



Dnr Ks 2014.307

Patientsäkerhetsberättelse 2013

för individ och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde

2014-03-11

Eva Toft
Förvaltningschef/verksamhetschef HSL

Anna-Lena Fällman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Målsättning	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Samverkan med andra vårdgivare.....	5
Verksamhetens omfattning.....	5
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	5
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som genomförts samt vilka som planeras.....	6
Ledningskraft	7
Förslag till förbättringar.....	7
Samordnad vårdplanering - SVPL	7
Förslag till förbättringar.....	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Läkemedelsgenomgångar.....	9
Förslag till förbättringar framtagna i samverkan med vårdcentralen i Skurup och Novakliniken i Rydsgård.....	9
Hygien.....	9
Förslag till förbättringar.....	10
Trycksår	10
Förslag till förbättringar.....	11
Vård i livets slutskede – palliativ vård	11
Förslag till förbättringar.....	11
Medicintekniska produkter	12
Förslag till förbättringar.....	12
Avvikelser.....	12
Förslag till förbättringar.....	13
Fall och fallskador	13
Förslag till förbättringar.....	13
Journalssystem - Patientjournal.....	13
NPÖ	14
Tillsyn och granskning.....	14
Vård och omsorg om personer med demenssjukdom.....	15
Förslag till förbättringar.....	15
Uppföljning genom egenkontroll	15
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	16
Klagomål och synpunkter	16
Sammanställning och analys	17
Övergripande mål och strategier för kommande år	17

Sammanfattning

Under 2013 har de viktigaste åtgärderna i patientsäkerhetsarbete varit att vidareutveckla arbetet med ledningskraft, läkemedel och delegering, diabetes, läkemedelsgenomgångar, revidering av rutinen¹ för läkemedelshantering, revidering av genomförandeplan samt fortsatt registreringen i Svenska Palliativregistret och i Senior alert.

Medverkan i Svenska Palliativregistret och Senior alert kommer att medföra en ökad medvetenhet kring riskanalys och kopplingen till aktuella individuella vårdplan förstärks.

Genom tydligare struktur för delegering av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter har som syfte att minska antalet avvikelser.

Årligen genomförs en uppföljning av kvalitetsindikatorerna fall, både med och utan fraktur, läkemedel, trycksår, vissa infektioner.

Övergripande mål och strategier för 2014

- Förbättra identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av vårdskador och risker, avseende avvikelser och fallolyckor
- Fortsatt systematiskt arbete i nationella kvalitetsregistren, Svenska Palliativregistret och Senior alert
- Påbörja utbildning och systematiskt arbete i nationella kvalitetsregistret, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)
- Förbättra vårdhygien på enheterna
- Fortsätta med utbildningen Demens ABC

Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Lika så ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Skurups kommun har som mål en hög patientsäkerhet där vårdtagaren kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och vårdpersonalen arbetar för att minska vårdskador.

Förvaltningen har under året arbetat enligt ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet” som bygger på *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt* (SOSFS 2011:9).

Målsättning

En del av målsättningen med kvalitetsarbetet är att:

- när läkemedelshantering är en hälso- och sjukvårdsuppgift, säkra att vårdtagaren/patienten får de läkemedel som denne är ordinerad
- minska antalet fallolyckor. När det inte kan förhindras minska risken för skada
- minska risken för att trycksår (decubitus) uppstår

¹ Rutiner i detta dokument motsvarar riktlinjer i enlighet med Kf:s beslutade nomenklatur dnr 2013.248

- säkra att samtliga medicinteknisk utrustning/hjälpmiddel kontrolleras genom framtagna rutiner för personalens egenkontroll samt att hjälpmedlen servas enligt rutinerna genom avtal med teknisk kunnig personal
- trygga informationsöverföringen mellan vårdgivare såsom hälsovalsenheter, andra vårdgivare på primärvårdsnivå eller öppenvårdsmottagningar samt vid byte av vårdnivå

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren (Kommunstyrelsen) har det yttersta ansvaret för verksamheten. Kommunstyrelsen ansvarar för att planering, ledningen och kontroll av verksamhetens organisering så att den tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektiviteten. Vårdgivaren ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, har ansvaret för att verksamheterna tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Dessutom ansvarar verksamhetschefen för att det för enheten finns ett ändamålsenligt kvalitetsledningssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns de direktiv och instruktioner som verksamheten kräver, att personalens kompetens upprätthålls genom adekvata vidareutbildningsinsatser m.m.

