



Fastställd av

Ansvarig  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Styrdokument

Gäller fr.o.m.

Senast reviderad  
2018-02-28

Diarienummer  
KS 2018.194

1 (30)

---

## **Patientsäkerhetsberättelse 2017 för Individ och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde**

## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Patientsäkerhetsberättelse 2017 för Individ och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde .....                         | 1  |
| Sammanfattning.....   | 4  |
| Övergripande mål och strategier.....  | 4  |
| Målsättning .....   | 4  |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....   | 5  |
| Samverkan med andra vårdgivare .....  | 6  |
| Verksamhetens omfattning .....  | 6  |
| Struktur för uppföljning och utvärdering.....   | 7  |
| Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts .....                                     | 8  |
| A Ledningskraft.....  | 8  |
| Förslag till förbättringar 2018 .....   | 10 |
| B Samordnad vårdplanering - SVPL.....   | 11 |
| Förslag till förbättringar 2018 .....   | 12 |
| C Samverkan med patienter och närstående.....   | 12 |
| D Läkemedelsgenomgångar .....   | 12 |
| Förslag till förbättringar 2018 framtagna i samverkan med vårdcentralen i Skurup och<br>Novakliniken i Rydsgård ..... | 13 |
| E Hygien.....   | 14 |
| Förslag till förbättringar 2018 .....   | 15 |
| F Trycksår.....   | 15 |
| Förslag till förbättringar 2018 .....   | 16 |
| G Vård i livets slutskede – palliativ vård .....  | 16 |
| Förslag till förbättringar 2018 .....   | 18 |
| H Medicintekniska produkter .....   | 18 |
| Förslag till förbättringar .....  | 19 |
| I Avvikelser .....  | 19 |
| J Fall och fallskador.....  | 20 |
| Förslag till förbättringar 2018 .....   | 21 |
| K Journalsystem - Patientjournal.....   | 21 |
| L NPÖ (Nationella Patient översikt) .....   | 22 |
| Förslag till förbättringar 2018 .....   | 22 |
| M Tillsyn, granskning och verksamhetsuppföljning .....  | 23 |
| N Vård och omsorg om personer med demenssjukdom.....  | 25 |
| Förslag till förbättringar 2018 .....   | 26 |



Fastställd av

Gäller fr.o.m.

Diarienummer

Ansvarig

Senast reviderad

KS 2018.194

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

2018-02-28

---

|   |    |
|---|----|
| O Förebryggande hembesök.....                                 | 27 |
| Förslag till förbättringar 2018 .....                         | 27 |
| Uppföljning genom egenkontroll .....                          | 27 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador.....                   | 28 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet ..... | 29 |
| Klagomål och synpunkter.....                                  | 29 |
| Sammanställning och analys .....                              | 29 |
| Övergripande mål och strategier för 2018.....                 | 30 |

## Sammanfattning

Under 2017 har de viktigaste åtgärderna i patientsäkerhetsarbete varit att vidareutveckla arbetet med kvalitetsledningssystem, ledningskraft, läkemedelsgenomgångar, fortsatt registreringen i Svenska Palliativregistret, Senior alert och BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) samt införandet av digitalt synpunkts och klagomålssystem. 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, avvikelser, läkemedel samt trycksår.

### Övergripande mål och strategier för 2018

- 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 vårdhygien på enheterna
- Stöd och handledning från demensteamet
- Fortsätta utbildning av BPSD-administratörer inom de olika verksamheterna. De certifierade utbildarna fortsätter att utbilda undersköterskor till BPSD-administratörer, med fokus på undersköterskor från enheter för personer med demenssjukdom
- Demensteamet fortsätter att implementera ett nytt förebyggande arbetssätt på samtliga enheter för personer med demenssjukdom
- Utveckla och förbättra synpunkts och klagomålshanteringen

## 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 patienten 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 några processer kartlagts

## Målsättning

En del av målsättningen med kvalitetsarbetet är att:

- när läkemedelshanteringen är en hälso- och sjukvårdsuppgift, säkra att patienten får de läkemedel som denne är ordinerad (se punkt A, B, D, G, I)

- minska antalet fallolyckor. När det inte kan förhindras minska risken för skada (se punkt J)
- minska risken för att trycksår (decubitus) uppstår (se punkt B, F, G, 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)
- kvalitetssäkra och öka livskvaliteten hos personer med demenssjukdom genom kontunerliga BPSD-registreringar (A, N)
- 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 med mera.

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 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/FuSSchef/hemsjukvårdschef/vård- och omsorgschef<sup>1</sup> för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån hälso- och sjukvårslagen, socialtjänstlagen samt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), som ställs utifrån att 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 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.

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:

- Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne
- 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
- Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
- 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 114 stycken varav sju är korttidsplatser. Antalet lägenheter på särskilt boende LSS är 18 stycken.

---

<sup>1</sup> I detta dokument används enhetschef synonymt för enhetschef/hemtjänstchef/hemsjukvårdschef/FuSSchef

Antalet personer som har haft hälso- och sjukvårdsinsatser (från arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska) i ordinärt boende varierar över åren och var 757 personer under 2017.

