



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

2020-03-01

Pia Arndorff, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Anna Netterheim, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll.....	9
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	12
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	13
RESULTAT OCH ANALYS	13
Avvikelse	13
Lex Maria	20
Klagomål och synpunkter.....	20
Förhindra smittspridning	22
Nationella kvalitetsregister.....	24
Delegeringar	28
Strukturerad kommunikation	28
Överrapportering från slutenvården	29
Dokumentation	29
Lyftanordningar	29
Mål och strategier för kommande år	30

Sammanfattning

Under 2019 har patientsäkerhetsarbetet inom Vård och Omsorg fokuserat på att säkra en god och säker vård för patienten. Det har funnits risker gällande smittspridning, delegeringar, fall och i det förebyggande arbetet. Åtgärder har vidtagits för att minska riskerna, men det kvarstår mycket att utveckla.

Det finns ett stort engagemang i verksamheten kring patientsäkerhetsfrågor. Samtliga medarbetare har deltagit i patientsäkerhetsarbetet. Personal har bidragit genom att identifiera och anmäla avvikelser. Det är genom att hitta risker och analysera vad som skett, som organisationen kan lära och inte göra om samma sak.

Det är fortsatt många avvikelser gällande läkemedel och fall. Det vidtagna åtgärderna har inte haft tillräcklig effekt. När det gäller läkemedel har ännu inte digital signering haft full effekt och när det gäller fall behöver organisationen arbeta vidare för att hitta bättre lösningar.

Mål gällande patientsäkerhetsarbetet för 2020 är ett fortsatt arbete med utveckling av kvalitetsledningssystemet, ett kvalitetsarbete gällande nutrition och sår samt en utveckling av användandet av de nationella kvalitetsregisterna. Det behövs också ett kraftfullt arbete gällande efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler.

Inledning

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Struktur

Övergripande mål och strategier

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

Mål för 2019

- Utveckling av kvalitetsledningssystemet genom fortsatt arbete med att tydliggöra processer i verksamheten och koppla riktlinjer och rutiner till dessa.
- Förbättrad dokumentation genom införande av markörbaserad journalgranskning.
- Säkerställa att ordinationer utförs genom införande av digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.
- Arbeta förebyggande genom att utveckla användningen av nationella kvalitetsregister.
- En satsning på palliativ vård genom att närma oss den nationella vårdplanen för palliativ vård.
- Förebygga smittspridning genom att egenkontroll av basala hygienrutiner införs.
- En lärande verksamhet genom att dela information om händelser och åtgärder samt utveckla nya arbetssätt efter analys av avvikelser.

Organisation och ansvar

SFS 2010:559, 3 Imp. 9 § och SOSFS 2011-9, 7 kap. 2 §, p 1

Vård och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att detta integreras med de befintliga systemen för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Detta innebär ansvar för att verksamheten är organiserad och ges förutsättningar i syfte att upprätthålla god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Förvaltningschefs ansvar

I Eslövs kommun är det förvaltningschefen för Vård och Omsorg som är lagstadgad verksamhetschef för hälso- och sjukvård (HSL). Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom vård och omsorg. Ansvaret avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun ska det enligt HSL 11 kap 4§ finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beskrivs att MAS ansvarar för att:

- patienten får en ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som läkare ordinerat,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för:
 - läkemedelshantering,
 - rapportering enligt 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659),
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder alla allvarliga händelser inom vård och omsorg som gäller hälso- och sjukvård. MAS beslutar om ärende ska anmälas som lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO). MAS rapporterar anmälda lex Maria händelser till nämnden.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Enligt HSL 11 kap 4§ får en fysioterapeut eller arbetsterapeut ansvara för att fullgöra det ansvar som åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska inom ett verksamhetsområde som i huvudsak omfattar rehabilitering.

I Eslövs kommun finns en MAR utsedd. Då MAR i Eslöv har en tude-lad tjänst som enhetschef för rehabilitering och MAR finns en intern ansvarsindelning där MAS ansvarar för utredningar av allvarligare karaktär.

Chefer

Verksamhetschefer (andra linjens chef) och enhetschefer (första linjens chef) ansvarar inom respektive område för att alla medarbetare har kunskap om patientsäkerhetsarbetet samt för att engagera medarbetarna i detta arbete. Respektive chef ansvarar för att alla medarbetare har rätt

kompetens för att ett patientsäkert arbete ska kunna utföras. Det är även chefens ansvar att alla medarbetare har kunskap om hur de anmäler avvikelser samt för att medarbetarna faktiskt anmäler avvikelser. Chefen ansvarar också för att de riktlinjer som MAS och MAR satt upp för en patientsäker vård, efterlevs i verksamheten.

Enhetschefer ansvarar för att minst en gång per månad sammanställa enhetens avvikelser och tillsammans med arbetsgruppen analysera dessa och ta fram åtgärder för att förhindra upprepning. Verksamhetschefen ansvarar för att en gång per halvår tillsammans med enhetscheferna analysera verksamhetens avvikelser. Rapport från dessa analyser samt vidtagna åtgärder för att förhindra upprepning ska ges skriftligt till MAS. I de fall avvikelsen rör sig om rehabilitering ges rapport till MAR.

Legitimerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Legitimerad personal ansvarar för att anmäla avvikelser i hälso- och sjukvården samt för att utreda avvikelser och genom detta förbättra och utveckla vården.

Samtlig personal inom vård och omsorg

All personal inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser i verksamhetssystemet. Samtlig personal har också en skyldighet att följa uppsatta riktlinjer så att en patientsäker verksamhet kan ske.

Patientnämnden

Om patient eller närstående vill framföra ett klagomål till vårdgivare kan patienten vända sig till patientnämnden. Patientnämnden fattar inga medicinska beslut, men kan hjälpa och stödja patienten i att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren.

De klagomål som kommer in till patientnämnden framförs till vårdgivaren som genom sin utredning av klagomålet kan hitta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO utövar tillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet inom lagområdet Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I tillsynsuppdraget ingår handläggning av anmälningar som lex Maria.

IVO utreder endast allvarligare händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit.

Ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete

SOSFS 2011:19 gäller sedan 2012 och beskriver hur ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara uppbyggt. Ledningssystemet ska beskriva hur de olika nivåerna i organisationen ska arbeta för att främja en hög patientsäkerhet. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser kring hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens kvalitetsdefinition är den ram som ska fyllas med innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter.

För att ta reda på vad som är kvalitet för respektive verksamhet måste en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och föreskrifter göras. Arbetet med kartläggning av lagar och föreskrifter måste pågå fortlöpande, då dessa förändras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur Vård och Omsorgs verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Samordnad vårdplanering, rutiner vid samordnad vårdplanering.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.

-
- Lokalt avtal beträffande samverkan kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom.
 - Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
 - Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid upprättande av samordnad individuell plan (SIP) är alltid patient med. Vid samtycke från patienten erbjuds även närstående att delta. I samband med allvarliga vårdskador eller när allvarliga vårdskador skulle kunna ha inträffat tar tjänstgörande sjuksköterska kontakt med patient och om samtycke finns även kontakt med närstående.