Verksamhetschefen har tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetsledningssystem och den patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska gör uppföljningar i enlighet med regleringar i lagar och författningar. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har på kommunstyrelsens uppdrag samt efter lagar och författningarnas krav att upprättat rutiner och riktlinjer för hur kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten samt för att säkra patientsäkerhetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheterna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska samverkar med verksamhetschef i hälso- och sjukvårdsfrågor samt rapporterar direkt till kommunstyrelsen i hälso- och sjukvårdsärenden.

Enhetschef/hemtjänstchef/hemsjukvårdschef² för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), som ställs utifrån att vårdtagaren/patienten ska tillförsäkras en god och säker vård.

Enhetschef för respektive område ansvarar för att informera, utbilda personalen, följa upp samt prioritera patientsäkerhetsfrågorna.

Enhetschef för respektive område ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso-och sjukvårdsuppgifter.

² I detta dokument används enhetschef synonymt för enhetschef/hemtjänstchef/hemsjukvårdschef

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet, följande gällande riktlinjer och rutiner samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Samverkan med andra vårdgivare

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i olika samverkansdokument enligt nedan:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne – reviderat 2010
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne
- Överenskommelse om habilitering i Skåne
- Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa
- Lokalt avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården
- Regelverk för Samordnad vårdplanering
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne
- Policy och allmänna riktlinjer för hjälpmedelsverksamheten i Skånes kommuner och Region Skåne
- Hjälpmedelsrekommendationer på produktnivå

Verksamhetens omfattning

I Skurups kommun finns tre särskilda boende för äldre, tre särskilda boende enligt LSS, två dagverksamheter för äldre samt en daglig verksamhet LSS. Antalet lägenheter på särskilt boende för äldre är 130 stycken varav åtta är korttidsplatser. Antalet lägenheter på särskilt boende LSS är 18 stycken.

Antalet personer som har haft hemsjukvård i ordinärt boende varierar över åren och var 269 personer under 2013, inkluderas insatser från arbetsterapeut och fysioterapeuter var det 516 personer under 2013.

Struktur för uppföljning och utvärdering

För att förbättra patientsäkerheten krävs det att all personal har kunskap om och en förståelse hur de olika delarna och funktionerna i verksamheten fungerar. Medarbetarna ska vara informerade om att det är viktigt att analysera och identifiera orsaken till varför en avvikelse har uppstått för att därigenom förhindra att brister upprepas

Skurups kommun har rutiner och ett avvikelssystem framtaget. Alla avvikelser registreras i avvikelsemodulen, VIS. Det finns rutin framtagen när och hur man skall skriva en avvikelse, analysera och följa upp. Resultatet av analysen och åtgärderna återkopplas till enheterna.

Enhetschef för respektive område ansvarar för detta.

Beslutade åtgärder redovisas av enhetschef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar del av samtliga hälso- och sjukvårdsavvikelser och förvissas sig om att adekvata åtgärder är vidtagna för att inte händelsen skall upprepas.

Redovisning till Kommunstyrelsen och Individ och omsorgsberedningen sker en gång per år av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Händelser som bedömts som Lex Maria och skickats till Inspektionen för vård och omsorg direkt och rapporteras till Kommunstyrelsen, verksamheten och ledningsgruppen för Individ och omsorgsförvaltningen av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Sammanställning av Lex Maria redovisas till Kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen samt verksamheten en gång per år av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Uppföljning av verksamheten sker även via Senior Alert (fall, trycksår, undernäring och munhälsa) och palliativa registret (vård i livets slut) av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Sammanställning redovisas till Kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen samt verksamheten en gång per år av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Läkemedelshanteringen granskas årligen av extern granskare från Apoteket Farmaci AB.

Förbättringar utförs av läkemedelsansvarig sjuksköterska och biträdande verksamhetschefen för B.R.O.-verksamheten och redovisas till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Vidare sker uppföljningar och utvärderingar enligt förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse, brukarundersökningar, öppna jämförelser och internkontroll.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som genomförts samt vilka som planeras

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt på varje enhet. Avvikelser och risker finns med som en punkt på arbetsplatsträffar. Revidering av riktlinjer och rutiner sker kontinuerligt både i samverkan mellan Region Skåne och kommun, kommuner emellan och inom egna kommunen.