## 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 för avvikelshantering och rapportering samt ett digitalt avvikelssystem för rapportering. Alla avvikelser registreras i avvikelssystemet, DF Respons som finns tillgängligt på intranätet. Det finns rutin framtagen när och hur man skall skriva en avvikelse, analysera och följa upp. Enhetschef för respektive område ansvarar för uppföljning och återkoppling. Händelser som enligt allvarlighets- och sannolikhetsbedömningen bedöms till katastrofala oavsett sannolikhet för inträffande samt händelser som skattas till 8 eller mer ska utredas av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Beslutade åtgärder i uppkommen avvikelse redovisas av enhetschef i analysdelen av rapporten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar del av 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. Rapporten omfattar analyser av periodens avvikelser och tendenser.

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 och utvärdering sker dessutom enligt följande:

- Uppföljning enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- Öppna jämförelser
- Nationella kvalitetsregister
- Verksamhetsuppföljning och internkontroller

Uppföljning av verksamheten sker även via Senior Alert (fall, trycksår, undernäring, munhälsa, blåsdysfunktion samt rehabilitering) 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.

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 ute i verksamheter. Verksamheterna sätter upp mätbara mål.

Demensteamets certifierade utbildare är handledare till de nya administratörerna i BPSD-registret, för att dessa ska komma ingång med implementeringen av registret och det förebyggande arbetssättet. Arbetet har fortsatt under 2017.

Läkemedelshanteringen granskas årligen av intern granskare. Granskningen utförs av hemsjukvårdchef och biträdande hemsjukvårdschef för B.R.O.-verksamheten och redovisas till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Vidare sker uppföljningar och utvärderingar enligt förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse, öppna jämförelser, verksamhetsuppföljning 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. 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 2017:

- Fortsatt registrering av nationella kvalitetsregister, Senior Alert
- Fortsatt registrering i nationella kvalitetsregister, Svenska Palliativregistret
- Fortsatt registrering i BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)
- Fortbildning i hygien och genomgång av hygienrutinerna
- Revidering av rutiner
- Fortsatt arbetet med Ledningskraft lokalt
- Fortsatt arbetet med ett kvalitetsledningssystem och tillhörande processkartläggning
- Verksamhetsuppföljning gällande efterlevande av rutiner för basalhygien, läkemedels- och närförråd och samtycke
- Internkontroll gällande efterlevande av rutiner för kontroll av legitimation inför anställning
- Inköp och användande av Handcheck Vision box. HandCheck vision är ett hjälpmedel för kontroll av handhygien. Genom att belysa händerna, som applicerats med ett testmedel kan man på ett tydligt sätt se kvaliteten på sin handdesinfektion

### 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 intensiviera 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.

Projektet upphörde 2016, men då samverkansformen är väl utarbetad har arbetet fortsatt lokalt. Ledningskraft intentioner är en långsiktig hållbar utveckling formas för att förbättra vård och omsorg för sjuka äldre utifrån intentionerna i hälso- och sjukvårdsavtalet

Prioriterade områdena för ledningskraft team Skurup:

- Implementering och vidareutveckling av hälso- och sjukvårdsavtalets intensjoner samt följa följande parametrar
  - Antal Hembesök av läkare
  - Antal Inskrivna i mobila vårdteamet
  - Antal Genomförda SIPar
  - Antal genomförda Läkemedelsgenomgångar
  - Antal genomförda Demensutredningar
  - Status familjecentral
  - Socialpsykiatri
  - IT
  
- Undersöka möjligheten att införa en familjecentral i Skurups kommun

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 mål och önskemål utifrån dennes hälsotillstånd och förmågor. Planeringen ska/bör syfta mot bättre beredskap för möjliga förutsägbara tillstånd relaterat till patientens hälsotillstånd och vardag.

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig  | 2014                       | 2015                       | 2016                    | 2017                    | Resultat        |
|---|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|
| <i>Ledningskraft</i>  |   |                            |                            |                         |                         |                 |
| Att öka användandet av SIP i berörda verksamheter   | Enhetschef  |                            | 23 st                      | 15 st                   | 35 st                   | Uppfyllt        |
| Att öka användandet av diagnosformuläret <sup>2</sup> vid överrapportering mellan vårdgivare                                    | Enhetschef i samverkan med vårdcentralen Skurup och Novakliniken Rydsgård |                            | Påbörjat                   | Påbörjat                | Påbörjat                | Delvis uppfyllt |
| Att användning och uppföljning av Senior alert på särskilt boende fortsätter  | Enhetschef  | 73/223 registre-<br>ringar | 18/234 registre-<br>ringar | 1/248 registre-<br>ring | 33/232                  | Uppfyllt        |
| Att användning och uppföljning av BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) inom demensvården fortsätter och sprids | Enhetschef  | 83 st skatt-<br>ningar     | 126 st skatt-<br>ningar    | 246 st skatt-<br>ningar | 220 st skatt-<br>ningar | Uppfyllt        |

#### Förslag till förbättringar 2018

- 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

<sup>2</sup> Diagnosformulär vid demenssjukdom, används när utredande enhet enligt överenskommelse med patienten överrapporterar denne till ex kommunal hälso- och sjukvård

## 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 Under året rapporteratsdes i 14 33-stycken avvikelser fall avseende informations-överföring, och samordnad vårdplanering och överförandet av medicinska ansvaret i samband med utskrivningen från slutenvården.