Vid lex Maria-ärenden erbjuds patienten och/eller dess närstående att som en del av utredningen beskriva hur de upplevt händelsen. MAS återkopplar till patient och/eller närstående och redogör för kommunens utredning och åtgärder. Detsamma gäller vid klagomål.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelsehantering

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normalt eller förväntat förlopp. Målet med avvikelsehanteringen är att alla avvikande händelser rapporteras. Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. I samband med att avvikelse gällande hälso- och sjukvård inträffar ska alltid legitimerad yrkesutövare kontaktas för bedömning om akut åtgärd.

Alla avvikelser ska dokumenteras i Vård och Omsorgs avvikelssystem. Händelserna utreds i verksamheten, en första utredning görs alltid av chef. Första bedömning och identifiering av vad, varför och vem ska göras inom fem dagar och hela utredningen ska i normalfallet vara klar inom en månad. Legitimerad personal utreder händelser som delegerad personal utfört och enhetschefer för sjuksköterskor respektive rehabilitering utreder avvikelser som gäller legitimerad personal. Allvarliga händelser utreds av MAS som beslutar om anmälan enligt lex Maria till IVO.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan inkomma muntligt eller skriftligt. Den som mottar klagomålet eller synpunkten, oavsett hur den inkommit, för

in det i avvikelssystemet. Enhetschef ansvarar för utredning och svar till den som lämnat klagomål eller synpunkt. Är allvarlighetsgraden 3-4 lämnas klagomålet till MAS för vidare utredning.

Klagomål och synpunkter som kommer via IVO eller patientnämnd förs in i avvikelssystemet av MAS eller MAR. MAS eller MAR beslutar om allvarlighetsgrad. Är allvarlighetsgraden hög utreder MAS eller MAR händelsen, bedöms allvarlighetsgraden som lägre skickas händelsen till chef för utredning.

Oavsett hur klagomål eller synpunkt inkommit ska svar ges så snart som möjligt, dock senast efter fyra veckor. Tar en utredning längre tid ska kontakt tas med den som inkommit med klagomålet med information om att längre tid krävs för utredning.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databasen SKR
Avvikelser	12 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gånger per år	Senior Alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Lyftordinationer	1 gång per år	Ordinationer

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2019 har åtskilliga åtgärder vidtagits för att förbättra patientsäkerheten, medan andra planerade åtgärder av olika skäl inte hunnits med.

Utveckling av kvalitetsledningssystemet

Ett omfattande arbete har genomförts i verksamheterna för att beskriva de processer Vård och Omsorg arbetar efter. Utifrån dessa processer kan det sedan säkerställas att det finns riktlinjer och rutiner som täcker allt. Genom att använda processen som utgångspunkt blir det även enklare för samtliga medarbetare att hitta bland riktlinjer och rutiner.

Arbetet med processer har i princip färdigställt under 2019. Ett arbete med att på bästa sätt publicera processer och rutiner kvarstår.

Förbättrad dokumentation

Ett stort arbete med att förbättra dokumentationen har genomförts under 2019. Under slutet av 2018 startades ett arbete där sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter alla ska dokumentera enligt samma system, nämligen Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa/Klassifikation av vårdåtgärder (ICF/KVÅ).

Markörbaserad journalgranskning har inte genomförts då ovanstående djupgående förändring av dokumentationen har skett. Markörbaserad journalgranskning kommer att införas under ett senare skede.

Säkerställa att ordinationer utförs

Under 2019 har digital signeringslista införts inom Vård och Omsorg. Detta innebär att legitimerad personal, i real tid, kan säkerställa att ordinationer utförs av delegerad personal. Blir inte ordinationen signerad i tid går ett larm och patienten får sin ordination utförd. Tidigare genomfördes signeringarna på papper och den legitimerade personalen fick in pappret en månad efter. Utredningarna kring avvikelserna tog mycket tid och gav dålig effekt.

Under våren 2019 genomfördes utbildningsinsatser för legitimerad personal, administratörer av systemet för digital signering i verksamheten samt för omvårdnadspersonal. I april/maj började tjänsten användas inom samtliga verksamheter.

Arbeta förebyggande

Genom att bättre använda de nationella kvalitetssystem som Vård och Omsorg är anslutna till (Senior Alert, BPSD) så gör riskbedömningar att åtgärder kan sättas in åtgärder i tidigt skede.

Idag använder vi Senior Alert och BPSD på särskilt boende. Tanken är att detta ska utvecklas för att användas till samtliga hemsjukvårdspatienter. Med anledning av stora organisationsförändringar inom hemvården har verksamheten inte maktat med att införa ett arbete med Senior Alert och BPSD.

En satsning på palliativ vård

Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. Vård och Omsorg arbetar inte enligt denna plan men har bjudit in representant från Palliativt utvecklingscenter för att få information om vad det skulle innebära att arbeta enligt denna plan.

Vård och Omsorg är kopplade till det nationella kvalitetsregistret palliativregistret. I palliativregistret registreras varje avliden patient och från resultatet av registret i vilken omfattning vi utfört vissa utvalda parametrar när det gäller palliativ vård. Verksamheterna arbetar hela tiden för att förbättra värdena.

Förebygga smittspridning

En hög efterlevnad av basala hygienrutiner är grunden i att förhindra smittspridning. Detta är oavsett vilken smitta det handlar om. Vid nyanställning ges en information om basala hygienrutiner och den enskilde får skriva under ett intyg om att hen ska följa basal hygienrutiner. Varje enhetschef ska en gång i månaden ta upp basal hygienrutiner med sin arbetsgrupp och det är verksamhetschefens ansvar att se till att detta sker.

För att kontrollera efterlevnaden av basala hygienrutiner i verksamheten görs årligen en punktprevalens mätning (ppm). Mätningen görs i Sveriges kommuner och regioners (SKR) regi och resultatet av verksamheternas ppm skickas in till SKR som sammanställer resultatet från samtliga kommuner i Sverige som deltar i mätningen. Detta ger ett bra jämförelsematerial från tidigare år och visar också hur verksamheterna står sig i förhållande till andra kommuner.

Det är svårt att genomföra en ppm i ordinärt boende och under 2019 har därför hygienombud utsetts i varje verksamhet. Hygienombudens uppgift är att tillsammans med respektive chef påminna om att basala hygienrutiner följs samt finnas för frågor i verksamheten.

En lärande verksamhet

En gång i månaden ska respektive enhetschef tillsammans med sina medarbetare gå igenom de avvikelser som inkommit. Gruppen ska diskutera resultatet av vad utredning- ar visat och där det behövs för-

ändra arbetssätt så att dessa händelser inte inträffar igen. Varje avvikelse ska hanteras med egen utredning för att händelsen inte ska ske igen hos individen, men det är också viktigt att säkerställa att händelsen inte ske hos andra individer.

Två gånger per år ska respektive verksamhetschef samla enhetscheferna för att arbeta med avvikelserna på aggregerad nivå. De verksamheter som gjort förändringar i arbetssätt delar med sig av detta till övriga verksamheter för att förhindra avvikelser av samma typ på övriga områden. Gruppen ska också identifiera om någon avvikelse är vanlig i samtliga verksamheter och om gemensamma rutiner kan upprättas för att förhindra återupprepning.