Åtgärder för ökad patientsäkerhet som genomförts 2013

- Fortsatt registrering av nationella kvalitetsregister, Senior Alert
- Fortsatt registrering i nationella kvalitetsregister, Svenska Palliativregistret
- Fortsatt utbildning i Demens ABC
- Fortbildning i hygien och genomgång av hygienrutinerna
- Revidering av rutiner och riktlinjer
- Utbildning i värdegrundsarbete av 35 stycken medarbetare
- 12 stycken vårdbiträden har läst in omvårdnadsprogrammet
- Startat arbete med Ledningskraft
- Fortsatt arbetet med att ta fram ett kvalitetsledningssystem
- Revidering och implementering av intern rutin avseende delegering
- Framtagande av nytt informationsmaterial avseende synpunkter och klagomål för alla enheter inom FuSS-verksamheten

- Verksamhetsuppföljning gällande efterlevande av rutiner för läkemedelshantering
- Framtagande av extra signeringslista gällande läkemedel som stöd och hjälp till personalen i det dagliga arbetet

Ledningskraft

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffade för 2012 en överenskommelse som syftar till att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet.

Genom projektet Ledningskraft har ett chefsteam med representanter från kommun, primärvård och slutenvård skapats för samverkan över verksamhetsgränserna för att tillsammans uppnå en sammanhållen vård och omsorg om mest sjuka äldre. En handlingsplan för samverkan kring följande områden har tagits fram:

- God vård i livets slutskede.
- Preventivt arbetssätt.
- God vård vid demenssjukdom.
- God läkemedelsbehandling för äldre.
- Sammanhållen vård och omsorg.

För personer som nyinsjuknat i demenssjukdom och fått diagnos i primärvården eller vid minnesmottagningen har en gemensam rutin och ett diagnosformulär för överrapportering mellan huvudmännen tagits fram.

En Samordnad Individuell Plan (SIP) ska göras när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt flera vårdgivare och när samordning av insatser kring en enskild individ behövs. En SIP kan upprättas om den enskilde samtycker till detta. Under 2013 har arbetet påbörjats med att ta fram en rutin för hur arbetet med SIP skall genomföras.

Förslag till förbättringar

- att handlingsplanen för de mest sjuka äldre implementeras i alla verksamheter
- att färdigställa och implementera rutinen för SIP i berörda verksamheter
- att implementera rutinen och diagnos formuläret för personer som nyinsjuknat med en demenssjukdom i berörda verksamheter
- att användning och uppföljning av Senior alert fortsätter
- att påbörja arbetet med kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) inom demensvården

Samordnad vårdplanering - SVPL

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, i samband med utskrivning från slutenvården. I Skåne finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna i Skåne och Region Skåne. Rutinerna beskriver bl.a.

krav på information till berörda enheter i samband med utskrivning från slutenvården. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport då rutinerna inte följs. Brister mellan sjukvårdshuvudmännen har rapporterats i 21 stycken fall avseende informationsöverföring, samordnad vårdplanering och överförandet av medicinska ansvaret i samband med utskrivningen från slutenvården.

Avvikelserna har sänts till berörd avdelning i slutenvården samt till utvecklingsavdelningen på berört sjukhus för åtgärd.

Antal avvikelser inskickade till slutenvården	2009	2010	2011	2012	2013
	26 st	9 st	26 st	11 st	21 st

Skurups kommun har inte erhållit någon avvikelse avseende samordnad vårdplanering.

Det har under året tidvis varit problem med det elektroniska vårdplaneringssystemet. Systemet har upplevts som långsamt med långa svarstider och under en period låg systemet nere.

I samband med omorganisationen i Region Skåne tog nätverksarbetet mellan slutenvården, primärvården och kommunen avseende samordnad vårdplanering en paus.

Förbättringsförslagen för 2013 har ej till fullo genomförts, varför de kvarstår.

Förslag till förbättringar

- fortsätta att avvikelserapportera i samtliga fall när den gemensamma rutinen inte följs
- fatta beslut om åtgärder för att förhindra att avvikelser uppstår igen

Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- ✓ medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner
- ✓ bli informerade om när nationella studier genomförs
- ✓ bli informerade vid utredning av vårdskador
- ✓ bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen har gjort en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende. Bl.a. ställdes frågan

”Hur lätt eller hur svårt är det att få träffa en sjuksköterska vid behov?”

		Riket genomsnitt i %	Skurup i %
Hemtjänsten	Mycket lätt/ganska lätt	69%	74%
Särskilt boende	Mycket lätt/ganska lätt	79%	82%

Läkemedelsgenomgångar

En säker och effektiv läkemedelsanvändning är en av de största utmaningarna inom vård och omsorg. Läkemedelsanvändningen hos äldre vårdtagare/patienter är stor. Risken för interaktioner ökar när en person använder en mängd olika läkemedel, speciellt hos äldre som i vissa fall har svårt att själva redogöra för sina biverkningar.