Avvikelseerna har sänts till berörd ~~verksamhetschef på berörd (sjukhus) samt berörd~~ avdelning i slutenvården ~~på sjukhuset samt till utvecklingsavdelningen på~~ berört sjukhus för åtgärd.

| Antal avvikelser inskickade till slutenvården | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  |
|---|-------|-------|-------|-------|
|   | 23 st | 23 st | 28 st | 14 st |

Skurups kommun har inte erhållit några avvikelser avseende samordnad vårdplanering.

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig   | 2014  | 2015  | 2016         | 2017  | Resultat |
|---|--|-------|-------|--------------|-------|----------|
| <b>Samordnad vårdplanering - SVPL</b>   |  |       |       |              |       |          |
| Fortsätta att avvikelserapportera i samtliga fall när den gemensamma rutinen inte följs     | Sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut/medicinskt ansvarig sjuksköterska | 23 st | 23 st | 28 st        | 14 st | Uppfyllt |
| Påbörja användandet av Skype för företag i samband med samordnad vårdplanering <sup>3</sup> | Hemsjukvårdschef   | -     | -     | In-stallerat | 15 st | Uppfyllt |

<sup>3</sup> Utrustningen är på plats i kommunen

### Förslag till förbättringar 2018

- fortsätta att avvikelserapportera i samtliga fall när den gemensamma rutinen inte följs
- fortsätta och öka användandet av Skype för företag i samband med planering vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

### C Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- ✓ medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner
- ✓ bli informerade vid utredning av vårdskador
- ✓ bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- ✓ verka för att den enskildes nätverk beaktas och blir en del i planeringen kring den enskilde

#### *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 %                                     |
|-----------------|-------------------------|--|--|
| Särskilt boende | Mycket lätt/ganska lätt | 76%<br>(77/2016, 74/2015,<br>78/2014, 79/2013) | 81%<br>(82/2016, 85/2015,<br>74/2014, 82/2013) |

### D Läkemedelsgenomgångar

En säker och effektiv läkemedelsanvändning är en av de största utmaningarna inom vård och omsorg. Läkemedelsanvändningen hos äldre patienter<sup>4</sup> 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.

För att säkerställa god kvalitet i äldres läkemedelsterapi ansvarar vårdcentralen för att genomföra läkemedelsgenomgångar för enhetens förtecknade medborgare. Vårdcentralen ska arbeta för att antalet läkemedelsgenomgångar ska öka. Läkemedelsgenomgången ska genomföras enligt den modell som beslutats av Region Skåne, Skånemodellen för läkemedelsgenomgångar.

Läkemedelsgenomgångar kan genomföras på två olika nivåer – basal respektive tvärprofessionell. Basala läkemedelsgenomgångar genomförs av patientansvarig läkare, för patienter 65 år och äldre

<sup>4</sup> Hälso- och sjukvårdslagen använder begreppet patient för den person som åtnjuter hälso- och sjukvårdsinsatser. I detta dokument kommer begreppet patient användas synonymt för vårdtagare, brukare och patient.

som behandlas med läkemedel, med undantag för de patientgrupper som får tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar. Den tvärprofessionella läkemedelsgenomgången genomförs i första hand för patienter i särskilda boenden för äldre samt för patienter 65 år och äldre i ordinärt boende med insatser från kommunal hemsjukvård rörande läkemedelsanvändningen. Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång ska genomföras av patientansvarig läkare tillsammans med sjuksköterska, omvårdnadspersonal samt apotekare, klinisk farmakolog alternativt geriatriker eller av Läke-medelsrådet certifierad läkare.

#### *Enkel läkemedelsgenomgång*

En enkel läkemedelsgenomgång syftar till att kartlägga en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel, kontrollera om läkemedelslistan är korrekt, samt bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker. Enkla läkemedelsgenomgångar ska erbjudas patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel, samt patienter som har misstänkta eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem.

#### *Fördjupad läkemedelsgenomgång*

En fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas patienter som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem. En fördjupad läkemedelsgenomgång är en systematisk bedömning och omprövning av varje ordinerat läkemedel utifrån patientens hälsotillstånd och behov, i syfte att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig  | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Resultat    |
|---|---|------|------|------|------|-------------|
| <b>Läkemedelsgenomgångar</b>  |   |      |      |      |      |             |
| Att öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för vårdcentralen Skurup | Sjuksköterska/<br>behandlingsansvarig<br>läkare | 122  | 95   | 68   | 64   | Ej uppfyllt |
| Att öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för Novakliniken         | Sjuksköterska/<br>behandlingsansvarig<br>läkare | 0    | 60   | 0    | 26   | Ej uppfyllt |

**Förslag till förbättringar 2018** framtagna i samverkan med vårdcentralen i Skurup och Novakliniken i Rydsgård

- att öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för vårdcentralen Skurup
- att öka antalet genomförda läkemedelsgenomgångar för Novakliniken Rydsgård

## 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. Årligen genomförs självskattning av efterlevnaden av basalhygien rutinen.