Risikanalys

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

Verksamheterna ska arbeta systematiskt och bedöma om det finns risker att negativa händelser kan inträffa för patienten. Att inventera, prioritera, fastställa och hantera risker är en ständigt pågående process som är en viktig del i det förebyggande arbetet. Med ett förebyggande arbete kan eventuella risker identifieras i ett tidigt skede innan en negativ händelse inträffar. De nationella kvalitetsregisterna är ett bra verktyg för riskbedömning.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt göra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon får en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vårdskadan får så liten effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas och utredas där dessa har inträffat. Om händelsen under eller efter en utredning bedöms vara av betydande och/eller katastrofal karaktär ska alltid MAS eller MAR kontaktas för att eventuellt ta över utredningsuppdraget. Enhetschef är alltid mottagare av samtliga avvikelser som inträffar och utreder den del som rör chefskapet i verksamheten. Legitimerad personal utreder händelser som berör delegerad personal och enhetschef för legitimerad personal utreder händelser gällande legitimerad personal. En utredning ska leda fram till vilka åtgärder som behöver vidtas vid enheten och om planerade åtgärder är åtgärder som behöver genomföras inom hela förvaltningen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren är skyldig att kontrollera att ingen obehörig har läst i patientjournalen. För att ha rätt att läsa en patientjournal ska personen ha en vårdkontakt eller på annat sätt behöva uppgiften för arbetet. I Eslövs kommun förs patientjournalen i verksamhetssystemet Treserva och varje gång en journal läses registreras aktiviteten. Förutom i verksamhetssystemet finns tillgång till att läsa Region Skånes patientjournaler via Nationell patientöversikt (NPÖ).

Varje månad sker en loggkontroll i Treserva och NPÖ av slumpvis utvald legitimerad personal. Tio procent av den legitimerade personalen kontrolleras varje månad. Det är systemadministratör som slumpar och enhetschef som granskar. Vid misstanke om olovlig läsning av journal kontaktas omgående MAS för vidare åtgärder. En gång per år lämnas de kontrollerade utdragen till MAS för förvaring.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

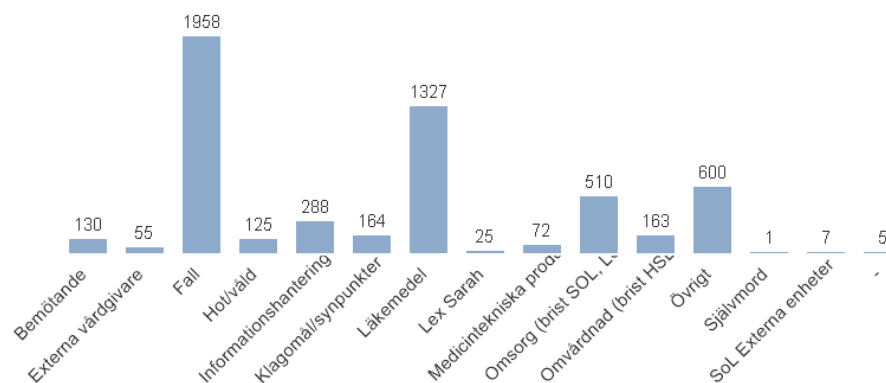
Avvikelser

Under 2019 rapporterades 5430 avvikelser i avvikelssystemet och 561 av dessa är registrerade som avvikelser inom HSL. Det går emellertid inte att använda det registrerade antalet avvikelser för HSL, då väldigt många avvikelser rörande HSL registreras inom andra lagrum.

Antalet 5430 är ungefär 100 färre än under 2018. Fördelningsmässigt är fall och läkemedel fortfarande de områden som har högst avvikelseantal. Antalet fall har ökat sedan 2018 och läkemedel har minskat något.

Enhetschefer och legitimerad personals uppfattning är att de flesta avvikelser anmäls. Det finns emellertid ingen möjlighet att verifiera detta och det kan antas att det finns ett relativt stort mörkertal, där en avvikelse inte anmäls för det tar för lång tid, personal ser ingen mening med att anmäla, personal vet inte hur en anmälan görs eller att personal inte vill anmäla sig själv eller en kollega. Ett ständigt pågående arbete är att informera personalen om vikten av att skriva avvikelser samt utbilda i hur en avvikelse görs.

Avvikelser per område



Fall

En möjlig anledning till att andelen fall ökat är att det under 2018 upptäckte att verksamheterna hade olika lösningar för att inte behöva registrera varje fall hos enskilda patienter med många fall. För att komma tillrätta med detta har en särskild riktlinje skapats. Riktlinjen innebär att för patienter som under en *längre tid* fallit mer än en gång om dagen kan enhetschef söka dispens hos MAS och MAR för att endast rapportera avvikelser en sammanfattande gång per dygn. MAS och MAR går igenom utvärderingen av genomförda åtgärder och dispens kan ges om dessa bedöms som fullvärdiga. Dispensen varar i maximalt tre månader och måste sedan omprövas. Hittills har ingen enhetschef lämnat in någon dispensansökan. Trots detta bedöms tydligheten i riktlinjen vara en av orsakerna till att fler fall registreras. Det finns inte längre utrymme för egna bedömningar gällande patienter som faller ofta. Ett mer aktivt arbete med fall kan också vara en anledning till att fler fall registreras.

En ytterligare förändring som gjorts under 2019 är att det till de personer som faller, men inte har hemsjukvård, skickas hem ett brev med information om att det är viktigt att vid nästa läkarbesök informera om att man fallit. Studier visar att det är viktigt att hitta åtgärder vid det första fallet för att undvika fler fall. Detta gäller de patienter som hemsjukvården får kännedom om genom att de har larm. Vårdcentralerna är informerade om detta och genom samverkan har det konstaterats vara ett bra sätt för kommunen och vårdcentralen att samarbeta kring dessa patienter.

Under året försökte rehabenheten starta ett projekt med en fallkoordinator för att arbeta mer strukturerat med fallen bland kommunens patienter. Rekruteringen gav inte något resultat, varför projektet pausades på obestämd framtid.

Fallfrekvens

I litteraturen används måttet fallfrekvens, antal fall på en enhet delat med antalet platser. Följande mått är normalvariation av fall. (Fall och fallskador SKL 2011)

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Geriatrisk rehabiliterings avd	Psykiogeriatrisk avdelning
Fall per person och år	0,2-1,0	2,0-4,3	2,0-6,5	4,0-6,2

Demensboendet på Kärråkra bedöms tillhöra kategorin ”Psykiogeriatrisk avdelning” och korttidsboendet på Ölycke ”Geriatrisk rehabiliterings avdelning” i detta sammanhang.