Erfarenheter visar att strukturerade läkemedelsgenomgångar i många fall minskar den äldres läkemedelsanvändning, mindre läkemedelsinteraktioner, mindre biverkningar och en lägre och mer adekvat läkemedelskonsumtion.

Den tvärprofessionella läkemedelsgenomgången ska genomföras av patientansvarig läkare tillsammans med sjuksköterska, omvårdnadspersonal och apotekare.

För att vårdcentralerna ska erhålla Ackreditering och Avtal for Vårdenhet i Hälsoval Skåne skall läkemedelsgenomgångar göras för de på vårdenheten listade patienterna som tillhör någon av följande grupper:

- alla boende på kommunala vård- och omsorgsboenden för äldre, skall göras minst en gång per år
- alla med ApoDos, skall göras vid nyinsättning samt därefter minst en gång per år

Under en tolv månaders period har 106 stycken läkemedelsgenomgångar genomförts bland de vårdtagare som är listade på Vårdcentralen i Skurup och Novakliniken i Rydsgård.

Förbättringsförslagen för 2013 har delvis genomförts.

Förslag till förbättringar framtagna i samverkan med vårdcentralen i Skurup och Novakliniken i Rydsgård

- att öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för vårdcentralen Skurup till 100 st
- att öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för Novakliniken Rydsgård till 80 st

Hygien

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår det att vården skall vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard. På grund av ökningen av vårdrelaterade infektioner och ökningen av multiresistenta bakterier, är det mycket viktigt att personalen följer de basala hygienrutiner som finns framtagna för vård och omsorg för att förhindra smittspridning. Många av dem som bor på särskilda boenden behöver hjälp med omvårdnad och den personliga hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att tillgång till handsprit och att det finns möjlighet att tvätta händerna i nära anslutning till hjälpen med personlig hygien. Personalen skall även ha kortärmade arbetskläder, ha tillgång skyddskläder och handskar. Sjuksköterskorna skall ha kännedom om att vårdrelaterade infektioner skall anmälas till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Det finnas framtagna rutiner för att hantering av riskavfall.

Vid arbete i mottagningskök med hantering av mat skall det finnas köksförkläden som personalen skall använda.

Att klä sig rätt och ha en bra handhygien är det bästa sättet att förhindra smittspridning. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är därför en viktig del i verksamhetens kvalitets- och säkerhetsarbete.

Arbetet med att åtgärda upptäckta brister påbörjades 2010 med bland annat att hålla basal hygien rutinerna levande. För att förstärka kunskapen hos personalen pågår en utbildningsinsats i basalhygien till vård och omsorgspersonalen. Under året genomfördes fyra stycken hygienutbildningar med 48 st deltagare.

Förbättringsförslagen för 2013 har delvis genomförts.

Förslag till förbättringar

- att inför webbaserad hygienutbildning
- att genomföra internkontroll avseende följsamhet avseende basala hygienrutiner

Trycksår

Trycksår är en lokal vävnadsskada i hud och underliggande vävnader förorsakade av otillräcklig blodförsörjning till området, vanligtvis förorsakad av tryck, friktion, skjuvning eller en kombination av dessa. Faktorer som samverkar med dessa är tid, fukt och bristande hygien.

Ett trycksår kan uppstå redan efter några timmar. Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer såsom lågt näringsintag, nedsatt cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat.

För att förhindra att trycksår uppkommer skall sjuksköterskan göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Bedömningsinstrumentet Modifierad Nortonskala används som komplement till den kliniska bedömningen.

Riskbedömningen skall dokumenteras i patientjournalen. Om risk för tryckskada föreligger skall en behandlande vårdnadsplan upprättas och preventiva omvårdnadsåtgärder sättas in såsom avlastning såväl i sittande som liggande position, sörja för att närings- och vätskebehov blir tillgodosett, att vårdtagaren erhåller adekvat sårvårdsbehandling då trycksår uppstått. Ett trycksår kan ge smärta, därför skall sjuksköterskan om möjligt göra ett smärtstatus så att effektiv smärtlindring kan ges.

En inventering av antalet personer med tryckskador har genomförts 2008-2013. Kriterierna för att ingå i mätningen har varierat över åren varför resultaten inte är jämförbara.

