta viktiga arbete framöver.

Hösten hygienmätning visar på god följsamhet med både basala hygienrutiner och klädregler. Flera medarbetare har under hösten genomgått samma digitala utbildning ännu en gång. Varje chef har ansvarat för det.

I början av året var MAS och tf. enhetschef för HSL ute på APT med start hos hemtjänsten för att prata om basala hygienrutiner, det arbetet föll väl ut, men fick avbrytas på grund av pandemin.

För att fortsätta hålla antalet vårdrelaterade infektioner lågt kommande år får det fortsätta vara en återkommande punkt på APT. Fortsatta PPM mätningar kommer göras enligt SKR:s modell.

HALT mätning

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning. (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. Deltagande var 73 personer på SÄBO, det var 2% som hade pågående antibiotikaanvändning vid mättillfället. Inga förvärrade infektioner orsakade av vårdenheten.

Skydds- och begränsningsåtgärder

Ett läns-gemensamt dokument är framtaget för att underlätta arbetet med skydds- och begränsnings åtgärder som är framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet, där kan varje kommun lägga in lokala rutiner som komplement.

Svenskt Demenscentrum har arbetat fram ett material *Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar ur ett personcentrerat perspektiv*. Det finns inget lagligt stöd att använda tvång eller begränsningar inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom.

Då det inte genomförts några strukturerade granskningar under året så är det av stort värde att arbeta med det under 2021.

Kvalitetsgranskning läkemedel

Läkemedelsgranskning genomfördes av apotekare på Apoteksbolaget AB vid flera enheter under september månad.

De flesta åtgärder som behövde göras under 2019, är åtgärdade. Ett fortsatt arbete under 2020–2021 som framkommer är att vid kvalitetsarbetet av läkemedel, fokusera på att säkerställa att läkemedelslistor och signeringslistor är aktuella och överensstämmande. Se över rutinerna att signeringslistor är skrivna på ett korrekt sätt. Kontrollera städningen i patientens läkemedelsskåp så den utförs regelbundet, då bland annat utgångna och inaktuella läkemedel tas bort.

Apotekaren upplever att det finns ett stort intresse av att arbeta med kvalitets-höjande arbete inom verksamheten.

Läkemedelsgenomgång

Alla patienter på särskilt boende har fått minst en läkemedelsgenomgång av Hälso-centralens läkare som en del i kvalitetssäkring för de mest sköra äldre.

PPM – Punktprevalensmätning trycksår

Genomförs en gång årligen och denna mätning är kopplad till Senior Alerts arbete. De som var med i mätningen var de som bor på särskilt boende. Totalt registrerades 81 personer. 41 av dem har risk för trycksår och det är 8 med minst 1 trycksår. För att minska andelen trycksår är tryckavlastning viktigt. Det är viktigt att se över att en tryckavlastande madrass eller sittdyna används på rätt sätt. Näringsriktig kost, med regelbundna mellanmål är av stort värde då en patient med sår behöver balanserad och näringsrik kost.

Loggkontroll

Var tredje månad har loggkontroll gjorts på all personal som arbetar med HSL i verksamhetssystem Procapita. Legitimerad personal loggas även i Cosmic Link varje månad och NPÖ var tredje månad.

Inget anmärkningsvärt har noterats vid loggkontrollerna.

Riktlinjer uppdateras

Ny lokal handlingsplan i arbetet för Covid- 19 är upprättad och justerad flertalet gånger. Ett flertal riktlinjer är uppdaterade, nämnas kan Riktlinje gällande ansvarsfördelning vid läkemedelshan-tering.

Palliativregistret

Resultatet i Palliativregistret är registreringar där sjuksköterskor registrerar de dödsfall som kommunen haft ett hälso- och sjukvårdsansvar för. Dokumenterat antal brytpunktssamtal har minskat sedan förra året och ligger nu på 89%. Smärtskattning sista levnadsveckan och munhälsobedömning har också minskat marginellt sedan föregående år.

Munhälsobedömningen är ett pågående utvecklingsområde, där förbättringsåtgärder påbörjats. Ännu syns inget resultat. Fortsatt arbete under nästkommande år.



Spindeldiagram Högsby kommun 2020 (Källa svenska Palliativregistret hemsida)



Spindeldiagram Kalmar län 2020 (Källa svenska Palliativregistret hemsida)

Senior Alert

Under 2020 har totalt 189 personer riskbedömts minst en gång. Utvalda ombud registrerar bedömningarna i Senior Alert, den legitimerade personalen. Arbetet med Senior Alert pågår på alla särskilda boenden i kommunen, tillskapar åtgärder efter riskbedömningen.

Fortsätter med samma mål som förra året, förbättringar som bör ske under nästkommande år är att tillskapa fler åtgärdsplaner. Vissa enheter har förbättrat sitt resultat sedan föregående år. Andra enheter har ännu inte kommit igång fullt ut med sitt arbete. Totalt är resultatet på åtgärdsplanerna vid risk 57% och bör komma upp över 75%.