Verksamheten har köpt in en HandCheck Vision box vision som är ett hjälpmedel för kontroll av handhygien. Genom att belysa händerna, som applicerats med ett testmedel, kan man på ett tydligt sätt se kvaliteten på sin handdesinfektion

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig                          | 2014 | 2015                          | 2016         | 2017                                  | Resultat |
|--|-----------------------------------|------|-------------------------------|--------------|---------------------------------------|----------|
| <b>Hygien</b>  |                                   |      |                               |              |                                       |          |
| Att samtliga nyanställda ska genomföra den webaserade hygienutbildningen       | Enhetschef                        | -    | -                             | -            | -                                     |          |
| Att genomföra internkontroll avseende följsamhet avseende basala hygienrutiner | Medicinskt ansvarig sjuksköterska | -    | Internkontroll september 2015 | Ej genomförd | Genomfört Verksamhetsuppföljning 2017 | Uppfyllt |

### Förslag till förbättringar 2018

- samtliga nyanställda ska genomföra den webbasade hygienutbildningen
- 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 patienten 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 sedan 2010. Kriterierna för att ingå i mätningen har varierat över åren varför resultaten inte är helt jämförbara.

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig                          | 2014                | 2015                | 2016                | 2017         | Resultat    |
|---|-----------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|-------------|
| <b>Trycksår</b>   |                                   |                     |                     |                     |              |             |
| Att antalet trycksår ska minska                                     | Enhetschef/<br>sjuksköterska      | 12 st               | 14 st               | 20 st               | Ej genomförd | Ej uppfyllt |
| Att genomföra en egen punktprevalensmätning (PPM) avseende trycksår | Medicinskt ansvarig sjuksköterska | Mätning hösten 2014 | Mätning hösten 2015 | Mätning hösten 2016 | Ej genomförd | Ej uppfyllt |

#### Förslag till förbättringar 2018

- att antalet trycksår ska minska
- att genomföra en egen 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 vidtas 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. Personens etniska och religiösa tillhörighet skall beaktas.

Skurups kommun har utbildat samtlig personal inom vård och omsorg i palliativ omvårdnad under perioden 2004-2006. Ny utbildning påbörjades 2015 och har pågått under 2017.

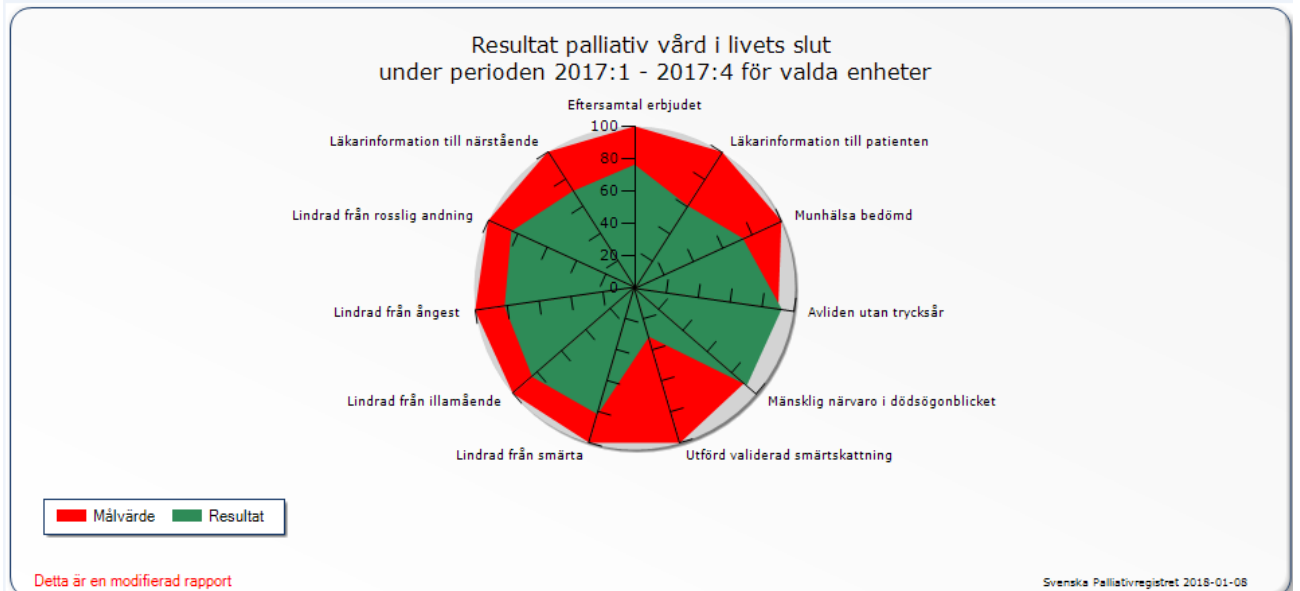
Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slut. Registrering i Svenska Palliativregistret har fortsatt under 2017. Sjuksköterskorna registrera frågor som ska avspegla centrala områden i det som kan kallas god palliativ vård i livets 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.