Tabellen visar resultatet från trycksårsinventeringen under perioden 2008-2013

År	Utan tryck	Fuktskada	Grad/ Kategori I	Grad/ Kategori II	Grad/ Kategori III	Grad/ Kategori IV	Totalt antal inventerade personer
2008 ⁶	132 st	4 st	3 st	1 st	6 st	7 st	153 st
2009 ⁶	140 st	6 st	4 st	4 st	2 st	1 st	157 st
2010 ⁶	136 st	3 st	5 st	2 st	1 st	0 st	147 st
2011	258 st	- ⁷	4 st	10 st	0 st	0 st	272 st
2012	141 st	-	6 st	7 st	2 st	3 st	159 st
2013	138 st	-	6 st	5 st	2 st	0 st	151 st

⁶ De vårdtagare som inkluderades i inventeringarna gjorda mellan 2008 – 2010 var de vårdtagare/patienter som var 70 år och däröver, sängliggande eller rullstolsburen eller förväntades vara sittande en stor del av dygnet

⁷ Ingick inte i denna inventering, då fuktskada numera inte räknas som trycksår

Förslag till förbättringar

- att genomföra en punktprevalensmätning (PPM) avseende trycksår med hjälp av PPM modul i Senior alert

Vård i livets slutskede – palliativ vård

Palliativ vård i livets slutskede och vård av människor med nedsatt autonomi skall ges högsta prioritet (HSL 2 §, 28§). Palliativ vård omfattar alla patienter i livets slutskede oavsett vilka diagnoser patienterna har och oavsett var de vårdas (SOU2001:6).

Region Skåne och Skånes kommuner ska gemensamt tillse att medborgarna tillförsäkras palliativ vård av hög kvalitet och på lika villkor. Verksamheten bedrivs som basal respektive specialiserad palliativ vård inklusive avancerad sjukvård i hemmet (ASiH).

Kommunerna bedriver i huvudsak basal palliativ vård, dygnet runt av sjuksköterska och omvårdnadspersonal med basal kompetens inom palliativ vård med stöd från primärvårdens läkare.

Det finnas skriftliga rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel skall kunna ges inom en viss tid och det skall finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Närstående skall erbjudas att delta i vården, när möjlighet finns. Om möjligt skall en samordnad individuell vårdplan och behandlande vårdplaner upprättas, dit berörda inbjuds att vara deltaga vid framtagandet. Av dokumentationen skall det framgå att det är vård i livets slut och vilka åtgärder som skall vidtagas om symtomgenombrott föreligger. Sjuksköterskan skall där det är möjligt använda sig av en skattningsskala eller på annat sätt försäkra sig om att besvärande symtom lindras. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet skall beaktas.

Skurups kommun har utbildat samtlig personal inom vård och omsorg i palliativ omvårdnad.

Registrering i Svenska Palliativregistret har fortsatt under 2013. Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slut. Sjuksköterskorna registrera frågor som ska avspegla centrala områden i det som kan kallas god palliativ vård i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheterna lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till att ge optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Förbättringsförslagen för 2013 har delvis genomförts.

Förslag till förbättringar

- att arbeta med resultatet från Svenska Palliativregistret i förbättringsprojekt
- att öka antalet registreringar i Svenska Palliativregistret, målet är att nå 80 % täckningsgrad
- att nå en 100% täckningsgrad för genomförande av smärtskattning med evidensbaserat instrument
- att revidera handboken ”Vård i livets slut”
- att påbörja internutbildningen

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter (MTP) används inom vård och omsorg. Med hjälpmedel avses dels hjälpmedel för att underlätta den dagliga livsföringen, dels hjälpmedel för vård och behandling. Dessa produkter skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska och förskrivningen skall dokumenteras i patientjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll skall ske regelbundet av kontaktpersonen enligt särskild framtagna checklistor för respektive produkt.

De kommunala riktlinjerna för medicintekniska produkter (MTP) finns tillgängliga på kommunens intranät.

22 st avvikelser (negativa händelser) har inrapporterats till Läkemedelsverket och berörd tillverkare.

Förbättringsförslaget för 2013 har delvis inte genomförts.

