



Dnr Ks 2015.34

Patientsäkerhetsberättelse 2014

för individ och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde

2015-01-19

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 och vilka åtgärder som genomförts	6
A Ledningskraft	7
Förslag till förbättringar 2015.....	8
B Samordnad vårdplanering - SVPL.....	8
Förslag till förbättringar 2015.....	9
C Samverkan med patienter och närstående.....	9
D Läkemedelsgenomgångar	9
Förslag till förbättringar 2015 framtagna i samverkan med vårdcentralen i Skurup och Novakliniken i Rydsgård	10
E Hygien	10
Förslag till förbättringar 2015.....	10
F Trycksår.....	10
Förslag till förbättringar 2015.....	11
G Vård i livets slutskede – palliativ vård.....	11
Förslag till förbättringar 2015.....	12
H Medicintekniska produkter.....	12
Förslag till förbättringar 2015.....	13
I Avvikelser.....	13
Förslag till förbättringar 2015.....	13
J Fall och fallskador	14
Förslag till förbättringar 2015.....	14
K Journalsystem - Patientjournal	14
L NPÖ	14
Förslag till förbättringar 2015.....	15
M Tillsyn och granskning.....	15
N Vård och omsorg om personer med demenssjukdom	15
Förslag till förbättringar 2015.....	16
O Förebyggande hembesök	16
Förslag till förbättringar 2015.....	16
Uppföljning genom egenkontroll	16
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	18
Klagomål och synpunkter	18
Sammanställning och analys	18
Övergripande mål och strategier för 2015	18

Sammanfattning

Under 2013 har de viktigaste åtgärderna i patientsäkerhetsarbete varit att vidareutveckla arbetet med kvalitetsledningssystem, ledningskraft, läkemedel och delegering, läkemedelsgenomgångar, revidering av rutinen för läkemedelshantering, revidering av genomförandeplan samt fortsatt registreringen i Svenska Palliativregistret, Senior alert och BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom).

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

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

Övergripande mål och strategier för 2015

- Förbättra identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av vårdskador och risker, avseende avvikelser och fallolyckor
- Fortsatt systematiskt arbete i nationella kvalitetsregistren, Svenska Palliativregistret, Senior alert och BPSD-registret
- Förbättra vårdhygienen på enheterna
- Fortsätta med utbildningen Demens ABC
- Stöd och handledning från demensteamet
- Natfasta

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 fortsatt att arbeta enligt ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet” som bygger på *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). Under året har 66 stycken processer kartlagts ex Avvikelsehantering, Fallrapportering.

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 (se punkt A, B, D, H, I)
- minska antalet fallolyckor. När det inte kan förhindras minska risken för skada (se punkt I, J)
- minska risken för att trycksår (decubitus) uppstår (se punkt B, F, I)

- 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 (se punkt H, I)
- trygga informationsöverföringen mellan vårdgivare såsom hälsovalsenheter, andra vårdgivare på primärvårdsnivå eller öppenvårdsmottagningar samt vid byte av vårdnivå (se punkt A, B, I, K, L)

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/hemsjukvårdschef¹ 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.

¹ 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 298 personer under 2014, inkluderas insatser från arbetsterapeut och fysioterapeuter var det 715 personer under 2014.

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 Svenska palliativregistret (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 och vilka åtgärder som genomförts

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 2014:

- Fortsatt registrering av nationella kvalitetsregister, Senior Alert
- Fortsatt registrering i nationella kvalitetsregister, Svenska Palliativregistret
- Påbörjat registrering i BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)
- Fortsatt utbildning i Demens ABC
- Fortbildning i hygien och genomgång av hygienrutinerna
- Revidering av rutiner
- Fortsatt arbetet med Ledningskraft
- Påbörjat arbetet med ett kvalitetsledningssystem och tillhörande processkartläggning
- Verksamhetsuppföljning gällande efterlevande av rutiner för läkemedelshandling

A 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.

BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är ett kvalitetsregister där verksamheterna registrerar personbundna uppgifter om problem/symtom, behandling och resultat. BPSD-registrets syfte är att minska BPSD och lidandet som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete.

Verksamheterna har med hjälp av BPSD-registret gjort 83 st bedömningar och registreringar på 20 st personer under 2014.

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. Det är viktigt att planeringen är framåtsyftande och utgår från patientens/vårdtagarens mål och önskemål utifrån dennes hälsotillstånd och förmågor. Planeringen ska/bör syfta mot bättre beredskap för möjliga förutsägbara tillstånd relaterat till patientens/vårdtagarens hälsotillstånd och vardag.

Som en del av ledningskraft har en rutin för hur arbetet med SIP skall genomföras tagit fram och implementerat i verksamheterna.

Införande av Beslutstöd för sjuksköterskor och SBAR för strukturerad kommunikation.

Beslutstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när den patientens hälsotillstånd hastigt försämras. Checklistan ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföring till nästa vårdgivare säkras.

En av de vanligaste bakomliggande orsakerna till tillbud och händelser i vården är, att det på ett eller annat sätt brustit i kommunikationen mellan personer eller olika verksamheter. God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och information överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen.

Med en fastställd struktur för hur kommunikation och informationsöverföring ska gå till, minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas. En sådan struktur är för kommunikation är SBAR som står för: Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation.

Under hösten 2014 genomfördes utbildning för samtliga sjuksköterskor i Syd Östra Skånes kommuner (SÖSK)² och Beslutsstödet infördes i december 2014 i Skurups kommun. Förbättringsförslagen för 2014 har delvis genomförts.

Förslag till förbättringar 2015

- att handlingsplanen för de mest sjuka äldre implementeras
- att öka användandet av SIP i berörda verksamheter
- att öka användandet av diagnosformuläret vid överrapportering mellan vårdgivare
- att användning och uppföljning av Senior alert fortsätter
- att användning och uppföljning av BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) inom demensvården fortsätter och sprids
- öka användningen av beslutstöd för sjuksköterskor

B 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 23 stycken fall avseende informationsöverföring, samordnad vårdplanering och överförandet av medicinska ansvaret i samband med utskrivningen från slutenvården.

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

Antal avvikelser inskickade till slutenvården	2011	2012	2013	2014
	26 st	11 st	21 st	23 st

Skurups kommun har inte erhållit någon avvikelse avseende samordnad vårdplanering..

Förbättringsförslagen för 2014 har ej till fullo genomförts, varför de kvarstår.

² SÖSK; Simrishamn, Sjöbo, Skurup, Tomelilla och Ystad kommun

Förslag till förbättringar 2015

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

C 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% (69/2013)	77% (74/2013)
Särskilt boende	Mycket lätt/ganska lätt	78% (79/2013)	74% (82/2013)

D 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 122 stycken läkemedelsgenomgångar genomförts bland de vårdtagare som är listade på Vårdcentralen i Skurup.

Förbättringsförslagen för 2014 har delvis genomförts.

Förslag till förbättringar 2015 framtagna i samverkan med vårdcentralen i Skurup och Novakliniken i Rydsgård

- att öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för vårdcentralen Skurup till 130 st
- att öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för Novakliniken Rydsgård till 80 st

E 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 utbildningssatsning i basalhygien till vård och omsorgspersonalen. Under året genomfördes fyra stycken hygienutbildningar med 55 st deltagare.

Förbättringsförslagen för 2014 har inte genomförts, varför de kvarstår.

Förslag till förbättringar 2015

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

F 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 trycksador har genomförts 2010-2014. Kriterierna för att ingå i mätningen har varierat över åren varför resultaten inte är jämförbara.

Tabellen visar resultatet från trycksårsinventeringen under perioden 2010-2014

År	Utan tryck	Fuktskada	Grad/ Kategori I	Grad/ Kategori II	Grad/ Kategori III	Grad/ Kategori IV	Totalt antal inventerade personer
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
2014	135 st	-	6 st	4 st	1 st	1 st	145 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

Förbättringsförslaget för 2014 har genomförts.