	Fallindex (fall/platser)			
	2018		2019	
Bergagården	1,6	(90/57)	3,0	(145/48)
Gjutaregården	2,3	(86/38)	1,8	(70/38)
Solhällan	2,5	(118/ 48)	4,1	(196/48)
Trollsjögården	1,8	(104/56)	1,7	(98/56)
Kärråkra	3,4	(192/56)	3,8	(215/56)
Ölycke boende	-		1,3	(12/9)
Ölycke korttid	4,0	(68/22)	4,2	(92/22)

Analys

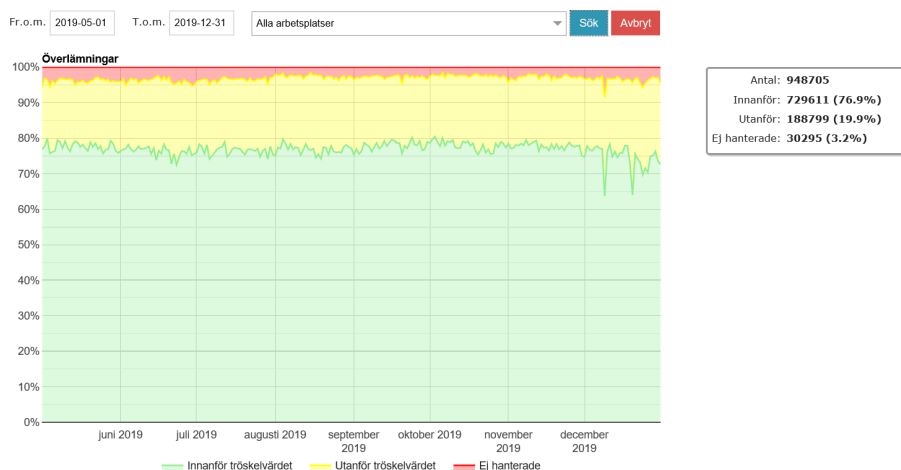
Gjutaregården har ett aktivt arbete med fokus på fall. Resultatet bedöms bero på det aktiva arbetet. Alla fall i verksamheten rapporteras. Fallavvikelsena beskrivs detaljerat, för att kunna förebygga med åtgärder enligt Senior Alert. På både Bergagården och Solhällan förklaras ökningen av fall med att några få individer faller ofta. För dessa är insatser insatta, men behovet av rörelsefrihet trots begränsad förmåga resulterar i fall.

Vårlöken har inte studerats då antalet platser ändrats mycket under året. Inte heller LSS-verksamheterna är analyserade då de är små och tidigare analyser visar på få fall och det saknas jämförande värden.

Läkemedel

Andelen avvikelser gällande läkemedel har sjunkit med ungefär 100 avvikelser sedan 2018. Under våren 2019 infördes digital signering för att säkerställa att patienter fick sin ordination utförd och vid rätt tillfälle. Förhoppningen var att antalet avvikelser gällande läkemedel drastiskt skulle minska. Detta har inte skett. Införandet av digital signering har dock visat en bra bild av var i verksamheterna problem finns och vad det finns att arbeta med.

Systemet fungerar i realtid vilket ställer stora krav på den legitimerade personalen som ska se till att signeringslistor är korrekta och omgående korrigeras vid förändringar. Tidigare kan en muntlig instruktion ha getts och sedan har uppföljning skett genom att signeringslistan fyllts i i efterhand. Om det idag inte finns någon signeringslista i systemet så genereras en avvikelse. Alla brister gällande läkemedel och ordinationshandlingar syns omgående och genererar avvikelser. I nuläget är bedömningen att avvikelser som tidigare varit ett mörkertal nu dokumenteras då bristen syns direkt i det digitala systemet. Konstateras kan också att 76 procent av ordinationerna utförs korrekt. Vård och Omsorg hanterade nästan 950 000 ordinationer mellan maj och december 2019. Av dessa utfördes 730 000 ordinationer helt korrekt. 190 000 ordinationer utfördes, men utanför givna tidsramar.



Efterlevnaden av utförd ordination kontrolleras genom att följa statistik direkt i digital signering. Vid analyser av denna statistik har handhavandefel upptäckts. En del av det som visas som *ej utfört* gäller missar i att pausa eller flytta patienter som inte är hemma. En del av det som utförs, men vid fel tillfälle gäller felaktigt beteende hos den delegerade personalen. Personal har inte signerat direkt, utan valt att signera samtliga listor när allt är utfört. Detta är ett grovt felaktigt beteende som

enhetscheferna arbetar för att komma till rätta med. Andra saker är direkta felaktigheter och här behöver enhetschefer och legitimerad personal samarbeta för att komma till rätta med problemen.

Extern hjälpmedelsleverantör

I patientsäkerhetsberättelsen för 2018 framkommer stora bekymmer med leverans av hjälpmedel. En successiv långsam förbättring ses i arbetet med hjälpmedelshanteringen under 2019. Analysen av 2018 års inskickade avvikelser visar att 40 procent av periodens totala avvikelser skedde under årets tre sista månader. Avvikelserna har främst bestått i försenade produkter. Under 2019 har ingen av dessa förseningar orsakat någon allvarlig vårdskada. Dock ökad arbetsbelastning och risker.

År	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19
Totalt antal inrapporterade brister (avvikelser)	836	997	680	847	743	1330	2224
Brister hos hjälpmedelsleverantören (%)	5	49	58	40	55	61	70
Brister hos underleverantör (%)	14	19	14	18	13	17	10
Brister hos kommunerna (%)	2	1	3	15	1	1	>1
Bedömda som ej avvikelse (%)	25	30	24	26	31	21	19
Procent av avvikelserna som berör förseningar (%)	28	33	27	35	17	37	56

Anmälan enligt 2§ 6 kap SOSFS 2008:1

Denna anmälan görs till tillverkaren och till Läkemedelsverket. Ett svar har erhållits under 2019. Det gällde en rollator som tappat ett hjul.

”Tillverkaren lägger det inträffade till sin riskhantering. Human Care bedömer att detta fall sammanfaller med ett antal liknande fall där slutsatsen varit att hjulmuttern inte varit tillräckligt hårt dragen vid leverans alternativt otillräckligt utförd rekonditionering. Vidare information kan fås av tillverkaren eller dennes representant.”

Säkerhetsmeddelanden

I samverkan med Sodexho hjälpmedelsservice är det överenskommet att Sodexho administrerar och lägger upp planer för säkerhetsmeddelandena. Nytt under året är att bromsar på många rullstolar av märket Cross 5 rullstol behövs bytas. Arbetet pågår fortfarande.

Hantering av avvikelser

Verksamheterna har fortsatt problem med att hantera avvikelserna inom stipulerad tid. Från MAS sida finns en stor tolerans för att allvarliga och större utredningar kan ta tid och att utredningar inte hinns göras under de 30 dagar verksamheten har på sig. Det är inte de stora utredningarna som tar tid, utan det är avvikelser gällande ej givna läkemedel och utredningar kring fall som inte blir färdiga och avslutas i tid. Av de 5432 avvikelser som rapporterades under 2019 tog 1767 längre tid än 30 dagar. En förbättring har skett från 2018 då 63 procent av avvikelserna blev färdigbehandlade till att 68 procent blev färdigbehandlade under 2019. Snitttiden för en utredning är 33 dagar. Med tanke på att en del utredningar enbart tar en dag eller två så är 33 dagar mycket. I avvikelssystemet ligger i skrivande stund drygt 100 oavslutade avvikelser för 2019.

Att utreda en händelse ger bäst resultat då det görs i nära anslutning till händelsen. Drar det ut på tiden så glömmar de inblandade personerna detaljer som är viktiga för utredningen. Ett dröjsmål med utredningen leder också till att åtgärder som behöver sättas in blir försenade.