Förslag till förbättringar

- att aktivt arbeta med att förbättra och öka användandet av checklistorna ytterligare
- att aktivt arbeta med att ta fram checklistor till hjälpmedel som saknar sådana

Avvikelser

Vård och omsorg har en rutin för avvikelshantering där det framgår när och hur man skriver en avvikelse. Vid samtliga avvikelser som anmäls så som brister i; läkemedelshanteringen, vid informationsöverföring, vid rapportering, diagnos, omvårdnad, service, bemötande och suicid/suicidförsök skrivs en avvikelserapport. Blanketten är utformad så att avvikelser inom samtliga av verksamheten berörda lagrum kan beskrivas. Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser registreras i en avvikelsemodul, VIS. Samtliga avvikelser avseende hälso- och sjukvårdsinsatser eller socialtjänstinsatser åtgärdas omgående. Därefter genomförs en analys av varje enskild händelse för att bedöma hur stor är risken att det händer igen, orsaken till varför händelsen inträffade samt framtagande av åtgärder och genomförande av åtgärder. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet och systematiskt följa upp och analysera genomförandet och resultatet av förbättringsåtgärderna. Enhetschef för respektive område ansvarar för detta.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar del av samtliga avvikelser avseende hälso- och sjukvårdsinsatser och förvissas sig om att rätta åtgärder är vidtagna innan godkännande av avvikelsen sker. Medicinskt ansvarig sjuksköterska för statistik över inträffade avvikelser och rapporterar till kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen och ledningsgruppen årligen.

Antalet avvikelser har ökat från 174 stycken 2012 till 213 stycken 2013 inkluderat avvikelser inom socialtjänstområdet. Vad denna ökning beror på går inte att fastställa exakt. Personalen är dock mer medvetna om betydelsen av att avvikelserapportera.

Inga avvikelser har under året lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Övriga avvikelser har hanterats i respektive verksamhets lokala avvikelshantering.

Åtta lex Sarah utredningar har genererat i en anmälning till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Sarah.

Socialstyrelsen har genomfört tillsyn på ett av kommunens särskilda boende. Ärendet har avslutats.

Förbättringsförslag för 2013 har genomförts.

Förslag till förbättringar

- att fortsätta poängtera vikten av att skriva avvikelserapporter
- att införa journalintegrerat avvikelssystem

Fall och fallskador

Det finns en mängd olika orsaker till att man faller och oftast är det inte en orsak till varje enskilt fall, utan det är ofta flera samverkande orsaker. Fall kan dels bero på individens kapacitet som olika sjukdomar, funktionsnedsättningar i centrala nervsystemet, sämre syn, balansproblem, överdrivet alkoholintag etc, dels på faktorer i den fysiska miljön. En annan bidragande faktor kan vara att äldre personer kan betrakta sitt beteende som helt ordinärt och tänker inte på att de har sämre reaktionsförmåga, sämre syn eller liknande och inte kan klara samma saker som tidigare. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. Det finns skriftliga rutiner för arbetet med att förebygga fall och fallskador, Riskbedömning för fall. Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, omvårdnadspersonal och enhetschefer bör alla vara involverade i det förebyggande arbetet.

För att förbygga falloolyckor har kommunen en fixartjänst där pensionär eller funktionshindrad som är bosatt i Skurups kommun kan få hjälp med enklare göromål i bostaden.

Förbättringsförslag för 2013 har delvis genomförts.

Förslag till förbättringar

- att revidera riktlinjerna för riskbedömning för fall samt ta fram riktlinjer för hur verksamheterna skall arbeta med fallpreventiva åtgärder
- att öka användningen/registreringen i kvalitetsregistret Senior alert, målet är att nå 90 % täckningsgrad
- att införa journalintegrerat avvikelssystem

Journalsystem - Patientjournal

Den nya patientjournalen, Treserva HSL, infördes i februari 2013. Efter införandet används ICF som kliniskt verktyg vid bedömning av behov, vid arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. Klassifikationerna är den svenska versionen av WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Klassifikationen ICF gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell (biologiska, psykologiska såväl som sociala aspekter).

Dessutom används Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som åtgärdsklassifikation inom samtliga verksamhetsområden inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Under januari och februari 2013 utbildades 282 st undersköterskor/vårdbiträden vid 42 st tillfällen i det nya journalsystemet och sökordsträdet.

Parallellt under första halvåret registrerades samtliga sedan tidigare förskrivna hjälpmedel på respektive patient in i den nya patientjournalen.

I september 2013 släcktes tidigare patientjournal (Omsorg 2000) ner. Inför detta hade samtliga patientjournaler skrivits ut för att informationen skulle finnas tillgänglig alternativt arkiveras.

NPÖ

Under hösten 2013 tillsattes en arbetsgrupp där målet initialt var att under hösten 2013 teckna de avtal som krävs med Inera³ och CGI⁴ för att kunna ansluta till NPÖ som konsument. Vidare ska vårt IT-system anpassas och en fungerande teknisk anslutning till NPÖ ska finnas på plats under första kvartalet 2014.