Förslag till förbättringar 2015

- att antalet trycksår ska minska
- att genomföra en punktprevalensmätning (PPM) avseende trycksår

G 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 2014. 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. Samtliga kommunens verksamheter i vård och omsorg registrerar i Svenska Palliativregistret.

Förbättringsförslagen för 2014 har delvis genomförts.

Förslag till förbättringar 2015

- 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, VAS (Visuell-analog-skala) och Abbey Pain Scale
- att påbörja internutbildningen
- utbilda omvårdnadspersonalen i smärtskattning med VAS och Abbey Pain Scale för strukturerad bedömning av smärta

H 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.

Två stycken avvikelser (negativa händelser) har under året inrapporterats till Läkemedelsverket och berörd tillverkare varav ett av dessa dessutom föranlett en lex Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.

Förbättringsförslaget för 2014 har inte genomförts, varför de kvarstår.

Förslag till förbättringar 2015

- 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

I 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 förvisar sig om att rätta åtgärder är vidtagna innan godkännande av avvikelserna sker. Medicinskt ansvarig sjuksköterska för statistik över inträffade avvikelser och rapporterar till kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen och ledningsgruppen årligen.

Antalet avvikelser har ökat från 213 stycken 2013 till 230 stycken 2014 inkluderat avvikelser inom socialtjänstområdet. Fördelat på 185 st för hälso- och sjukvården och 45 st för socialtjänsten. Vad denna ökning beror på går inte att fastställa exakt. Personalen är dock mer medvetna om betydelsen av att avvikelser rapportera.

En avvikelse har under året lex Maria anmäls till Inspektionen för vård och omsorg. Övriga avvikelser har hanterats i respektive verksamhets lokala avvikelshantering. Tre lex Sarah utredningar har genererat i en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Sarah.

Förbättringsförslag för 2014 har delvis genomförts.

Förslag till förbättringar 2015

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

J 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 fallolyckor har kommunen en fixartjänst där pensionär eller funktionshindrad som är bosatt i Skurups kommun kan få hjälp med enklare göromål i bostaden.

Förbättringsförslag för 2014 har inte genomförts.

Förslag till förbättringar 2015

- 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 webbaserat avvikelssystem

K Journalsystem - Patientjournal

Patientjournalen, Treserva HSL, infördes i februari 2013. ICF används 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.

L NPÖ

Under 2014 anpassades vår patientjournal och en fungerande anslutning NPÖ finns på plats.

Införandet i Skurups kommun ska ge behörig hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att konsumera/läsa vårdinformation från andra vårdgivare.

Att kunna gå in och läsa vårdinformation på ett säkert sätt via IT-verktyg ökar både patientsäkerheten och sparar tid för personalen. Det händer alldeles för ofta att patienter kommer hem från sjukhuset utan information om de vårdinsatser han/hon har fått. Vårdinformation är nödvändig för att personalen på hemmaplan ska kunna fortsätta med hälso- och sjukvårdsinsatser.

Syftet med införande av NPÖ är dels att ge personalen möjlighet att komma åt patientens vårdinformation på ett säkert och effektivt sätt som frigör tid till mer värdeskapande arbete. Målet är att Vård och omsorgs legitimerade personal under år 2015 i det vardagliga arbetet ska använda IT-stödet NPÖ som konsumenter.

Förslag till förbättringar 2015

- utbilda samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i användandet av NPÖ
- att öka användningen av NPÖ

M Tillsyn och granskning

På uppdrag från kommunledningen och som en del av kommunens totala kvalitetsarbete har under 2014 en uppföljning av 2013 års granskning av hur fastställda rutiner avseende vissa moment i läkemedelshanteringen fungerat.

Metoden har varit stickprov, totalt har 123 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.

Omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna har inte fullt ut tillämpat läkemedelsrutinen direktiv i samband med läkemedelshanteringen.

Vid uppföljningen konstaterades att en del brister kvarstår. Olika moment hanterades fel så att risk för att läkemedelsrelaterade problem kan uppstå. Fel beror ofta på den mänskliga faktorn, kommunikationsbrist eller bristande kunskap. Vanliga bidragande orsaker till just läkemedelsfel är svag säkerhetskultur, brister i kommunikationen och brister i läkemedels- och vårdprocessen.

För att komma tillrätta med en del brister i läkemedels- och vårdprocessen har en arbetsgrupp under ledning av medicinskt ansvarig sjuksköterska reviderat läkemedelsrutinen med inriktning på att förtydliga olika delmoment i läkemedelshanteringen. 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.

N Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Hög ålder är den största riskfaktorn för demenssjukdom. I kommunen finns 49 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 demenssjukdom.

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*
- En majoritet inom vård och omsorg har genomfört utbildningen Demens ABC. Målet är att samtliga skall genomfört utbildningen under första halvan av 2015.
- Nio personer som genomgått utbildningen om BPSD
- En fysioterapeut med utbildning från Silviahemmet avseende demenssjukdom och god praxis i demensvården
- Möjlighet till råd, stöd och handledning till personal av demensteamet i komplexa ärenden
- Möjlighet till råd, och stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriga av demensteamet

Förbättringsförslag för 2014 har genomförts.

Förslag till förbättringar 2015

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

O Förebyggande hembesök

Alla personer som är 80 år och äldre och inte har stöd från hemtjänst eller hemsjukvård erbjuds ett förebyggande hembesök.

Syftet med hembesöket är att öka tryggheten och skapa förutsättningar för att bibehålla sin hälsa, underlätta vardagen, förebygga olyckor till exempel fall, öka kunskapen om vart man vänder sig samt samla information, underlag inför framtida planering av kommunens verksamhet.

Områden som samtalen kretsar kring är bland annat; boende, rörelsefunktion, fall- och brandprevention, daglig livsföring, mat/dryck, syn/hörsel, hälsa mm.

Vidare ges information om kommunens äldreomsorg mm.

Under 2014 genomfördes 37 stycken förebyggande hembesök.

Förslag till förbättringar 2015

- att slutföra de kvarvarande personerna som är födda 1934 samt samtliga födda 1935
- att sprida informationen om uppsökande verksamhet

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 2014 genomfördes en uppföljning av 2013 års granskning av hur fastställda rutiner avseende vissa moment i läkemedelshanteringen följs
- 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
- Registrering i BPSD-registret
- Granskning av SoL-journalen och annan dokumentation

Samverkan för att förebygga vårdskador

Tvärprofessionella 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.

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.

Nuvarande överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne löper ut 2014-12-31 men är förlängd och den nya överenskommelsen beräknas träda i kraft vid årsskiftet 2015/2016. Under 2013 har tillsatts en styrgrupp bestående av politiker från Kommunförbundet Skåne och Region Skåne samt ett tjänstemannastöd från båda sidor. Tjänstemannastödet är en arbetsgrupp som tar fram förslag till ny överenskommelse. Styrgruppen tar beslut om överenskommelsen. Utgångspunkterna för ett nytt avtal har varit ett tydligare och mer flexibelt avtal där

patientperspektivet ska stå i fokus. Den enskildes behov ska vara i fokus oavsett organisation och huvudmannaskap. Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, som utarbetas som ett utvecklingsavtal, ska inrymma alla delar inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar.

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 omsorgsbereidningen 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 2014 har 27 stycken (7/2012, 22/2013) klagomål och synpunkter inkommit till förvaltningen.

Till Inspektionen för vård och omsorg inkom klagomål avseende brister i vården. Ärendet har inte 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..

Övergripande mål och strategier för 2015

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

- Revidering av rutinen avvikelshantering
- Införande av It-baserat avvikelssystem
- Införa webbaserad utbildning i basal hygien

- Införa ett fullödigt kvalitetsledningssystem
- Revidering av rutinen för riskbedömning fall

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
- Öka användning och uppföljning i BPSD-registret inom demensomvårdnaden

Förbättra vårdhygien på enheterna

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