Ytterligare förbättring är utförandet av de åtgärder som tillskapats efter riskbedömningen visar 28% och målet bör vara över 75%.

Ett förbättringsarbete kring måltidsituationen och att förkorta nattfastan har gjorts av sjuksköterska och en undersköterska som arbetar speciellt med Senior Alert viss del av sin arbetstid. Undernäring leder till ökat lidande, ökad risk för fall och trycksår.

En nattfastemätning är gjord under på alla SÄBO under året. Enligt Socialstyrelsen rekommenderas att nattfastan inte bör vara längre än 11 timmar.

I resultatet av mätningen framkommer ett genomsnittsvärde på 13 timmar. Av de 189 riskbedömningar som är gjorda, visar det att 180 risker kan förklaras av den långa nattfastan.

Arbetet kring att förkorta nattfastan fortsätter 2020 med ytterligare utbildningsinsats till vård- och omvårdnadspersonalen på SÄBO samt kökspersonalen. Teamsamverkan mellan enhetschef, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut är uppstartat. Viss fördröjning även här på grund av rådande pandemi.

BPSD

Det har av teamet genomförts BPSD bedömningar på samtliga demensavdelningar, totalt 28 registreringar på 31 patienter.

I teamet ingår kontaktperson, övrig personal och patientansvarig sjuksköterska. Av bedömningarna framkommer ett resultat där bemötandeplaner tillskapas. När personen med demens får rätt bemötande så minskar olika symptom vilket leder till en minskad andelen olämpliga läkemedel till äldre, exempelvis neuroleptika. Under året som gått har det varit en till två läkemedelsgenomgångar med Hälsocentralens läkare och då har vissa olämpliga läkemedel kunnat tas bort för patienten.

Svedem

Alla demensutredningar och uppföljningar föregås av en läkarbedömning. Tyvärr har det arbetet inte kommit igång.

Klagomål och synpunkter

MAS, Enhetschef för HSL samt socialchef har gemensamt analyserat och besvarat klagomål/synpunkter brevledes och i vissa ärenden haft fysiska träffar för att gå igenom händelsen med anmälaren.

Händelser och vårdskador

Det har anmälts och utretts en Lex Maria under året på en vårdskada. I utredningen har intervjuer och analyser gjorts. En intervju och ett digitalt dialogmöte tillsammans med IVO, MAS och berörda enhetschefer. En viktig lärdom att ta med sig från den avslutade Lex Maria utredningen är; kommunikation. Viktigt att vara tydligt både n Det förekommer enklare incidenter. Oftast så träffas berörda och genomlyser uppkommen situation, tillskapar förbättringsåtgärder om möjligt. Det är av stort värde att regelbundet följa upp för att undvika att samma situation uppstår igen.

Riskanalys

Som en del i arbetet runt avvikelshantering behövs ett annat arbetssätt. Ett nytt arbetssätt är utarbetat i och med det nya verksamhetssystemet som implementerats under 2020 och början av 2021, där blir det en helt ny avvikelshanteringsmodul. Fortsatt arbete under 2021 med att hitta arbetsformerna i början av uppstarten. En risk med nytt avvikelshanteringssystem är att uppkomna avvikelser inte rapporteras på grund av osäkerhet, regelbunden uppföljning krävs.

Mål och strategier för kommande år

Mål – hög kvalitet och patientsäkerhetskultur

Strategi: Utarbeta kvalitet och patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla egenkontroll, uppföljningar, hantering av avvikelser.

Utveckla ny rutin/arbetsätt kring avvikelshanteringen i ny avvikelsemodul.

Öka kunskapsnivån om risk- och händelseanalyser.

Mål – utarbeta bättre teamsamverkan

Strategi: Fortsätta utveckla teamets möjligheter att arbeta med förebyggande åtgärder, skapa en god kvalitet och patientsäkerhet.

Mål – utökat arbete med kvalitetsregister

Strategi: Fortsätta med registreringar i Senior Alert, öka andelen åtgärdsplaner och förbättra uppföljningen av de åtgärder som är satta.

Öka andelen munvårdsbedömningar och smärtskattning sista levnadsveckan i Palliativregistret.

Registrera fler genomförda demensuppföljningar i SweDem.

Mål – minska antal fall

Strategi: Att arbeta med fallförebyggande arbete. Fortsätta förbättringsarbetet kring måltider och nattfasta. Utveckla, team samverkan.

Fortsätta med Senior Alert arbetet fullt ut i hemtjänsten och ännu mer användande av fixartjänsten.

Mål – arbeta med säker läkemedelshantering

Strategi: en extern läkemedelsgranskning av Apoteksbolaget.

Upprätthålla ett levande arbete på APT i alla grupper, MAS är delaktig på APT. Utforma digital läkemedelssignering i samband med införandet av nytt verksamhetssystem.

Mål – låg nivå av vårdrelaterade infektioner

Strategi: Arbeta med basala hygienrutiner och klädregler. Systematiska egenkontroller och uppföljningar, MAS är delaktig på APT.