Under 2013 upprättade arbetsgruppen en projektplan för införande av NPÖ i verksamheten. Projektplanen innehåller bland annat en tidplan, bedömning av personalresurser, framtagandet av rutiner och riktlinjer samt beskrivning av utbildning och implementering. Målet är att Vård och omsorgs legitimerade personal under år 2014 i det vardagliga arbetet ska använda IT-stödet NPÖ som konsumenter.

Tillsyn och granskning

Under 2013 har verksamhetsuppföljning av efterlevande av rutiner för läkemedelshantering i Skurups kommun genomförts. Metoden har varit stickprov, totalt har 100 patienters/vårdtagares handlingar granskats.

Följande delmoments följsamhet till gällande rutin har granskats; Utlämning av Apodospåsar (rullar), iordningställande av dosett, nytt dos recept, inaktuellt ordinationsunderlag/dos recept, korrekta signeringslistor, tider för överlämnande, osignerade ”rutor” på signeringslistan, signeringen skriven med bläck, förvaring av ordinationsunderlag/dosrecept samt signeringslistor, medicinskt yrkesansvar.

Granskningen visar bland annat att omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna inte fullt ut har tillämpat läkemedelsrutinen direktiv i samband med läkemedelshantering.

För att komma tillrätta med brister i läkemedels- och vårdprocessen har en arbetsgrupp under ledning av medicinskt ansvarig sjuksköterska arbetat med att revidera läkemedelsrutinen med inriktning på att förtydliga olika delmoment i läkemedelshantering. I rutinen beskrivs hanteringsprocessen så att såväl sjuksköterskor som delegerad omvårdnadspersonalen vet vad som krävs och förväntas i de olika momenten.

En mogen säkerhetskultur är en grundläggande förutsättning för att läkemedelssäkerheten ska förbättras.

³ Inera utvecklar och förvaltar tjänster inom e-hälsa och e-förvaltning. Inera ägs av alla landsting och regioner och drivs utan kommersiella intressen.

⁴ CGI Group Inc, Conseilers en Gestion et Informatique, är ett multinationellt It-företag som levererat kommunens patientjournal (verksamhetssystem) Treserva

Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Hög ålder är den största riskfaktorn för demenssjukdom. I kommunen finns 41 stycken lägenheter i särskilt boende och två lägenheter för växelboende för personer med demenssjukdom samt en dagverksamhet i Rydsgård, Gläntan, som erbjuder aktiviteter för äldre personer med demenshandikapp.

I kommunen finns ett väl fungerande demensteam bestående av Silviasjuksköterska, Silviasystrar, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Kompetens

I kommunen finns:

- En Silvia sjuksköterska med *Omvårdnadsvetenskap med inriktning demensvård, 30 hp*
- Två Silviasystrar med *Demensvård för undersköterskor, 60 hp*
- 74 Personer som genomfört utbildningen Demens ABC
- Sex personer som genomgått utbildningen om BPSD
- En fysioterapeut med utbildning från Silviahemmet avseende demenssjukdom och god praxis i demensvården
- En arbetsterapeut som med pågående utbildning i demens och som beräknas vara klar april 2014
- Det finns möjlighet till handledning av demensteamet i komplexa ärenden

Förslag till förbättringar

- att fortsätta arbetet med att utbilda personal i *Demens ABC*
- att fortsätta arbetet med att utbilda personal om BPSD-registret

Uppföljning genom egenkontroll

Genom att tidigt identifiera riskområden inom vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

- Internkontroll genomförs årligen och utgör en del i det totala kvalitetsarbetet. Internkontroll har till syfte att säkerställa att målen, efterlevnad med mera uppnås. Områden för internkontroll fastställs årligen av kommunstyrelsen. Under 2013 genomfördes kontroll av att ordinationshandlingar och signeringslistorna följer gällande rutin
- Punktprevalensmätning gällande trycksår genomförs en gång per år
- Läkemedelsgenomgångar genomförs årligen
- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs av Apoteket Farmaci AB en gång per år
- Synpunkter som inkommer återkopplas till berörd enhetschef
- Analys av patientnämndsärenden, återkoppling till Patientnämnden av via dem inkomna synpunkter
- Granskning av dokumentation i patientjournalen
- Registrering i Svenska Palliativregistret
- Registrering i Senior alert
- Granskning av SoL-journalen och annan dokumentation

Samverkan för att förebygga vårdskador

Tvårprofessionella team finns bestående av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal som samverkar vid varje vårdtagarmöte inom hemtjänsten.