I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig  | 2014 | 2015                         | 2016                 | 2017                 | Resultat    |
|--|---|------|------------------------------|----------------------|----------------------|-------------|
| <i>Vår i livets slut</i>   |   |      |                              |                      |                      |             |
| Att öka antalet registreringar i Svenska Palliativregistret, målet är att nå 80 % täckningsgrad  | Enhetschef  | 76%  | 66%                          | 55%                  | 72,22%               | Uppfyllt    |
| Att nå en 100% täckningsgrad för genomförande av smärtskattning med evidensbaserat instrument, VAS (Visuell-analog-skala) och Abbey Pain Scale | Enhetschef/<br>hemsjukvårdschef                                       | 66%  | 93%                          | 74,1                 | 31,6%                | Ej uppfyllt |
| Att fortsätta internutbildningen   | Enhetschef/<br>utbildningsgrupp/<br>medicinskt ansvarig sjuksköterska |      | Utbildning start hösten 2015 | Fortsatte under 2016 | Fortsatte under 2016 | Uppfyllt    |
| Utbilda omvårdnadspersonalen i smärtskattning med VAS och Abbey Pain Scale för strukturerad bedömning av smärta                                | Enhetschef/<br>utbildningsgrupp/<br>medicinskt ansvarig sjuksköterska |      | Utbildning start hösten 2015 | Fortsatte under 2016 | Fortsatte under 2017 | Påbörjat    |

Tabellen visar resultatet av registrerade parametrar i Svenska palliativregistret perioden 2017-01-01 – 2017-12-31, avseende personer boende i Skurups kommun



### Förslag till förbättringar 2018

- att arbeta med resultatet från Svenska Palliativregistret i förbättringsprojekt
- att öka antalet registreringar i Svenska Palliativregistret, målet är att nå 80 % täckningsgrad
- att öka täckningsgrad för genomförande av smärtskattning med evidensbaserat instrument, VAS (Visuell-analog-skala) och Abbey Pain Scale
- att fortsätta med 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.

En avvikelse (negativa händelser) har under året inrapporterats till Läke-medelsverket och berörd tillverkare och händelsen har dessutom föranlett en lex Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig  | 2014 | 2015 | 2016                        | 2017         | Resultat    |
|---|---|------|------|-----------------------------|--------------|-------------|
| <i>Medicintekniska produkter</i>  |   |      |      |                             |              |             |
| Genomföra uppföljning av efterlevande av rutinen för kontroll av hjälpmedel enligt checklista | Verksamhetschef/Medicinskt ansvarig sjuksköterska |      |      | Genomfört våren/hösten 2016 | Ej genomfört | Ej uppfyllt |

#### Förslag till förbättringar

- Genomföra uppföljning av efterlevande av rutinen för kontroll av hjälpmedel enligt checklistor Under 2019

#### I Avvikelser

Vård och omsorg har en rutin för avvikelshantering där det framgår när och hur man skriver/registrera en avvikelse. Vid samtliga avvikelser som anmäls så som brister i; Läke-medelhändelse, bemötande, utebliven insats/tillsyn/åtgärd/rehabilitering, samtycke, bruten sekretess, kommunikation, dokumentation, utredning, övergrepp, stöld, självmordsförsök/självmord eller hjälpmedel registreras en avvikelserapport. Individ- och omsorgsförvaltningen har ett digitalt där samtliga avvikelser registreras. 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 förvissrar sig om att rätta åtgärder är vidtagna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska för statistik över inträffade avvikelser och rapporterar till kommunstyrelsen, Individ och omsorgsberedningen och ledningsgruppen årligen.

Antalet avvikelser har ökat från 305 stycken 2016 till 640 stycken 2017 inkluderat avvikelser inom socialtjänstområdet. Fördelat på 477 stycken för hälso- och sjukvården och 94 stycken för socialtjänsten. Vad denna ökning beror på går inte att fastställa exakt. Personalen är dock mer

medveten om betydelsen av att avvikelserapportera och personalen upplever att det digitala verktyget underlättar rapporteringen.

Ingen avvikelse har under året lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg.

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

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar                                      | Ansvarig   | 2015          | 2016          | 2017 | Resultat |
|---|------------|---------------|---------------|------|----------|
| Att fortsätta poängtera vikten av att skriva avvikelserapporter | Enhetschef | Ledningsgrupp | Ledningsgrupp |      | Uppfyllt |

## 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 och 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.

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig        | 2014 | 2015 | 2016         | 2017         | Resultat    |
|--|-----------------|------|------|--------------|--------------|-------------|
| <b>Fall och fallskador</b>   |                 |      |      |              |              |             |
| Att revidera riktlinjerna för riskbedömning för fall samt ta fram riktlinjer för hur verksamheterna skall arbeta med fallpreventiva åtgärder | Hemsjukvårdchef | -    | -    | Ej genomfört | Ej genomfört | Ej uppfyllt |
| Att öka användningen/registreringen i kvalitetsregistret Senior alert  | Enhetschef      | 46%  | 16%  | < 1%         | 14%          | Ej uppfyllt |

#### Förslag till förbättringar 2018

- 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

#### K Journalsystem - Patientjournal

Den legitimerade Hhälso- och sjukvårdspersonal (arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor) har en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal i den omfattning som krävs för att säkerställa en god och säker vård. All legitimerad personal-Dokumentationen skeer i den gemensamma hälso- och sjukvårdsjournalepatientjournalen (Treserva HSL), som är en tvärprofessionell journal, med gemensamma sökord för samtliga yrkeskategorier. I patientjournalen dokumenterar även Silviasystrarna.<sup>5</sup>

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

<sup>5</sup> Silviasyster; Specialisering på högskolan i demensvård för undersköterskor

beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell (biologiska, psykologiska såväl som sociala aspekter). ICF är ett redskap för att bland annat bedöma hela den livssituation som individen befinner sig i, hur olika livsaktiviteter fungerar och hur delaktig individen är i samhället.