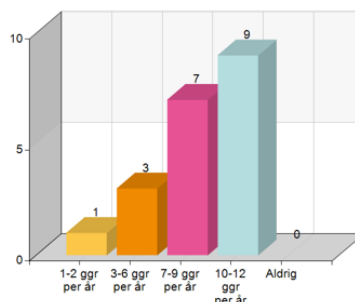
Resultat av arbetet med avvikelser

Enligt riktlinje ska enhetschef ta upp avvikelser med medarbetargruppen en gång per månad då även åtgärder tas fram. Flertalet av enhetscheferna tar upp avvikelser mellan 7 och 12 gånger per år. Det finns dock några som inte tar upp detta mer än 1-6 gånger per år.

Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen kring avvikelser (en episod på 10 min krävs för att det ska räknas som en gång) under 2019?

Namn	Antal	%
1-2 ggr per år	1	5
3-6 ggr per år	3	15
7-9 ggr per år	7	35
10-12 ggr per år	9	45
Aldrig	0	0
Total	20	100

Svarsfrekvens
100% (20/20)

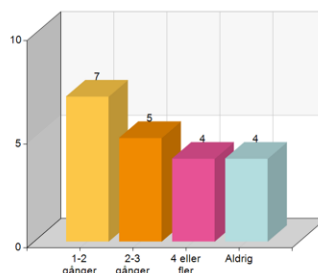


Chefer har mesta dels ingen planerad tid för att gemensamt prata om avvikelser, vilket leder till att varje verksamhet arbetar med problemen. Verksamheterna är dåliga på att ta lärdom av varandra.

Hur ofta har du under 2019 haft ett planerat möte med dina kolleger för samtal om avvikelser?

Namn	Antal	%
1-2 gånger	7	35
2-3 gånger	5	25
4 eller fler	4	20
Aldrig	4	20
Total	20	100

Svarsfrekvens
100% (20/20)

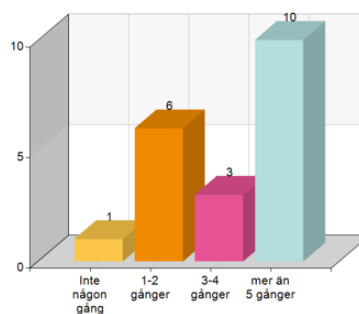


Enhetscheferna upplever ändå till stor del att verksamheten utvecklas genom arbetet med avvikelser. Det är enbart en enhetschef som inte kan se att avvikelserna har lett till någon förändring.

Hur många gånger har arbetet med avvikelser lett till ett förändrat arbetssätt i din verksamhet?

Namn	Antal	%
Inte någon gång	1	5
1-2 gånger	6	30
3-4 gånger	3	15
mer än 5 gånger	10	50
Total	20	100

Svarsfrekvens
100% (20/20)



De förändringar i arbetssätt som enhetscheferna tar upp är:

- En högre grad av förebyggande arbete,
- bättre följsamhet till riktlinje/rutin,
- handlingsplaner skrivs/diskuteras/följs upp,
- förändrad schemaläggning,
- arbete med att förbättra kommunikationen,
- checklista vid introduktion,
- utbildningsinsatser.

Aggregerad nivå

Arbetet med avvikelser sker i första hand i verksamheten. Enhetschefen ansvarar för att en gång i månaden gå igenom avvikelserna på enheten, analysera dessa och ta fram åtgärder. Detta arbete ska ske tillsammans med medarbetargruppen. Två gånger per år ska verksamhetschefen samla enhetscheferna inom verksamheten för att tillsammans analysera de avvikelser som framkommit, ta fram gemensamma åtgärder, samt

delar med sig av vidtagna åtgärder för att säkerställa ett lärande inom verksamheten. Det är inte acceptabelt att samma avvikelse återkommer gång på gång utan att någon åtgärd vidtagits och utvärderats. Respektive verksamhetschef ansvarar för att de förändringar som arbetets framverkställs i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar också för att rapportera till MAS vad som framkommit.

Under 2019 har följande framkommit:

Verksamhet funktionsnedsättning

- Verksamhetschef går tillsammans med enhetscheferna igenom avvikelser varannan arbetsledarträff. Områden som diskuteras vid dessa tillfällen är: bemötande, hot och våld och läkemedel.
- Avvikelser/synpunkter/klagomål från brukarna/anhöriga är en stående punkt på dagordning.
- Verksamhetschef skickar statistik via e-post till enhetschefer inom funktionsnedsättning gällande antal avvikelser, antal område och vilka åtgärder 1 ggr/kvartal.

Verksamhet Äldreomsorg

Ingen rapport har inkommit, men MAS är inbjuden till gruppen för uppstart 2020.

Verksamhet Hälso- och sjukvård

Ingen rapport har inkommit.

Lex Maria

Under 2019 har MAS fattat beslut om en lex Maria-anmälan till IVO. Anmälan gällde förväxling av patient vid rapport till sjuksköterska. Händelsen ledde till underbehandling då patient som rapporterades inte hade några bakgrundssjukdomar att ta hänsyn till, vilket den korrekta patienten hade. Patienten avled i samband med händelsen.

Åtgärder som vidtogs var en skärpning i riktlinjen gällande extra kontroll av sjuksköterska kring identitet samt enskilt samtal med berörd omvårdnadspersonal. Berörd omvårdnadspersonal har varit anställd i kommunen en längre tid, inser allvaret i händelsen och har inte tidigare varit inblandad i någon allvarlig händelse.

IVO har fattat beslut i ärendet och anser att Eslövs kommun vidtagit tillräckliga åtgärder och avslutar därmed ärendet.

Patientnämnd

Ett ärende från Eslövs kommun har varit anmält av anhörig till patientnämnden. Ärendet gäller det ovanstående beskrivna ärendet som varit anmält som en lex Maria. Patientnämnden är nöjd med Vård och Omsorgs hantering och återkoppling till anhörig.

Klagomål och synpunkter

Sammanlagt 26 klagomål och synpunkter har inkommit till Vård och Omsorg under 2019 gällande hälso- och sjukvård.

Vem	Antal	Vad
Patient	1	hjälpmedel
Anhöriga	14	<ul style="list-style-type: none">• Dröjsmål innan läkare/ambulans kontaktats• Försämringar har inte noterats• Sjuksköterska har inte kommit• Personal har ”gjort fel”/har dålig kunskap• Avsaknad av arbetsterapeut• Dåligt bemötande
Vårdcentral	7	<ul style="list-style-type: none">• Ej korrekt id vid blodprovstagning• Ingen sjuksköterska kom vid SIP• Brister i sjuksköterskan agerande
Slutenvård	2	<ul style="list-style-type: none">• Försenad behandlingsstart• Patienten skulle inte skickats till sjukhus
Ambulans	2	<ul style="list-style-type: none">• Ambulans skulle inte kontaktats

Många av klagomålen, framför allt från anhöriga, innehåller delar av dålig kommunikation mellan vården och anhöriga. En del av klagomålen skulle kunna undvikas om anhöriga och patient var bättre informerade. Patientlagen (2014:821) är tydlig i att patienten har rätt till delaktighet. Enligt 5 kap 1§ ska även anhöriga få möjlighet att medverka vid utformningen av vården där det är lämpligt och där sekretess inte hindrar detta. MAS har vid samtal med enhetschefer vid särskilt boende tagit upp vikten av att det tas fram ett gemensamt dokument gällande kontakt med anhöriga. I detta arbete måste också enhetschefer för hälso- och sjukvårdspersonalen vara med.

De vanligaste övriga åtgärderna är:

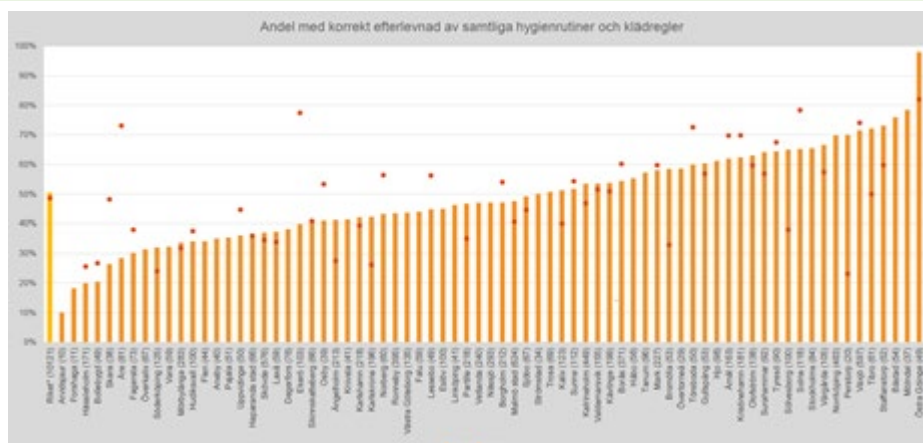
- Enskilt samtal med berörd legitimerad personal.
- Samtal i respektive grupp för legitimerad personal.
- Enskilt samtal med berörd omvårdnadspersonal.
- Samtal med berörd grupp för omvårdnadspersonal.
- Tillägg/förtydliganden i riktlinje.
- Information till klagomålsställaren vid missuppfattningar.
- Samverkan med vårdcentraler för bättre samarbete.

Förhindra smittspridning

Vård och Omsorg deltog i SKR:s årliga punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och klädregler.

Vad	Eslövs värde (%)	Riket (%)
<i>Basala hygienrutiner</i>		
Korrekt användning av förkläde	85	82
Korrekt användning av handskar	95	95
Desinfektion av händer efter	82	90
Desinfektion av händer före	48	60
Samtliga fyra korrekt basala hygienrutiner	45	58
<i>Klädregler</i>		
Kort/ uppsatt hår	100	98
Korta rena naglar	98	97
Fria armar	95	94
Korrekt arbetsdräkt	100	94
Samtliga fyra korrekt klädregler	95	85
<i>Korrekt samtliga åtta rutiner och regler</i>	45	50

Antal observerade – 100 omvårdnadspersonal och sjuksköterskor på särskilt boende.

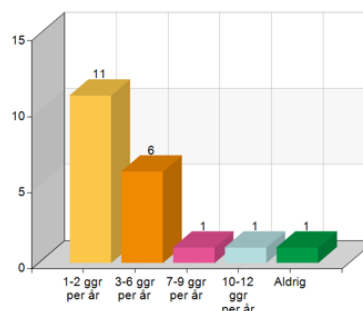


Enhetscheferna ansvarar för att basal hygienrutiner efterlevs i deras verksamhet samt att en gång per månad lyfta frågan i arbetsgruppen. Flertalet gör också detta, men det finns några chefer som lyfter frågan väldigt sällan eller aldrig.

Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen om basala hygienrutiner (episod på minst 10 minuter för att det ska räknas som en gång) under 2019?

Namn	Antal	%
1-2 ggr per år	11	55
3-6 ggr per år	6	30
7-9 ggr per år	1	5
10-12 ggr per år	1	5
Aldrig	1	5
Total	20	100

Svarsfrekvens
100% (20/20)



Då resultatet av efterlevnaden av basala hygienrutiner och klädregler inte är tillfredställande så har det under 2019 skapats hygienombud. Hygienombud finns främst i hemtjänstområdena och de har ett uppdrag att hjälpa och stötta chefen i arbetet med efterlevnad av basala hygienrutiner. MAS har haft träffar med ombuden två gånger under 2019, där MAS gett utbildning samt diskussioner har förts kring problem i verksamheterna och hur dessa ska åtgärdas.

Ett fortsatt kraftfullt arbete krävs för att förbättra detta resultat! I en verksamhet med enbart riskgruppspatienter måste efterlevnaden av basala hygienrutiner skärpas. Den vanligaste smittkällan är händerna och där har Vård och Omsorg de sämsta resultaten.

Vaccination mot säsongsinfluensa

Vård och Omsorg erbjöd under hösten 2019 alla medarbetare i patient-

nära vård gratis vaccination mot säsongsinfluensa. Omkring 100 medarbetare antog erbjudandet. En stabil personalgrupp med kontinuitet under influensasäsongen innebär en ökad patientsäkerhet. Att inte heller smitta patienter med influensa är ytterligare en aspekt.

I de fall patienter på särskilt boende önskar vaccination mot säsongsinfluensa så genomförs vaccinering i samband med läkarens veckobesök på boendet.

Arbeta förebyggande genom att utveckla användningen av nationella kvalitetsregister

Eslövs kommun är anslutet till de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD- registret och Palliativ registret. Nationella kvalitetsregister används för förbättringar i patientvården genom systematisk riskidentifiering, insättning av åtgärder, utvärdering av åtgärder och utvärdering.

Senior Alert

Genom ett strukturerat teamarbete kan risker identifieras tidigt och åtgärder sätts in. I Senior Alert identifieras patienter med risk för undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen. I nuläget görs registreringar i Senior Alert enbart på särskilt boende.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI < 22	Fall	Munhälsa grad 2
Eslövs kommun	271	81% 487 av 600	87% 426 av 487	99% 480 av 487	69% 313 av 451	33 26 personer	96 personer	108 22 personer	96 personer

Resultatet av 2019 års mätningar visar att något färre unika personer riskbedömts jämfört med 2018. Då mätningarna de senare åren visar en vikande trend i antal unika personer så behövs detta tittas mer på. En orsak kan vara neddragning av särskilt boendeplatser. I 81 procent av riskbedömningarna har en risk identifierats. I 99 procent av de fall med funnen risk har en åtgärdsplan satts, vilket är en förbättring från 2018 då 97 procent fick en insatt åtgärdsplan. I 69 procent av fallen finns det enbart dokumenterat att åtgärden är utförd och uppföljd.

Då grundtanken i ett förbättringsarbete är att en risk ska identifieras, åtgärdsplan ska sättas in och åtgärder ska följas upp och eventuellt justeras, så är det ett problem att uppföljningsdelen enbart utförs i 69 procent av riskbedömningarna.

Planen är att införa Senior Alert även i ordinärt boende och inom funktionsnedsättning, men det har ännu inte funnits utrymme för detta. MAS har haft samtal med verksamhetschef för ordinärt boende och för funktionsnedsättning och de ska meddela MAS när verksamheterna är redo för uppstart.

Trycksår

Registreringarna i Senior Alert för 2019 visar att 26 patienter har 33 trycksår. Detta kan jämföras med 2018 då 28 patienter hade 34 trycksår.

Av 2019 års resultat har 19 sår uppkommit i egen verksamhet, fem i annan verksamhet (t ex på sjukhus) och nio fall saknar förklaring. Att 19 trycksår uppkommit i egen verksamhet är alarmerande och något verksamheten måste arbeta med.

Trycksår uppdelas i fyra olika kategorier:

Kategori	Beskrivning	Antal i riskbedömning
Kategori 1	Hudrodnad som inte bleknar vid tryck	18
Kategori 2	Delhudsskada t ex sår med rosa botten, blåsa	11
Kategori 3	Fullhudsskada; sår där subkutant fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte	3
Kategori 4	Djup fullhudsskada; sår som involverar ben, sena eller muskel	2

Exempel på åtgärder är:

- Minska nattfasta till max 11 timmar
- Bedömning av huden en gång per dag eller oftare
- Mellanmål
- Hjälpmedelsförskrivning
- Hudvård
- Regelbundna lägesändringar
- Kroppspositionering i säng/stol
- Bruk av tryckavlastande hjälpmedel
- Berikning av kosten
- Konsistensanpassning
- Näringsdryck

Undernäring

Enligt riskbedömningen har 96 personer ett BMI som understiger 22. Detta är en ökning med tre personer sedan 2018.

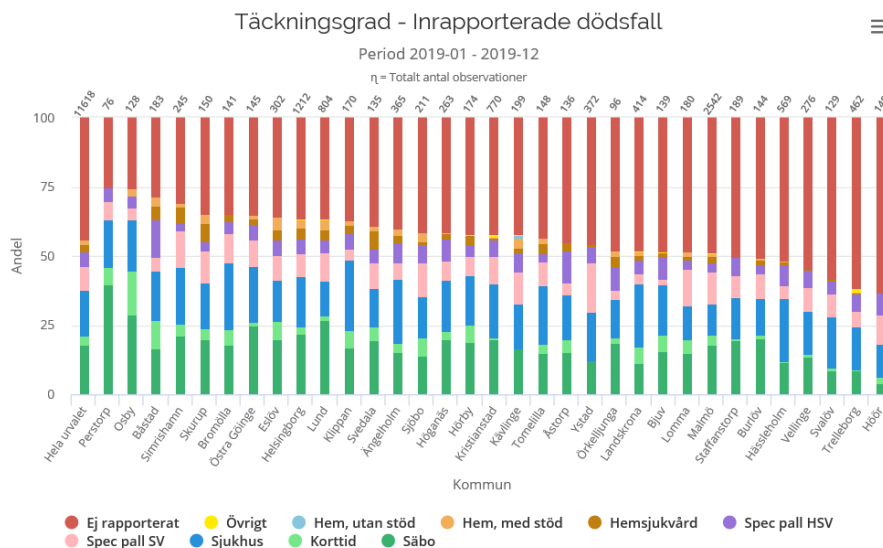
Bland de bakomliggande faktorerna till risken den vanligaste orsaken som uppges är mer än 11 timmars dygnsfasta. Då detta gäller patienter boende på särskilt boende är dygnsfastan något verksamheten i hög grad styr över. Ingen kan tvinga någon att äta, men verksamheten styr

över när mat erbjuds, hur maten ser ut och hur mycket motiverande arbete som görs för att få alla att äta. Enligt Socialstyrelsen är det inte lämpligt att nattfastan är längre än 10–11 timmar.

Palliativ vård

Det är viktigt för både patient och anhöriga att vården i livets slut blir god. Syftet med palliativregistret är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos eller vårdgivare. Genom att föra in svar på frågor kring varje avlidne patient visas det i diagram hur den palliativa vården kopplat till Socialstyrelsens indikatorer kring palliativ vård bedrivs. Socialstyrelsen upprättar viktiga indikatorer som vårdgivaren ska mäta mot och de anger också ett målvärde som ska uppnås.

För att statistiken ska vara helt tillförlitlig ska antalet inrapporterade dödsfall ligga på minst 70 procent. Eslövs kommun ligger på 64 procent. Det är inte enbart sjuksköterskorna i Eslövs kommun som brister i denna registrering. Redovisningen bygger på samtliga till Skattemyndigheten inrapporterade dödsfall per kommun. Detta innebär att samtliga vårdgivare måste hantera registreringen korrekt för att uppnå 100 procent.



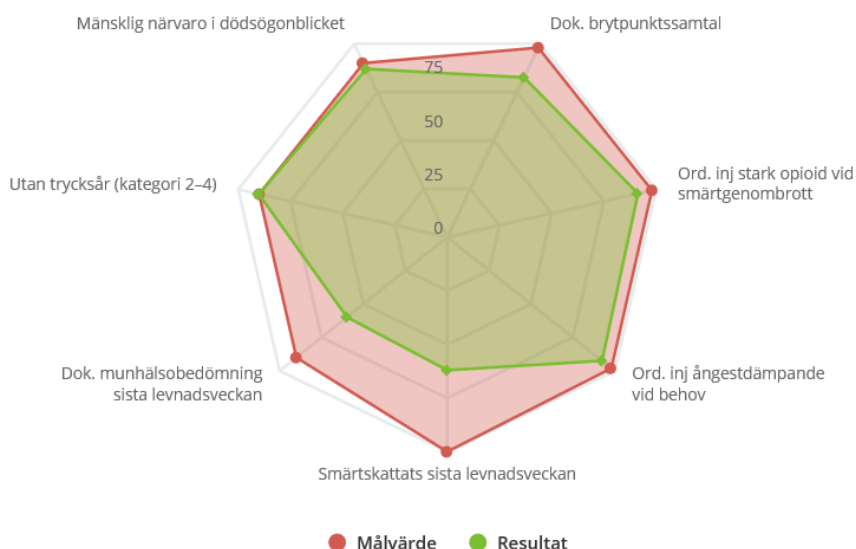
Sedan 2017 har Eslövs kommun arbetat extra med kvalitetsindikatorerna smärtskattning och munhälsa. Detta är indikatorer som gäller omvårdnad och alltså ligger under sjuksköterskans direkta ansvarsområde.

Indikatorer	Värde 2017 mot målvärde (%)	Värde 2018 mot målvärde (%)	Värde 2019 mot målvärde (%)
Smärtskattning	30	75	62
Munhälsa	45	65	60

En försämring ses i värdena sedan 2018, men en förbättring kvarstår sedan 2017. Ett fortsatt arbete krävs för att nå målvärdet.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2019-12

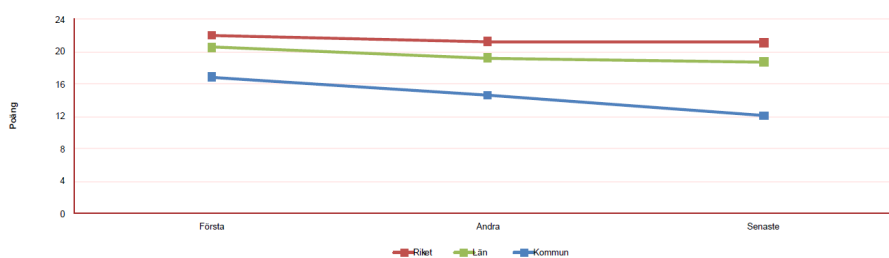


BPSD registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång 90 procent av alla med demenssjukdom. Symtomen exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnsvårigheter. Dessa symtom orsakar ett stort lidande för framför allt personen med demenssjukdom, men också för närstående. Syftet med BPSD-registret är att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder, minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD. Arbete med BPSD-registret sker i särskilt boende och framför allt på Kärråkra demensboende.

Utbildningsinsatser i BPSD har genomförts under 2019 och kommer att fortsätta in i 2020. Eslövs kommun har en certifierad utbildare (det finns 350 i hela landet), som håller i utbildningarna för övriga medarbetare.

(Diagrammet nedan visar en jämförelse av NPI-poängen för första, andra och senaste registreringen).



I takt med att demenssjukdomen fortskrider brukar förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD öka och personen med demenssjukdom får allt svårare att tolka sin omgivning och att kommunicera. När BPSD ökar, syns det i BPSD-registret då poängen på skalan för neuropsychiatric inventory (NPI) ökar. Genom personcentrerat bemötande, stöd och åtgärder som är anpassade till personens förmåga, kan detta motverkas.

Delegeringar

Med ett ökat antal svårt sjuka patienter som kräver en högre grad av hälso- och sjukvårdsinsatser tillsammans med det faktum att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor skapas ett ökat tryck från verksamheten gällande delegeringar. Det innebär alltid en risk när hälso- och sjukvårdsuppgifter överlämnas till personal som inte har formell kompetens. En sjuksköterska har i snitt 30-40 omvårdnadspersonal med delegeringar som ska följas upp. Det stora antalet delegerad omvårdnadspersonal per sjuksköterska gör att uppföljningarna inte sker på ett tillfredställande sätt. Uppföljning sker i princip enbart vid skedd avvikelse och när omvårdnadspersonal ska förnya sina delegeringar.

Kommunicera strukturerat

Under året har vi arbetat med att utveckla vår kommunikation. SBAR-modellen är ett sätt att kommunicera strukturerat i vården. SBAR går att använda i dialogen mellan personal och med patienter och anhöriga. I hälso- och sjukvården överförs en stor mängd kritisk information om enskilda patienter mellan många olika individer, yrkeskategorier och verksamheter. Att ha en fastställd struktur för hur den informationsöverföringen och kommunikationen ska gå till minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas. Därmed minskar också risken för vårdskador.

SBAR står för:

S – situation

B – bakgrund

A – aktuellt

R – rekommendation

SBAR som kommunikationsform rekommenderas från SKR.

Sjuksköterskorna har under året utbildat 80 omvårdnadspersonal i metoden.

Överrapportering från slutenvården

I de avvikelser som skickas externt till slutenvården kan det utläsas att hemgångarna från slutenvården inte är kvalitetssäkrade. Hemgångarna sker så snabbt att de dokument som ska medfölja för att säkra upp övergången mellan huvudmännen, inte hinner bli färdiga eller blir felaktiga. I arbetet med att sänka antalet dagar på sjukhus får inte kvaliteten efter sättas. Denna information har skickats till de forum som Region Skåne och kommunen gemensamt har.

MAS har från Eslövs kommun skickat ett brev till chefsläkaren på Skånes universitetssjukhus (SUS) i Lund, med en beskrivning av situationen tillsammans med en sammanställning av de avvikelser som Eslövs skickat till SUS Lund. Även MAS-nätverket för mellersta Skåne har skickat en gemensam skrivelse med ungefär samma innehåll till chefsläkaren på SUS Lund.

Efter dessa skrivelser har Region Skåne bjudit in till ett samarbete för att förbättra hemgångarna. Vid pinnstatistikmätning i mellersta Skåne som denna grupp initierade visade det sig att det fanns felaktigheter i dokumentationen vid ungefär 80 procent av hemgångarna. Gruppen har ännu inte avslutat sitt arbete.

Dokumentation

Journalgranskning genomförs årligen av MAS och MAR. MAS har inte genomfört någon journalgranskning av sjuksköterskornas dokumentation under 2019. Anledningen är det stora arbete för att förändra alla vårdplaner som genomfördes under vintern 2018 och våren 2019. I samband med denna förändring gjordes genomgångar av vårdplanerna som MAS ser som motsvarande en journalgranskning. Införandet av dokumentation enligt ICF/KVÅ innebär en stor förändring för hur en sjuksköterska tänker vid dokumentation.

MAR har löpande granskat 27 journaler under året. Förändringar med KVÅ-koder och därigenom förändringar i nuvarande system har präglat året. Rehabiliteringen har arbetat aktivt med målformulering enligt SMART-modellen (specifik, mätbart, accepterat, realistiskt, tidsatt) något som också syns i journalgranskningen.

Lyftanordningar

Under 2019 gjordes en egen kontroll av lyftordinationer. Frågeställningarna rörde personalens kännedom och följsamhet till de ordinationer som enligt rutin ska upprättas och följas vid förskrivning av lyft, och överflyttningsplattformar. Detaljerad redovisning finns i verksamhetssystemet Hypergene.

Resultat

Det finns aktuella ordinationer på sex av åtta inspekterade ärenden, två ordinationer är från 2016.

Kännedom: Intervjuad personal vet att det ska finnas en lyftordination, några vet var den sitter men flertalet behöver guidning. Alla säger sig ha läst ordinationen och alla upplever efter genomläsning att den är lätt att förstå.

Följsamhet: På en avdelning vågar intervjuad personal inte gå i god för att alla har läst. Övriga uppger att alla vet att de ska läsa under kommunikation. Processen har under 2019 utvecklats så att hela personalgruppen får meddelande i verksamhetssystemet och detta upplevs genomgående som en förbättring. Någon tror att arbetsterapeuten sätter in ordinationen i pärmen, men övriga vet att det är omvårdnadspersonalens uppgift.

Planering framåt

Granskning bör upprepas och förslagsvis genomföras som egenkontroll utförd av personal på boendet. Framtida granskningar bör även innehålla:

- Kontroll om vilket datum som finns på ordinationen. (Enl. rutin uppdateras en gång om året)
- Kontroll att rätt lyftsele finns hos rätt patient
- Kontroll att numret på sele är läsbart. Enligt rutin ska selar med borttvättade nummer bytas.
- Omformulerad fråga: "När du nu kontrollläser - är det så här ni gör förflyttningen?"

Bifynd: I ett fall hittades två ordinationer, en aktuell i blå pärm (HSL) och en inaktuell ordination (2014) i röd pärm (SOL). Fyndet indikerar att pärmen inte var genomgången och inte hålls uppdaterad.

Mål och strategier för 2020

- Ett fortsatt arbete med utvecklingen av kvalitetsledningssystemet
- Ett fortsatt arbete med basala hygienrutiner
- En utveckling av journalgranskningen
- Ett utökat arbete med nationella kvalitetsregister
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande sårvård