Samverkansgrupper finns mellan kommunen och vårdcentralen, mellan kommunen och lasarett i Ystad och Simrishamn – medicinska samverkansrådet samt mellan kommunerna i Syd Östra Skåne – SÖSK-möten, mellan kommunerna i syd östra Skåne, lasarettet i Ystad och Simrishamn och primärvården – ledningsgruppen för närsjukvård. På dessa regelbundna samverkansmöten informerar man varandra om förändringar i respektive verksamheter samt arbetar med att förebygga vårdskador genom analys och uppföljning av avvikelser.

I samband med omorganisationen i Region Skåne tog samverkansgrupperna mellan slutenvården, primärvården och kommunen en paus.

Via avtal mellan vårdcentralen i Skurup respektive Novakliniken i Rydsgård och kommun samverkas kring läkarmedverkan och läkemedelsgenomgångar.

Ledningskraft, ett samverkansprojekt mellan lasarettet i Ystad, vårdcentralen i Skurup, Novakliniken i Ystad och kommunen i kommunförbundet Skånes regi. Syftet med projektet är att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre och minska återinläggningarna i slutenvården.

Gemensamma riktlinjer har utarbetats i samverkan mellan Region Skåne och kommuner. SÖSK-kommunerna emellan samverkar även i framställande och revidering av rutiner och riktlinjer i MAS-gruppen i SÖSK.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Enligt lokal rutin för avvikelshantering har legitimerad och övrig vårdpersonal skyldighet att rapportera avvikelser. Så fort vårdpersonal får kännedom om avvikelser kontaktas sjuksköterska. Sjuksköterskan bedömer vilka åtgärder som måste vidtas omgående. Sjuksköterska och vårdpersonal dokumenterar i patientjournalen.

Den som upptäcker avvikelserna rapporterar in händelsen via avvikelserapport. Avvikelsen hanteras i lokal avvikelshantering eller gå vidare till medicinskt ansvarig sjuksköterska för anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg.

På APT på respektive enhet följs avvikelserna upp och lämpliga förebyggande åtgärder genomförs. Därefter skickas avvikelserna till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Redovisning av verksamhetens avvikelser och riskhanteringsarbetet sker till kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen och verksamheterna en gång per år av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Klagomål och synpunkter

Enligt rutin har alla medarbetare inom Vård och omsorg ansvar för att de synpunkter/klagomål som de får kännedom om dokumenteras på särskild blankett. Synpunkten/klagomålet åtgärdas om

möjligt snarast av den som tagit emot synpunkten/klagomålet och blanketten med dokumenterad åtgärd lämnas till enhetschef.

I de fall ett klagomål inte kan åtgärdas direkt informeras personen som framfört synpunkter och klagomålet om att det skickas vidare. Ifylld blankett lämnas till berörd enhetschef. Enhetschefen handlägger ärendet. Åtgärder dokumenteras.

Under 2013 har 22 stycken (7/2012) klagomål och synpunkter inkommit till förvaltningen.

Till Inspektionen för vård och omsorg inkom klagomål avseende bristfällig omsorg. Ärendet har avslutats.

Sammanställning och analys

Genom att identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data och analysera händelserna. Enhetscheferna och medicinskt ansvarig sjuksköterska har som ambition att träffas en gång per halvår med syfte att systematiskt följa upp avvikelserna, genomförda förbättringsåtgärder och resultat för att på så sätt ta lärdom av varandra och öka patientsäkerheten.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Förbättra identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av vårdskador och risker

- Revidering av rutinen avvikelshantering
- Införande av It-baserat avvikelssystem
- Revidering av rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Införa webbaserad utbildning i basal hygien
- Införa ett fullödigt kvalitetsledningssystem

Öka kundernas/närståendes kunskap och delaktighet i patientsäkerhetsarbetet

- Ökad information till vårdtagare/närstående/allmänhet
- Förbättra klagomålshanteringen

Fortsatt systematiskt arbete i nationella kvalitetsregistren.

- Öka användning och uppföljning i Senior Alert
- Öka användning och uppföljning i Svensk Palliativregistret
- Påbörja arbetet med kvalitetsregistret BPSD inom demensomvårdnaden

Förbättra vårdhygien på enheterna

- Mätning – följsamhet av basala hygienrutiner såsom vid vinterkräksjuka, influensa, kan ske i framtida interkontroll moment