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

[Genom att ha gemensamma sökord och inte yrkesspecifika tror vi att säkerheten och kvalitén i dokumentationen ökar då gemensamma frågeställningar/problem sammanförs.](#)

### **L NPÖ (Nationella Patient översikt)**

Under 2014 anpassades kommunens 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 kunna ta del av patientens vårdinformation, efter samtycke från patienten, på ett säkert och effektivt sätt som frigör tid till mer värdeskapande arbete.

Målet är att Vård och omsorgs legitimerade personal i det vardagliga arbetet ska använda IT-stödet NPÖ som konsumenter.

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar  | Ansvarig   | 2014         | 2015                       | 2016           | 2017           | Resultat |
|-----------------------------|------------|--------------|----------------------------|----------------|----------------|----------|
|                             | <i>NPÖ</i> |              |                            |                |                |          |
| Att öka användningen av NPÖ | Enhetschef | 0 slagningar | 99 <sup>1</sup> slagningar | 438 slagningar | 946 slagningar | Uppfyllt |

<sup>1</sup> uppgifter för perioderna 04-12 2015 finns endast tillgängliga

### **Förslag till förbättringar 2018**

- att öka användningen av NPÖ

## M Tillsyn, granskning och verksamhetsuppföljning

På uppdrag från kommunstyrelsen och som en del av kommunens totala kvalitetsarbete har under 2017 två internkontrollmoment genomförts. Under våren genomfördes granskning av efterlevandet av rutinen för kontroll av legitimation vid anställning av legitimerad personal. Under hösten genomfördes kontroll av försäkran om rapporteringsskyldighet och avvikelserapportering inom vård och omsorg.

På Skurups kommun intranät finns en framtagen rutin och blankett för dokumentation kring resultatet av förfrågningen till Socialstyrelsen respektive Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rutinen och blanketten reviderade 2013 i samband med att IVO bildades. Dessförinnan gjordes kontrollen endast med Socialstyrelsen.

Kontrollen görs genom att ställa kontrollfrågor, företrädesvis via mail, till Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg. Resultatet av kontrollen dokumenteras på blanketten och blanketten förvaras därefter i respektive persons personalakt på löneenheten.

Rekryterande chef ansvarar för att genomföra kontroller mot Socialstyrelsen och mot Inspektionen för vård och omsorg innan anställning sker. Rekryterande chef kan även delegera uppgiften att kontakta myndigheterna.

Granskningen har bestått av genomgång av personalakter för samtliga anställda legitimerade yrkesutövarna inom vård och omsorg i mars 2017.

I personalakten ska resultatet av kontrollen gentemot IVO och Socialstyrelsen finnas.

Totalt har 33 personalakter granskats.

Rekryterande chef har varierat genom åren vid anställandet av nuvarande legitimerad personal. Vid anställning av legitimerad personal finns relevant rutindokument för hur kontroll av giltig legitimation ska genomföras. Bedömningen är att dokumentet är tydligt och bör utgöra ett stöd för chef vid rekrytering. Dokumentgranskningen visar att på blanketten framgår det att blanketten ska arkiveras i personalakten.

Internkontrollen visar dock att följsamheten till gällande rutin inte är helt tillfredställande.

För mer information se rapporten *Internkontroll av efterlevande av rutinen för kontroll av legitimation vid anställning av legitimerad personal, 2017*.

Internkontroll 2017 omfattade också kontroll av Försäkran om rapporteringsskyldighet och avvikelserapportering inom vård och omsorg. Resultatet av stickprovskontroll avseende avvikelse, synpunkt- och klagomålshantering som genomförts i enlighet med internkontroll 2017 visar på att den årliga informationen och försäkran följs i enlighet med gällande rutiner. All tjänstgörande personal hade skrivit under försäkran. Vidare går att läsa i 2017 års resultat av intern kontroll.

### *Verksamhetsuppföljning Basal hygien*

Basala hygienrutiner är grunden för en god hygienisk standard i allt vårdarbete. Att hindra vårdrelaterade infektioner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Målet är att genom bra rutiner och följsamhet till dessa förhindra vårdrelaterade infektioner och åstadkomma en god och säker vård och en trygg arbetsplats.

Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien inom hälso- och sjukvården upphävdes 1 januari 2016 och ersätts av föreskrift om basal hygien i vård och omsorg. Den nya föreskriften ska även tillämpas i verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen (SoL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Skurups kommun har sedan 2007 en framtagen rutin gällande basala hygienrutiner i särskilt och ordinärt boende samt gruppboende LSS. Rutinen baseras bland annat på Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien inom hälso- och sjukvården och Arbetsmiljöverkets föreskrifter om användning av personlig skyddsutrustning.

Sedan 2016 gäller basala hygienrutinerna överallt där vård och omsorg bedrivs inom Individ och omsorgsförvaltningen. Där syftet är att förhindra smitta från patient till personal och från personal till patient (direkt kontaktsmitta) och mellan patienter, via personalens händer och kläder (indirekt kontaktsmitta).

Följsamhet till rutinen är en av de viktigaste åtgärderna för att förhindra smittspridning i vården.

Under 2017 genomförde medicinskt ansvarig sjuksköterska granskning av följsamheten mot gällande rutin.

För att få en bredd på mätning valdes att engagera alla boenden: Bruksgården, Flintebro, Lillgården samt LSS boende Tegelgatan 17, Prästgatan, Bruksgatan 11 och 18, samtliga hemtjänstområden, Norr, Söder, Rydsgård/ Skivarp samt personlig assistans och hemsjukvården.

