


Patientsäkerhetsberättelse

2018

2019-02-06



Lennart Eriksson
TF Förvaltningschef



Marie Nykvist
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys.....	11
Utredning av händelser - vårdskador	11
Informationssäkerhet.....	11
RESULTAT OCH ANALYS	12
Egenkontroll.....	12
Klagomål och synpunkter	16
Händelser och vårdskador.....	17
Riskanalys.....	18
Mål och strategier för kommande år	19

Sammanfattning

2018 har varit ett år med mycket omsättning av personal på alla nivåer. Fokus har huvudsakligen varit att hantera vardagen patientsäkert. Utvecklingsarbetet får då stå tillbaka något. Trots detta har en hel del utveckling av patientsäkerhetsarbetet skett. Resultat för prioriterade områden 2018:

Säker läkemedelshantering

Arbetet med MCSS, systemet för digital signering av utförda hälso- och sjukvårdsinsatser, har fortsatt. Nya funktioner har köpts in och implementerats. Samtliga verksamheter utom dagverksamheten för personer med demenssjukdom använder nu digital signering. Signering av rehabiliteringsinsatser prövas och ska införas fullt ut under 2019.

Digitala lås på läkemedelsskåp i ordinärt boende är helt implementerat. 67 skåp är inköpta och samtliga är i aktivt användande. På särskilda boenden för äldre finns låsbara läkemedelsskåp med nycklar och där behövs framöver också en lösning för digitala lås.

Fall, förebygga, hantera och brytpunkt

Arbetet fortgår kontinuerligt. Processen är omfattande och det är många aspekter att ta hänsyn till. Den svåra frågan är hur vi kan skydda utan att begränsa.

Nutrition, förebygga, hantera och brytpunkt

Arbetet fortgår och har fått bra stöd av kostprojektet där projektledaren har intervjuat personal på olika nivåer om hur man arbetar i vardagen och var vi kan förbättra.

Palliativ vård, Nationell vårdplan (NVP)

Arbetet med att utveckla den palliativa vården (vård vid livets slut) har tappat lite fart under 2018. Nationell vårdplan är inte implementerad.

Vidareutveckla digital signering av ytterligare insatser

Beskrivs under säker läkemedelshantering ovan. Signering av sociala insatser har inte påbörjats.

Utveckla hanteringen av synpunkter och klagomål gällande individärenden

Under året har olika alternativ för rapportering diskuterats. En rutin har tagits fram men ett funktionellt digitalt stöd saknas idag.

Utveckla patientsäkerheten kopplad till hjälpmedel

Vardagsarbetet sköts bra men utvecklingen står något still, delvis relaterat till bemanningsläget för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR, diskuteras.

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.

Socialnämnden har för 2018 inte haft några formulerade mål och strategier för ett enhetligt patientsäkerhetsarbete annat än de som formulerats i patientsäkerhetsberättelsen för 2017. Däremot har det pågått interna patientsäkerhetsarbeten inom flera områden i verksamheten. Arbetsgången är att övergripande mål bryts ner till verksamhetsmål men det saknas formulerade övergripande mål för förvaltningens hälso- och sjukvårdsarbete, fokus ligger i målformuleringarna på socialtjänst. Utvecklingen av ett enhetligt och strukturerat patientsäkerhetsarbete kommer att ske parallellt med det fortsatta arbetet att utveckla förvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Organisation och ansvar

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

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet har under 2018 varit organiserat enligt följande:

Socialnämnden

Socialnämnden 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. Vårdgivare ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschef HSL

Verksamhetschefen är den som svarar för verksamheten. Inom förvaltningen är förvaltningschefen verksamhetschef HSL. Ansvar avser att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet (Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun finns en MAS. I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetschefen HSL ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerheten inom ramen för det ledningssystem som ska finnas för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerats medföra allvarlig vårdskada anmäls enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I ansvarsområdet ingår också att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända i verksamheten. MAS tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Avdelningschef

Avdelningschefen ska planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheterna inom sin avdelning.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef HSL, avdelningschef och MAS har fastställt är kända och följs i verksamheten. Enhetschef ansvarar även för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet inom sitt ansvarsområde 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. Även omvårdnadspersonal som har delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade uppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonal ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

SVU

Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i kraft. Syftet är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Lagen ersatte den tidigare betalningsansvarslagen. Ett team med sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och biståndshandläggare har arbetat för att uppfylla lagens intentioner.

Team-möte

Inom äldreomsorgen består teamet runt patienten av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, omvårdnadspersonal och biståndshandläggare. Vid mötet görs alla typer av bedömningar där hela teamets kompetens behövs. Vid möten görs även riskbedömningar (Senior Alert) enligt ett fastställt intervall.

LSS-team

Ett team bestående av enhetschefer inom LSS, sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut har organiserats under 2018. Teamet arbetar med de patienter som har bistånd beviljat enligt lagen om stöd och service för personer med funktionshinder.

Avvikelseråd

Två gånger per termin och verksamhet samlas företrädare för förvaltningens tillsammans med verksamhetens företrädare för avvikelseråd avseende äldreomsorgen. Syftet är att tillsammans, utifrån ett övergripande perspektiv, upptäcka eventuella systemfel och arbeta analyserande och utvecklande kring avvikelserna. Under 2018 har man även börjat arbeta med avvikelseråd inom LSS.

MCSS

För MCSS (digital signering) finns en styrgrupp som arbetar med utvecklingsfrågor som teknik, nya användningsområden, nya kostnader och inköp. Gruppen träffas ca en gång i halvåret. Dessutom finns en referensgrupp som hanterar och beslutar i övergripande handhavandefrågor från verksamheten samt säkerställer en enhetlig användning. Gruppen träffas ca två gånger i halvåret.

Samrådsmöte

Förvaltningens och entreprenörernas inom äldreomsorgens företrädare träffas varje månad för samrådsmöten i syfte att utbyta kunskaper, erfarenheter och information.

Dialogträffar

Hälso- och sjukvårdsorganisationens chefer och entreprenörernas verksamhetschefer träffas regelbundet för att följa upp hur samarbetet fungerar i vardagen.

Samarbetsmöte med hälsovalsenheterna inom Lomma kommun

Samverkan med hälsovalsenheterna sker bland annat genom att företrädare för förvaltningen, Frösunda omsorg, Attendo Omsorg, hälsovalsenheterna och slutenvården träffas varje månad för att gemensamt utveckla hälso- och sjukvården för kommunens innevånare.

10-gruppen

10-gruppen innebär 10 Skånekommuners gemensamma hjälpmedelsverksamhet. 10-gruppen har gemensamt ägda begagnade hjälpmedel i en så kallad pool. Där ingår bland annat rullstolar, vårdängar och lyftar. Sodexo (hjälpmedelsentreprenör) har i uppdrag att hämta, leverera, rekonditionera och förmedla dessa. Förvaltningen, 10-gruppen och Sodexo har samverkat för att förbättra flödet av dessa hjälpmedel. I avtalet mellan Sodexo och de tio kommunerna i 10-gruppen ingår att lyftar, sängar och rullstolar som finns i kommunernas grundutrustning eller hos brukare ska besiktigas och genomgå förebyggande underhåll en gång per år. Tjänsterna ska utföras fortlöpande utan särskild begäran.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I individuell vårdplanering, SIP, samverkar vårdgivaren med den enskilde, eventuellt närstående och övriga vårdgivare för att utifrån den enskildes mål och behov planera den framtida vården och behandlingen.

Förvaltningens personal deltar vid behov på utförarens närståendeträffar.

I samband med synpunkter, klagomål och avvikelser involveras patienter och närstående i den omfattning som krävs och är möjligt.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Vårdpersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser (avvikelser). Mottagare är respektive chef som beslutar om fortsatt hantering av händelsen. Om avvikelserna avser en vårdskada eller risk för vårdskada informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska som utreder avvikelserna vidare. Om utredningen visar att det handlar om en *allvarlig* vårdskada eller risk för *allvarlig* vårdskada anmäler MAS händelsen till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria. Arbetet med att stärka kunskapen om och synen på avvikelserrapportering som ett kraftfullt instrument för förbättringsarbete fortsätter. Diskussioner fortgår kring hur avvikelssystemet ska vara uppbyggt för att bättre kunna följa upp systemfel.

Klagomål och synpunkter

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

Om enskilda eller närstående i Lomma kommun har klagomål eller synpunkter har de möjlighet att lämna dem till LUKAS som är Lomma kommuns system för hantering av klagomål och synpunkter. Berörd tjänsteman återkommer så snart som möjligt med svar till Kontaktcenter som registrerar svaret i LUKAS. Om synpunktslämnaren inte önskat annat, eller om uppgifterna omfattas av sekretess, publiceras inkomna klagomål och synpunkter samt svar på kommunens hemsida. Enskilda och närstående har också möjlighet att kontakta verksamheten direkt och lämna klagomål och synpunkter. Närmaste ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är därför skyldig att löpande under året behandla inkomna klagomål och synpunkter. Det har inte inkommit några klagomål på förvaltningens hälso- och sjukvård via LUKAS.

Inkomna klagomål och synpunkter som är kopplade till enskilda brukare och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som gäller enligt lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter på vården hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål. Förvaltningen identifierade 2017 ett behov av att hantera synpunkter och klagomål i individärenden separat för att kunna följa upp dessa på en systematisk nivå. Ny lagstiftning från 2018 om vårdgivarens skyldighet att utreda klagomål kräver också ett tydligare arbetssätt.

ende ska göra för att lämna klagomål eller synpunkter på vården. De nya reglerna innebär ett förtydligande av att det i första hand ska vara vårdgivarna som tar emot och bemöter klagomål från patienter och deras närstående. Det är verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen. I alla landsting och regioner finns en patient-nämnd. Det är en fristående och opartisk instans som kan hjälpa patienten eller närstående att föra fram klagomål till verksamheten och se till att de blir besvarade. Under vissa förutsättningar kan Inspektionen för vård och omsorg, IVO, utreda klagomål efter det att patienten har vänt sig till vården eller patientnämnden. Från och med 1 januari 2018 har IVO bara skyldighet att utreda händelser som inneburit att patienten fått en bestående skada, ett väsentligt ökat behov av vård eller avlidit. IVO ska även utreda klagomål som gäller tvångsvård och händelser som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat självbestämmande, integritet eller rättslig ställning.

Ovanstående har inte förändrat arbetssättet inom förvaltningen men IVO hänvisar i större utsträckning patienter och närstående tillbaka till verksamheterna eller patientnämnden.

Egenkontroll

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

Egenkontroll görs genom uppföljning av signerad administrering av läkemedel, genomförda riskbedömningar i Senior Alert, registrering av palliativ vård och dödsfall i Svenska palliativregistret och avvikelser.

Extern översyn av läkemedelshandlingen

Socialförvaltningen har ett avtal med Apoteket AB om årlig extern översyn av läkemedelshandlingen. 2018 granskades samtliga särskilda boende för äldre. Tidigare år har granskningarna gjorts inom ordinärt boende (hemtjänst), korttidsvistelse, gruppboende LSS och dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Utifrån de årliga åtgärdsplanerna revideras förvaltningens rutinregelbundet.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Riskbedömningar och Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention. Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Under flera år har åtgärder satts in för att öka antalet genomförda riskbedömningar.

Svenska palliativregistret

Arbetet med att alla dödsfall blir registrerade i registret fortgår.

Meningen med registreringen är att utifrån svaren på ett antal frågor utvärdera vården i livets slutskede. En sjuksköterska från vardera kommundelen har den palliativa vården som sitt ansvarsområde och samarbetar med MAS för att ständigt förbättra den palliativa vården.

Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP

NVP är ett personcentrerat administrativt stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitets-säkra vården från det att vården övergår från botande till lindrande/stödjande till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet. NVP kom tyvärr inte i bruk under 2018 men arbetet fortsätter under 2019.

Rutin för delegering av HSL-uppgift

Rutinen är under ständig diskussion. Delegering ska ske när det underlättar för patienten att få vård. Delegering är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Hälso- och sjukvårdens delegering försvåras när rätt grundkompetens inte finns hos omvårdnadspersonal och när omsättningen på personal är stor. Alla delegeringar kräver en ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal och när hen slutar måste ersättaren försäkra sig om personals kunskaper och skriva på en ny delegering. En mycket arbetskrävande process. Kraven på hur delegering av iordningsställande och administrering av läkemedel ska genomföras skärps ytterligare i den nya författningen HSLF-FS 2017:37.

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbetssätt. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen och kräver god samverkan mellan behandlande läkare och omvårdnadsansvariga sjuksköterska.

Hygienombud

Att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården är en mycket angelägen patientsäkerhetsfråga. MAS använder hygienombud från verksamheterna för diskussion, utbildning och dialog. Hygienombuden ska bevaka hygienområdet och sprida kunskap i sina respektive verksamheter.

MAS-möten

Fyra möten med respektive yrkesgrupp (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) genomfördes under 2018. Det är mycket värdefull tid för MAS att ha hela gruppen inom en profession samlad för diskussion om rutiner, avvikelser och åtgärdsplaner.

Demens

Under 2018 har förvaltningen varit delaktiga i Projektet Jämlik Demensvård. Arbetet görs tillsammans med Minneskliniken Malmö och hälsovalsenheterna i Lomma. Projektets ambition är att erbjuda kommuninvånare i Lomma en möjlighet till tidig kontakt för utredning av eventuell kognitiv sjukdom och en tidig kontakt med förvaltningens personal.

BPSD

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD, drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. BPSD-registret startade i november 2010 med syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Arbetssättet med bedömningar och registreringar introducerades under 2017 på särskilt boende för personer med demensdiagnos. Arbetssättet bedrivs nu på 7 boendeenheter och totalt 124 riskbedömningar gjordes under 2018. Planen är att starta på fler enheter under år 2019.

Utbildning

RHVO

Förskrivarutbildning inkontinens, 6 sjuksköterskor
Paramedicinare har deltagit på Sodexos utbildningar.
Användarträff för digital signering i Göteborg, 3 sjuksköterskor
Utbildning i förskrivningsverktyget Pascal, 16 sjuksköterskor

Korttiden

Samtliga nyanställda har fått utbildning i lyftlicens, delegering och digital signering
Handledning från Minneskliniken i bemötande av enskild vårdtagare, 10 personer
Palliativ vård, 17 personer
Demens, 15 personer
Nutritionsutbildning för kostombud
Värdegrund, medarbetarskap och ledarskap, 27 personer
Munvårdutbildning Oral Care, 16 Personer

Attendos rapporterade utbildningsinsatser kopplade till hälso- och sjukvård

Lyftlicens, 16 personer
Förflyttningutbildning, 18 personer
Munvård, 26 personer
Introduktion för vikarier med MAS och demenssjuksköterska, 19 personer
Demens ABC, 8 personer
Demens ABC +, 2 personer
Delegeringsutbildning, okänt antal

Frösundas rapporterade utbildningsinsatser kopplade till hälso- och sjukvård

Delegeringsutbildning, 59 personer
Lyftlicens, 11 personer
Munvård, 52 personer
Demensutbildning, 18 personer
Digital signering, 59 personer
Värderingsutbildning (kundens fokus) för samtliga medarbetare
Nutritionsutbildning för samtliga kostombud i två olika forum, ett med legitimerad personal från Lomma kommun samt ett tillsammans med Frösundas kostchef och dietist.

Risikanalyser

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

Hela patientsäkerhetsarbetet sker utifrån åtgärder kopplade till identifierade risker. Riskanalyser görs företrädesvis i samband med utredning av händelser. Rutiner och riktlinjer revideras utifrån identifierade risker. Förvaltningen behöver arbeta mer med systematiska riskbedömningar inför att viktiga förändringar görs och nya rutiner införs.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en *allvarlig* vårdskada ska anmälas till IVO av den som vårdgivaren utsett som ansvarig för anmälnings-skyldigheten. Vårdgivaren är skyldig att utreda alla händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det, alltså också händelser som inte omfattas av anmälnings-skyldigheten till IVO. Utredningen ska anpassas efter händel-sens karaktär. Definitionen av vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Definition av *allvarlig* vårdskada är vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

IFACTS

Förvaltningen har påbörjat en säkerhetsinventering av befintliga verksamhets-system. Syftet är att bedöma hur skyddsvärd information systemen hanterar och att utifrån resultatet vidta åtgärder av eventuella säkerhetsbrister.

Åtkomstkontroller (loggar)

Enligt *Rutin för loggkontroll* ska chefer på olika nivåer göra åtkomstkontroller enligt fastställd intervall. Inom området patientsäkerhet genomförs kontroller i journalsystemet Procapita, nationell patientöversikt (NPÖ) och digital signering MCSS.

Inloggning med SITHS-kort

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdata-lagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vård-tjänster på internet såsom Pascal, Mina planer, Nationell Patientöversikt (NPÖ), Senior Alert och Svenska palliativregistret samt utfärdande av tand-vårdskort. All legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i be-fintligt journalsystem samt i olika kvalitetsregister.

RESULTAT OCH ANALYS

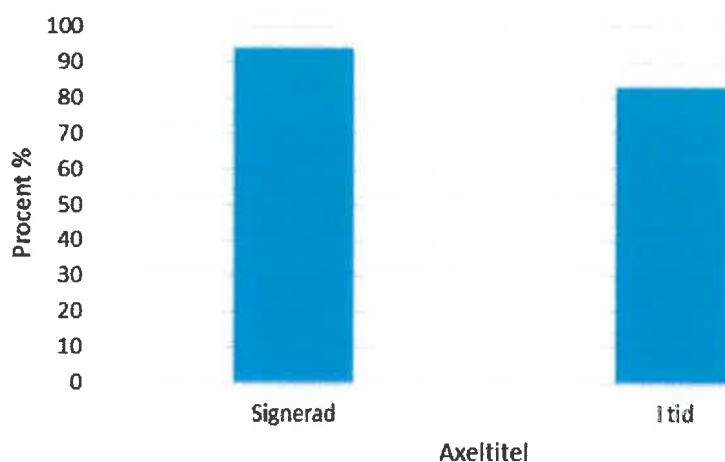
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

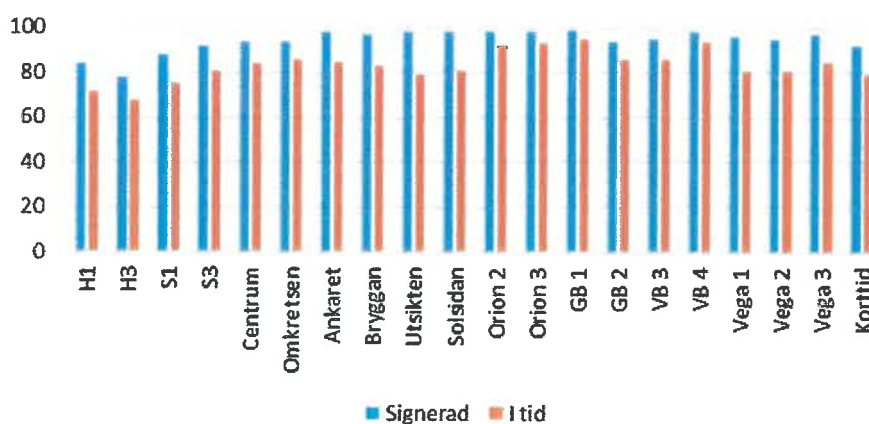
Digital signering, administrering av läkemedel

Signering går nu att följa upp kontinuerligt. Det samlade resultatet för Lomma kommun är gott. Det finns många förklaringar till resultaten. Det viktiga är att sjuksköterskan kontinuerligt följer upp resultat, orsak och konsekvenser på individnivå. Skillnaden i resultat mellan verksamheterna analyseras löpande. Resultaten i särskilt boende är bättre än i ordinärt boende men förutsättningarna är också helt olika.

Signering av läkemedel i Lomma kommun 2018

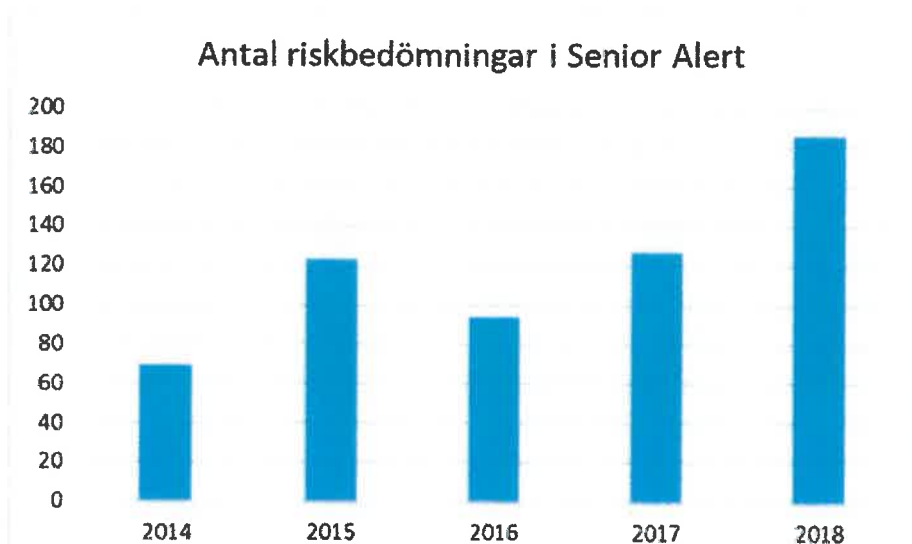


Signering av läkemedel per verksamhet 2018 (%)



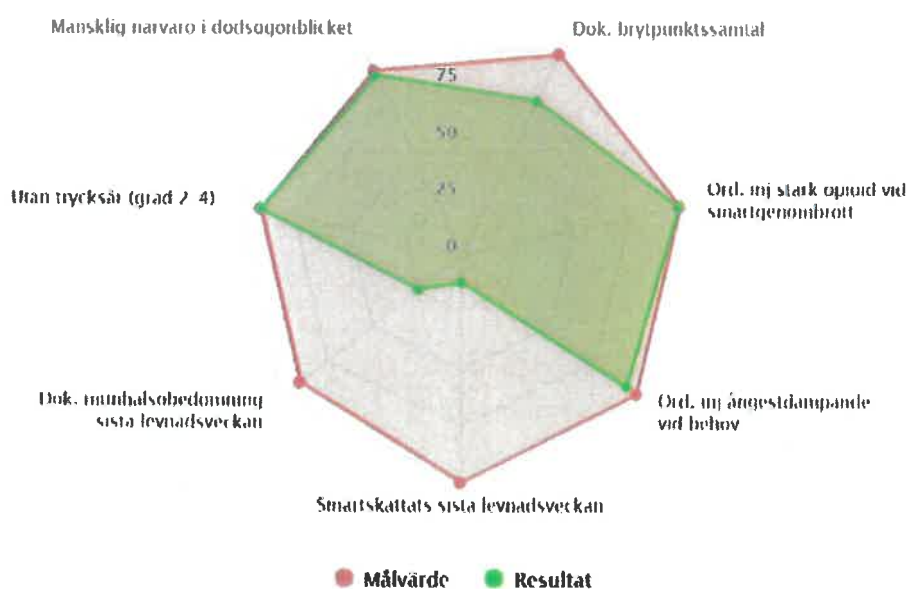
Senior Alert

Riskbedömningar avseende fall, nutrition och trycksår är helt avgörande för att bedriva ett förebyggande arbete. Antalet registrerade riskbedömningar ökade ytterligare under 2018 och följer en positiv trend men förvaltningen har en bit kvar för att uppnå målet som beskrivs i *Rutin för Senior Alert*, att alla på särskilt boende samt de i ordinärt boende med stort vårdbehov ska bedömas.



Svenska palliativregistret

Registret förändras och formuleringarna av nyckeltalen har ändrats men det är fortfarande framför allt systematisk smärtskattning och dokumentation av munhälsobedömning som är de områden som måste förbättras. Vid en uppföljning av antal registreringar framkommer det att av 73 dödsfall under 2018 i förvaltningens verksamheter har bara 41 registrerats i registret.



Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	75,6
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	97,6
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,7
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	12,2
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	24,4
Utan trycksår (grad 2–4)	90,0	90,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	87,8

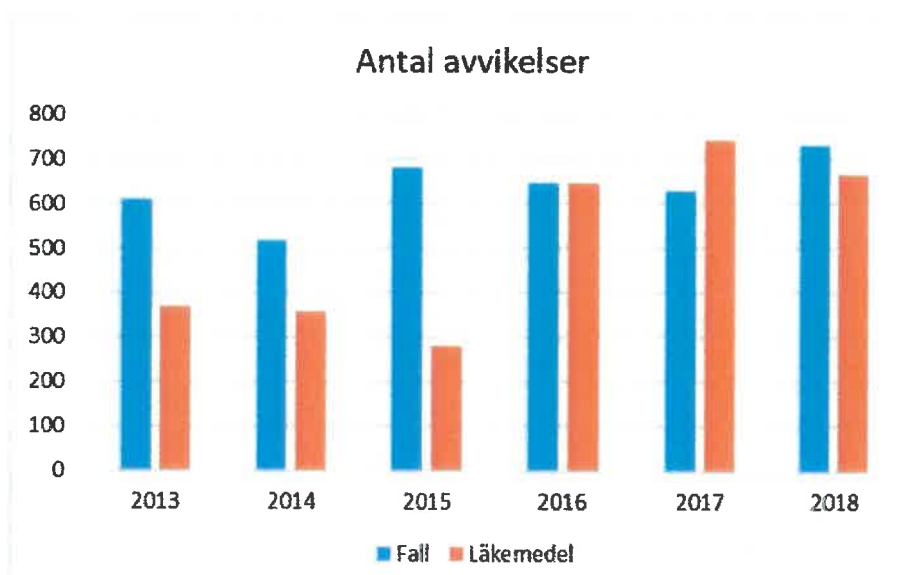
Läkemedelsgenomgångar

Under året har 54 läkemedelsgenomgångar dokumenterats i förvaltningens journalsystem Procapita. Fler genomgångar har genomförts och finns registrerade på respektive hälsovalsenhet. Antalet genomgångar är beroende av hälsovalsenheternas tillgång på farmaceut men att dessa dokumenteras i kommunens journalsystem vilar på ansvarig sjuksköterska.



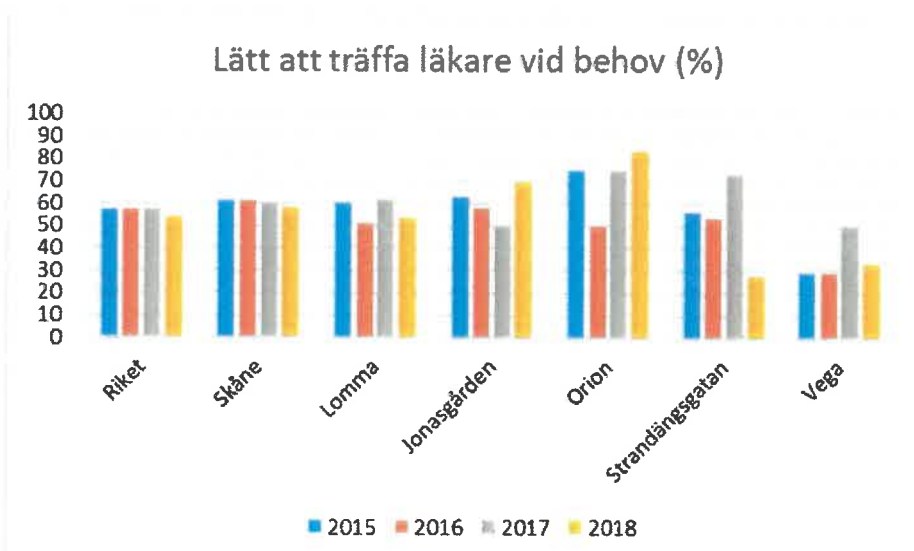
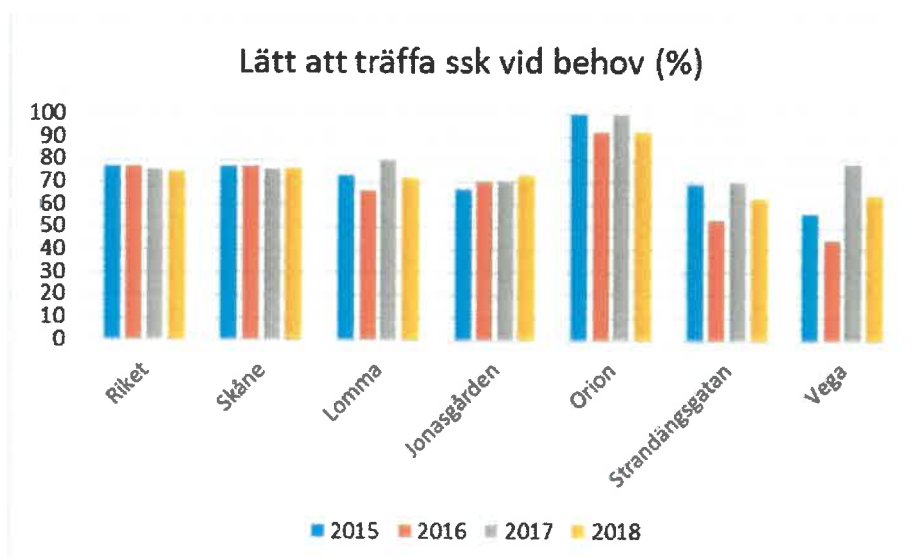
Avvikelser

Anledningen att antalet avvikelser ökar eller minskar kan bero på förändringar i faktiska händelser men också i omfattningen av vad som rapporteras. Målet är att alla händelser rapporteras då syftet är att lära av händelserna och att kunna förebygga att de upprepas. Ett väl fungerande systematiskt arbete med avvikelser är ett viktigt instrument i förvaltningens förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Det är, på samma sätt som tidigare år, läkemedel och fall som står för det stora antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser. Inom dessa två områden har förvaltningen de största utmaningarna. Av 733 rapporterade fall var 268 unika individer. Av 667 rapporterade läkemedelsavvikelser var 254 unika individer.



Öppna jämförelser

Öppna jämförelser av äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är bl a resultat som baseras på en enkät som skickas ut till brukare i alla Sveriges kommuner samt stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö. De resultat som valts att följa i patientsäkerhetsberättelsen är upplevd tillgänglighet av sjuksköterska och läkare. Resultaten varierar mellan verksamheterna men även över åren. En tolkning när det gäller resultat för sjuksköterskorna är att placeringen av deras arbetsrum påverkar upplevd tillgänglighet. När det gäller läkarnas resultat har sannolikt bemanningsproblem i hälsovalsenheterna påverkat resultatet.



Klagomål och synpunkter

Via IVO

Socialnämnden har från IVO fått in tre meddelanden om klagomål där de har hänvisat till vår skyldighet att utreda och bemöta. Två gällde munvård och allmänt bristande omvårdnad avseende samma patient. Det ärendet är sedan länge känt i förvaltningen och åtskilliga möten och samtal med närstående har skett. Det tredje meddelandet gällde ett fall i särskilt boende där närstående var missnöjd med tillsyn och bevakning. Även där har flera fysiska möten genomförts och skriftliga svar och beskrivningar har skickats. Den närstående har varit missnöjd med förklaringarna och har även vänt sig till patientnämnden.

Via patientnämnden

Socialnämnden har från Patientnämnden fått in fyra ärenden. Det första gällde en viktnedgång som redan var anmäld enligt lex Maria. Det andra var ett av de fall som IVO returnerat som klagomål till Lomma kommun. Det tredje gällde missnöje med språkkunskaperna hos hemtjänstens personal och det sista ärendet gällde upplevda brister i palliativ vård av en person med demenssjukdom, i ordinärt boende.

Direkt från allmänheten

Till förvaltningen kommer synpunkter och klagomål ibland till många olika mottagare vilket försvårar sammanställning och analys. Den nya rutinen kommer att bidra till att rapporter om kartläggning och analys kan bli bättre. Ett klagomål angående palliativ vård i ordinärt boende fick medialt intresse. Utredningen visade att kvalitetsbrister fanns men inte i den omfattning som anmälaren upplevde.

I flera ärenden kan man ha synpunkter på utfallet och resultatet av vården men kvalitetsbristerna beror inte alltid på slarv. Ibland är förutsättningarna för vård dåliga och förväntningarna orealistiska. Det som förvaltningen i alla led kan bli bättre på är att hela tiden följa upp, kommunicera och dokumentera de svårigheter som uppstår.

Händelser och vårdskador

Fem utredningar om vårdskada eller risk för vårdskada har genomförts. Utredningarna gällde:

- utebliven omläggning
- missad fraktur efter fall (två stycken)
- missad nedtrappning av kortisonkur
- utebliven injektion

Ingen av dessa har bedömts som allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och har därför inte anmälts till IVO. Definition av vårdskada, se sidan 11.

En anmälan till IVO har gjorts enligt Patientsäkerhetslagen 3 kap 7§.

Risikanaly

Den största identifierade risken inom förvaltningens hälso- och sjukvård är svårigheten att rekrytera personal med rätt kompetensprofil och att behålla den kompetenta personalen. Här behöver Lomma kommun finna nya grepp för att attrahera på en arbetsmarknad som är mycket ansträngd. Många av de utvecklingsområden som är identifierade står stilla då allt fokus måste läggas på att rekrytera och introducera ny personal. Verksamheten måste bedrivas med många vikarier från bemanningsföretag och kontinuiteten brister.

Samverkan med Regionens hälso- och sjukvård och då särskilt hälsovalsenheterna är också en stor utmaning. I den kommunala hälso- och sjukvården kan det vara många aktörer kring varje patient och patienternas behov är skiftande.

Mål och strategier för kommande år

Rekrytera och behålla personal med rätt kompetens

Det ansträngda personalläget som fortsätter år efter år är en risk för patientsäkerheten. Förvaltningen behöver arbeta strategiskt med frågan bland annat genom att erbjuda utbildning och kompetensutveckling.

Inskrivning i hemsjukvård/mobilt vårdteam

Med anledning av det ökande inflödet av patienter med stort vårdbehov finns det anledning att tydligare definiera vilka patienter hemsjukvården har ett totalansvar för och skilja dem från de som endast har punktinsatser. Ett inskrivningsförfarande som kan kopplas till samma inskrivning som hälso- och sjukvårdsavtalets mobila vårdteam skulle kunna vara en framgångsfaktor.

Nationell vårdplan

Under 2019 måste nationell vårdplan implementeras för att strukturera och förbättra den palliativa vården.

Fall, förebygga, hantera och brytpunkt

Det behövs en mer omfattande kartläggning och genomlysning av nuläget. En önskan finns att under 2019 titta på om den processen kan kartläggas på samma sätt som kostprojektet.

Utveckla patientsäkerheten kopplad till hjälpmedel

Behov av att inventera, revidera och fördela ansvar för rutiner gällande hjälpmedel har identifierats. Diskussioner i verksamheten pågår om behov av och möjligheterna till en medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR.

Digitalisera systemet för synpunkter och klagomål

Ett bra digitalt stöd har identifierats. Om det införskaffas blir förutsättningarna bättre för uppföljning och analys av resultaten.