Mätningen genomfördes under en arbetsdag i september 2017. Metoden var självskattning enligt ett framtaget formulär där samtlig personal i tjänst skulle genomföra självskattningen. I årets undersökning har det skett en förbättring i samtliga kontrollmoment. Förbättringen varierar mellan 1 och 35 procentenheter. För mer information se rapporten *Verksamhetsuppföljning Basal Hygien, 2017*.

#### *Verksamhetsuppföljning av efterlevande av rutin för läkemedels- och närförråd i Skurups kommun 2017*

Läkemedelshantering i kommunal hemsjukvård (särskilt och ordinärt boende) är att betrakta som öppenvård det vill säga läkemedlen förskrivs till den enskilde patienten på recept eller ApoDos.

Det finns dock ofta behov av kommunalt läkemedelsförråd (LF) (läkemedelsförråd och närförråd) med de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienter kan behöva i akuta situationer eller efter ordination från läkare alternativt enligt generella direktiv (ordinationer). Detta för att begränsa akutbesök under jourtid samt minska akuta ordinationsändringar i ApoDos.

I samtliga kommuner i Skåne finns ett eller flera läkemedelsförråd. Dessa innehåller de viktigaste och vanligaste läkemedlen som patienter behöva i akuta situationer. Läkemedel från läkemedelsförråden skall användas till patienter som bor på särskilt boende och till de patienter som har hemsjukvård och där sjuksköterska övertagit läkemedelshantering.

Uttag kan ske enligt generell ordination, skriftlig ordination eller telefonordination av läkare. Övergripande ansvar för bland annat rutiner för hantering och beställning har medicinskt ansvarig sjuksköterska. Skurups kommun har sedan år 2007 en framtagen intern rutin gällande läkemedels- och närförråd.



Under 2017 genomförde medicinskt ansvarig sjuksköterska granskning av följsamheten mot gällande rutin. Resultatet av verksamhetsuppföljningen visar på att rutinen för läkemedels- och närförråd följs. För mer information se rapporten *Verksamhetsuppföljning av efterlevande av rutin för läkemedels- och närförråd i Skurups kommun 2017*.

### *Verksamhetsuppföljning Samtycke*

Skurups kommun har sedan flera år en framtagen rutin gällande inhämtande av samtycke i särskilt och ordinärt boende samt gruppboende LSS. Rutinen reviderades senast i mars 2015.

All personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har tystnadsplikt. Det innebär att alla uppgifter som rör patientens sjukdom, behandling eller personliga förhållanden med mera, skyddas av sekretess och får som regel bara lämnas ut om patienten har lämnat sitt medgivande (samtycke). Inte heller närstående har rätt att få veta vad som sägs och sker inom vården om patienten inte har lämnat sitt samtycke.

Det är endast de som aktivt deltar i vården av patienten, inom samma organisation eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården som får prata med varandra om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden eller ta del av patientens journal.

Inom socialtjänsten gäller sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men (26 kap. 1 § OSL<sup>6</sup>).

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § OSL).

För att få en bild på hur processen fungerar har slumpvis utvalda patienters samtyckesblanketter granskats. Metoden har varit stickprov, totalt har 98 patienters handlingar granskats. Av undersökningen framgår att 74% av dem granskade patientjournalerna har dokumenterat samtycke. Resultatet utgör en förbättring i förhållande till föregående års granskning då motsvarande resultatet var 71%.

Nu fortsätter arbetet för respektive enhetschef med att bland annat informera medarbetare som gällande resultat av internkontrollen. Det är viktigt att samtlig personal är delaktig och medveten om vikten av att inhämta samtycke från patienten. För mer information se skrivelserna *Verksamhetsuppföljning 2017 - Samtycke*.

## **N Vård och omsorg om personer med demenssjukdom**

Hög ålder är den största riskfaktorn för demenssjukdom. I kommunen finns 48 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.

<sup>6</sup> Offentlighets- och sekretesslagen (OSL)

Silviasjuksköterskan och en Silviasyster är certifierade utbildare, varför kommunen är självförsörjande avseende utbildning till kommunens BPSD-administratörer. Demensteamet har under året genomfört handledning till personal på enheterna för personer med demenssjukdom. Teamet får via uppdragsbeställning önskemål om att genomföra BPSD-registrering och dessa ska vara genomförda inom en vecka.

### Kompetens

I kommunen finns:

- En Silvia sjuksköterska med *Omvårdnadsvetenskap med inriktning demensvård, 30 hp*<sup>7</sup>
- Två Silviasystrar med *Demensvård för undersköterskor, 60 hp*
- Samtlig personal inom vård och omsorg har genomfört utbildningen Demens ABC
- 72 personer som genomgått utbildningen om till BPSD-administratörer
- 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
- Silviasjuksköterskan och en Silviasyster är utbildade till certifierade utbildare i BPSD-registret

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig              | 2014                            | 2015                            | 2016                             | 2017                             | Resultat |
|--|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| <b>Vård och omsorg om personer med demenssjukdom</b>                   |                       |                                 |                                 |                                  |                                  |          |
| Att fortsätta arbetet med att utbilda personal i <i>Demens ABC</i>     | Enhetschef/demensteam | Pågick                          | Genomfört                       | -                                | Genomfört                        | Uppfyllt |
| Att fortsätta arbetet med att utbilda personal till BPSD-administratör | Enhetschef            | 9 st har gått extern utbildning | 3 st har gått extern utbildning | 10 st har gått intern utbildning | 50 st har gått intern utbildning | Uppfyllt |

### Förslag till förbättringar 2018

- att fortsätta arbetet med att utbilda personal på kommunens samtliga enheter för personer med demenssjukdom till BPSD-administratör
- att implementera ett förbyggande arbetsätt på samtliga enheter för personer med demenssjukdom, genom att arbeta strukturerat med BPSD-registret
- att fortsätta utbilda personal i Demens ABC

<sup>7</sup> Hp, högskolepoäng

## 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 samtalet 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.

I samband med redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen beslutades om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

| Förslag till förbättringar   | Ansvarig      | 2014 | 2015 | 2016  | 2017               | Resultat        |
|--|---------------|------|------|-------|--------------------|-----------------|
| <i>Förebyggande hembesök</i>   |               |      |      |       |                    |                 |
| Att slutföra de kvarvarade personerna som är födda 1935 samt samtliga födda 1936       | Fysioterapeut | -    | -    | 14 st | 2 st födda 1936    | Ej uppfyllt     |
| Att besöka samtliga födda 1937 och slutföra de kvarvarade personerna som är födda 1936 | Fysioterapeut | -    | -    | -     | Uppfyllt 1937<br>- | Delvis uppfyllt |

### Förslag till förbättringar 2018

- att besöka samtliga födda 1938

## 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 uppnås. Områden för internkontroll fastställs årligen av kommunstyrelsen.
- Punktprevalensmätning gällande trycksår genomförs en gång per år
- Läkemedelsgenomgångar genomförs årligen
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs av intern granskar en gång per år
- Synpunkter som inkommer återkopplas till berörd enhetschef

- Analys av patientnämndsärenden, återkoppling till Patientnämnden av via dem inkomna synpunkter
- Registrering i Svenska Palliativregistret
- Registrering i Senior alert
- Registrering i BPSD-registret

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Tvärprofessionella team finns bestående av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal som samtalar om hur gruppen ska arbeta för att få en samsyn avseende den enskilde på regelbundna möten inom hemtjänsten. Framkommer det vid träffen att svårigheter/problem finns hos den enskilde så utmynnar det i att behov finns för ett SIPmöte samt framtagande av en SIP.

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 som har sitt ursprung i ett projekt i kommunförbundet Skånes regi. Projektet upphörde 2016, men då samverkansformen är väl utarbetad har arbetet fortsatt lokalt. Ledningskraft intentioner är en långsiktig hållbar utveckling formas för att förbättra vård och omsorg för sjuka äldre utifrån intentionerna i hälso- och sjukvårdsavtalet.

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

Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne ”Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne” är ett utvecklingsavtal. Avtalet inrymmer alla delar inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Utgångspunkterna för avtalet 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. Avtalet kommer att vara helt utbyggt 2020. Under 2017 har fokus lagts på att implementera mobilt vårdteam och att genomföra SIP hos de patienter som erbjuds att ingå i mobilt vårdteam.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Enligt lokal rutin för avvikelshantering har legitimerad och övrig vårdpersonal skyldighet att rapportera avvikelser. Så fort vårdpersonal får kännedom om en hälso- och sjukvårdsavvikelse kontaktas sjuksköterska alternativt om avvikelsen berör hjälpmedel eller rehabilitering/träning kontaktas arbetsterapeut eller fysioterapeut. Kontaktad legitimerad yrkesutövare bedömer vilka åtgärder som måste vidtas omgående. Sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut och vårdpersonal dokumenterar i patientjournalen.

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

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

På [www.skurup.se](http://www.skurup.se) under ”tyck till om omsorg och stöd” kan medborgare framföra synpunkter och klagomål. Sedan 2017-07-01 har förvaltningen ett särskilt digitalt system för hantering av synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål kan också lämnas via synpunktsblankett, mail eller per telefon.

Enligt rutin har alla medarbetare inom Vård och omsorg ansvar för att de synpunkter/klagomål som de får kännedom om dokumenteras på synpunktsblankett eller i det digitala synpunktshanteringssystemet. Synpunkten/klagomålet åtgärdas om möjligt snarast av den som tagit emot synpunkten/klagomålet och blanketten med dokumenterad åtgärd lämnas till enhetschef.

Under 2017 har elva stycken (6/2016, 12/2015, 27/2014, 7/2012, 22/2013) synpunkter och klagomål lämnats som på något sätt berör Individ- och omsorgsförvaltningens verksamhet. Utöver dessa har det inkommit elva synpunkter och klagomål avseende färdtjänst.

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.

## 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 2018

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

- Revidering av rutinen avvikelshantering
- Fortsätta med processkartläggning
- Revidering av rutinen för riskbedömning fall

*Öka kundernas/närståendes kunskap och delaktighet i patientsäkerhetsarbetet*

- Förbättra synpunkts- och 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

*Fortsätta med kvalitetsarbete*

- Mäta följsamheten mot basalhygien rutinen
- Genomföra trycksårs inventering

2018-02-28

Rickard Pettersson  
Förvaltningschef/verksamhetschef HSL

Anna-Lena Fällman  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska