



LEKEBERGS
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Monika Gustavsson



Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	4
Struktur	4
Övergripande mål 2019	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Socialnämnden.....	5
Verksamhetschefen enligt Hälso- och sjukvårdslagen	5
Medicinskt ansvarig MAS.....	5
Enhetschef	5
Hälso- och sjukvårdspersonal	5
Samverkan för att förebygga vårdskada	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	6
Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	7
Riskanalys.....	8
Utredning av händelser – vårdskador	8
Informationssäkerhet	8
Resultat och analys	8
Egenkontroller	8
Avvikelser.....	9
Samlad analys	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	10



Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet är reglerad i lagar och föreskrifter. Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har funnits i många år men under de senaste åren verkar inte det pågått något aktivt arbete med denna i Lekebergs socialförvaltning. Sedan hösten 2019 har ledningssystem för kvalitet prioriteras och många aktiviteter har genomförts. Det återstår dock fortfarande en hel del arbete, exempelvis processkartläggningar tillsammans med medarbetare gällande palliativ vård, in- och utflyttning av patient etc.

Rutiner för hälso- och sjukvården har varit spridda på olika platser och varit svåra att hitta. Sedan hösten 2019 finns alla gällande rutiner samlade på samma plats på intranätet och tillgängliga för alla.

Avvikelsehantering sker i verksamhetssystemet på individnivå. Avvikelser på grund av fall samt läkemedelshandlingen står för merparten av händelserna. Kvaliteten på den statistik som vi får ut behöver förbättras för att vi med större säkerhet ska kunna se hur patientsäkerhetsarbetet egentligen ser ut. Ny rutin för avvikelsehantering är utarbetad och ska börja gälla under början av 2020. De flesta avvikelserna handlar om att man har glömt att ge läkemedel. Under 2020 kommer digital signering att införas som kommer att underlätta för omvårdnadspersonalen vid läkemedelshandlingen. Man ser då direkt i mobilen vem, vad och när läkemedel ska ges vilket gör att antalet missade läkemedelsdoser kommer att minska.

Kvalitetsregister som Senior Alert, palliativa registret och BPSD (=beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) ger oss också kvitton på hur arbetet med riskanalyser, palliativ vård respektive demensvården fortlöper. Senior Alert visar att vi visserligen har gjort färre riskanalyser men kvaliteten på de vi har gjort är bra. Palliativa registret visar att vi har utvecklingsområden gällande munhälsobedömning och smärtskattning. BPSD har under året fått en nystart genom att en utbildningsinsats är gjord under hösten 2019. Ett fåtal registreringar är gjorda i kvalitetsregistret, men de är så få att det inte går att dra några slutsatser om kvaliteten ännu.

Några hälso- och sjukvårdsjournaler är granskade under hösten för att få ett utgångsvärde inför diskussion med legitimerad personal. Rutin är under upparbetande för dokumentation och ett fortsatt arbete krävs under följande år kring verksamhetssystemet.

Prioriterade områden inför 2020 är:

- att införa digital signering inom läkemedelshandlingen och rehabilitering
- att fortsätta arbetet med ledningssystem för kvalitet genom att kartlägga processer och fastställa samt implementera rutiner
- kvalitetssäkra avvikelsehanteringen samt ta fram rapport två gånger per år
- journalgranskning av HSL-journalerna två gånger per år
- utföra läkemedelskontroller på bl.a. de narkotikaklassade läkemedlen
- utbilda hygienombud och fördjupa arbetet med basala hygienrutiner



Inledning

I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) tydliggörs vårdgivarens ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

En patientsäkerhetsberättelse ska upprättas senast 1 mars varje år; i den ska följande uppgifter framgå.

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår.
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.
3. Vilka resultat som uppnåtts under gångna året.

Från augusti 2019 har en ny Medicinskt ansvarig sjuksköterska anställts och därmed har arbetet med ledningssystem för kvalitet tagit fart. Kunskapen om hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under årets första del bygger i huvudsak på uppgifter från legitimerad personal.

Struktur

Övergripande mål 2019

Utdrag ur Patientsäkerhetsberättelsen 2018:

”Övergripande är att kraven på hälso-och sjukvården uppfylls enligt 5 kap Hälso-och sjukvårdslagen.

- *Vara god kvalitet med en god hygienisk standard*
- *Tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet*
- *Bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet*
- *Främja god kontakt mellan patienten och hälso-och sjukvårdspersonalen*
- *Vara lättillgänglig*
- *Ska finnas den personal, den utrustning som behövs för att god och säker vård ska kunna ges*

Detta kan enbart ske när det finns ett väl fungerande Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete och Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete. Fortsätta bygga ett välfungerande system.

En förutsättning är att det finns en Medicinskt ansvarig som har förutsättningar att jobba med patientsäkerhetsfrågor.

Arbetet med avvikelshantering behöver utvecklas då samtliga förekommande avvikelser definieras som vårdskada, enligt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40) oberoende av händelsens karaktär. Genom att analysera och åtgärda brister i verksamheterna bör antalet avvikelser kunna minskas. En utmaning gällande ”nollvision för vårdskador” föreslås i Senior Alert! Genom att utvidga användandet av kvalitetsregistren såsom i t.ex. Senior Alert där fall, trycksår, undernäring och blåsdysfunktion kan förebyggas. arbetsplatsträffar. Genom att delta i regionens arbete med det nationella målet, att få in rehabiliteringen som en del i det förebyggande arbetet, kan dessa åtgärder leda till att fallolyckorna minskas i antal.



Fortsätta utbilda berörd personal i kvalitetsregistren BPSD och Funka.

Driva utvecklingen framåt genom att anamma digitala verktyg i vårdarbetet och arbeta med den kommunala e-hälsan.

Upphandling av arbetskläder har påbörjats 2018 och kommer att bli klar våren 2019. Ett politiskt beslut fattades 2018 där alla personal i nära vårdrelation kan följa Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2015:10 Basal hygien i vård och omsorg, vilket innebär byte av arbetskläder varje dag.”

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet Socialnämnden

Vårdgivaren tillika socialnämnden har det övergripande ansvaret för kvalitet inom hälso- och sjukvården och patientsäkerhetsarbetet. Detta innefattar bl.a. att det finns den personal, lokaler och utrustning som behövs för att följa lagar och föreskrifter och för att ge en god och säker vård. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem som innehåller de processer, rutiner och kontroller som behövs.

Verksamhetschefen enligt Hälso- och sjukvårdslagen

Socialchefen, tillika verksamhetschefen för hälso- och sjukvård, har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret.

Medicinskt ansvarig MAS

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett övergripande ansvar för att utarbeta riktlinjer och rutiner utifrån gällande lagstiftning och föreskrifter samt uppföljning, kontroll och tillsyn av dessa. Då Lekeberg kommun inte har någon medicinskt ansvarig för rehabilitering så gäller ansvaret för MAS även rehabiliteringsområdet.

Enhetschef

Enhetscheferna på respektive enhet ansvarar för att riktlinjer och rutiner är kända och tillämpas samt att personalen har den kompetens som krävs. I samråd med sjuksköterska ska enhetschefen organisera och bemanna verksamheten för att säkerställa en god kvalitet av hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det innefattar även att säkerställa att händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada hanteras enligt rutinerna. Enhetschefen ansvarar för att i samverkan med sjuksköterska genomföra riskanalys vid förändringar som direkt eller indirekt kan påverka förutsättningar för en god och säker hälso- och sjukvård. Enhetschefen ansvarar för att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbeta enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet” de är också skyldiga till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska rapportera risker för vårdskada i avvikelssystemet. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas leg. arbetsterapeut och leg. sjuksköterska samt



omvårdnadspersonal när de bistår legitimerad personal på delegation eller instruktion.

Samverkan för att förebygga vårdskada

En välfungerande samverkansstruktur mellan vårdgivaren Region Örebro län samt länets kommuner finns framarbetad.

Nätverksträffar mellan MAS/MAR i länets kommuner förekommer 6 ggr/år, vilka sammanhålls av Region Örebro län. Dessa träffar innefattar även planerings- och utbildningsdagar som leder till att säkerställa patientsäkra processer i länet. Nätverksträffar för socialchefer, samt deltagande av socialchef i chefsgrupp för samverkan social välfärd och vård, där även tjänstemän från Region Örebro län ingår. Länsövergripande överenskommelser och riktlinjer utarbetas i dessa nätverk.

Lekebergs kommun ingår i Länsdel syd. Det är samverkan mellan närsjukvården och kommunerna i Sydärke, i gruppen ingår Socialchefer, MAS och representanter för Region Örebro län. Handlingsplan finns utarbetad utifrån den regionala handlingsplanen "Sammanhållen vård".

I regionen används informationssystemet LifeCare för informationsöverföring och vårdplaneringar, vilka även kan ske på distans via länk.

Patienters och närståendes delaktighet

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde och om denne önskar även med anhörig eller närstående.

Kommunala pensionärsrådet har, inför planeringen av 2020 års aktiviteter, fått tillfälle att utifrån ett övergripande perspektiv ge synpunkter på kommunens hälso- och sjukvård och vilka förbättringsområden de ser. Deras synpunkter för planeringen framåt gällde palliativ vård och läkemedelsuppföljning.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare är enligt patientsäkerhetslagen skyldiga att bidra till patientsäkerhetsarbetet. Den som upptäcker en händelse ska rapportera den i avvikelshanteringen i verksamhetssystemet. Detta gäller varje händelse som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som direkt berör den enskilde kan komma från den enskilde själv, anhörig/närstående eller medarbetare. Dessa ska rapporteras och registreras. Klagomålen och synpunkterna utreds sedan antingen av ansvarig chef eller av MAS/MAR beroende på karaktären på klagomålet. Därefter ska en återkoppling ske till den som har framfört klagomålet/synpunkten.

Egenkontroll

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Inga utpekade egenkontrollen har funnits för 2019. Medan för 2020 är kontroll av dokumentation och hantering av narkotikaklassade läkemedel beslutade.



Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

- Kvalitetsledningssystem, enligt SOSFS 2011:9 har fram till hösten 2019 varit i stort sett obefintligt. Under hösten 2019 har arbetet startat med att identifiera processer, rutiner och checklistor. Rutiner för hälso- och sjukvården har under hösten samlats på intranätet.
- Processkartläggning är gjord för delegering. Processkartläggning för palliativ vård pågår och beräknas vara klar under våren 2020.
- Rutiner för läkemedelshantering är upprättad som överensstämmar med nu gällande författningar.
- Lokal rutin för skydds- och begränsningsåtgärder är upprättad liksom ny rutin för avvikelshantering. Båda ska implementeras under våren 2020.
- Genom användning av de olika nationella registrens statistik ges inblick i patientsäkerhet och förbättringsbehov. De nationella registren som används är Senior Alert, Svenska Palliativa registret, kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) och Funkaregistret, som infördes 2017 och används i verksamheten för funktionshindrade personer över 18 år.
- Beslutstödet enligt Visam-modellen – framtaget av region Örebro län - används av sjuksköterskorna i kommunen för att säkerställa att vården, för den enskilde, ges på rätt vårdnivå.
- Vid rapporteringssystemet för kommunikation används SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation.) SBAR används av både sjuksköterskor och undersköterskor vid kontakt gällande HSL-ärenden både inom den egna organisationen och med andra vårdgivare.
- Årlig utbildning för vårdpersonal gällande lyftkörkort/manuell förflyttningsteknik bedrivs av arbetsterapeuterna. Ett rullande schema för denna utbildning finns sedan tidigare inplanerad för berörda verksamheter.
- Periodiska besiktningar av omvårdnadshjälpmedel fortlöper enligt rutinen.
- Självskattning av basala hygienriktlinjerna har inte genomförts men träffar för hygienombud kommer att starta upp under 2020 och då kommer också uppdrag om självskattningar att ges. Hygienronder utförs inom verksamheterna var fjärde år med deltagande av regionens hygiensjuksköterska. Under 2019 har en hygienrond genomförts i hjälpmedelsförrådet vid Linden.
- En webbaserad Palliativ vårdutbildning, från palliativa rådet, har använts fram till augusti 2019. Utbildningen har varit obligatorisk för samtliga yrkesgrupper.
- Silviasyster, undersköterska med specialutbildning med inriktning mot demensproblematik, används i alla verksamheter inom äldreomsorgen. Under hösten har BPSD-utbildning (BPSD = beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) getts under 2,5 dagar för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och för elva omvårdnadspersonal från Linden, Oxelgården och hemtjänsten. Under senhösten har en omstart gjorts kring BPSD på dessa enheter med nya registreringar i kvalitetsregistret BPSD.
- Patienter inom kommunal hälso- och sjukvård erbjuds årskontroller med läkemedelsgenomgångar och riskbedömning enligt Senior Alert.



- Under hösten har HSL-möte med legitimerad personal, MAS och ibland enhetschef hållits varje månad. På dessa träffar tas olika aktuella frågor upp. Rutiner implementeras och deltagare till olika interna arbetsgrupper väljs ut inför ex. processkartläggning eller riskanalyser.
- Journalgranskning är gjord under hösten för att få ett nuläge och ett underlag för diskussion med legitimerad personal. Rutin utarbetas utifrån granskningen för att följa de författningar som reglerar området.
- En Bladderscan (portabel ultraljudsmätare för att mäta volymen i urinblåsan) är inköpt under våren för att kunna användas för Senior Alert gällande blåsdysfunktion. Den kan också användas för att enkelt se om det finns urin i blåsan efter att kateter är dragen, vilket underlättar för patienten.

Riskanalys

Riskanalyser ska genomföras innan organisationsförändringar sker likaså vid införandet av nya system eller innan ny utrustning tas i drift. Miljöplaner och utredning om eventuell miljöpåverkan ska göras vid ombyggnationer eller nybyggnationer.

I Stratsys finns möjlighet att dokumentera riskanalyser och egenkontroller som en del i ledningssystemet. Under 2019 har ett arbete påbörjats med ledningssystemet inom förvaltningen.

Riskanalys är gjorda under hösten på delar av läkemedelshanteringen.

Utredning av händelser – vårdskador

Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder tillsammans med ansvarig enhetschef de händelser som bedöms som allvarliga. Under 2019 har ingen sådan händelse utreds.

Informationssäkerhet

Loggkontroller tas fram av verksamhetscontroller varje månad och enhetscheferna ansvarar för att återkoppla vid tveksamheter eller felaktigheter. Inga negativa händelser är inrapporterade under 2019.

Resultat och analys

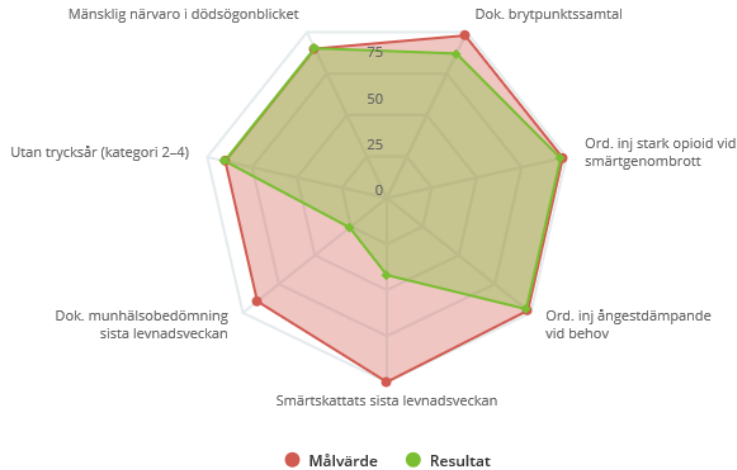
Egenkontroller

Palliativa registret visar att vi har förbättringsområden när det gäller dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan samt smärtskattning sista levnadsveckan. I övrigt ligger vi relativt bra och når målen som är uppsatta. Täckningsgraden av inrapporterade dödsfall är 64 % av alla inträffade dödsfall (57 % för hela riket), här ingår även de som avlider på sjukhuset och är medborgare i Lekebergs kommun. Målsättningen är att alla dödsfall ska registreras.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2020-01



I Senior Alert registreras riskbedömningar för fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Under 2019 har vi registrerat färre personer än året innan (88 unika personer 2019 jämfört med 119 personer 2018). Däremot så ser vi att vi under 2019 har registrerat in bakomliggande orsaker, åtgärdsplan vid risk, och även utfört åtgärderna som planerats, vilket är en förbättring gentemot tidigare år.

Sverige / Kommun / Landsting
Lekebergs kommun

År
2019

Typ av enhet
Alla

	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
Lekebergs kommun	88 85 av 99	86% ↑	75% ↑	92% ↓	81% ↑	18 ↓ 11 personer	21 ↓ personer	8 ↓ 3 personer	35 ↓ personer
Lekeberg Hemvård	40 37 av 47	79% ↑	76% ↑	97% ↑	77% ↓	3 ↑ 2 personer	6 ↓ personer	0 ↑ 0 personer	12 ↓ personer
Linden	20 19 av 20	95% ↓	89% ↑	84% ↓	77% ↓	7 ↓ 3 personer	4 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	11 ↓ personer
Oxelgården	29 29 av 32	91% ↑	66% ↑	90% ↓	88% ↑	8 ↓ 8 personer	11 ↓ personer	8 ↑ 3 personer	13 ↓ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

I kvalitetsregistret BPSD kan vi se hur arbetet fortskrider för patienter med demenssjukdom. Tyvärr är antalet registreringar än så länge få så det är svårt att dra några generella slutsatser. Antalet registreringar är detsamma 2018 som 2019 – 16 stycken. Dessa 16 registreringar visar att 81 % patienterna verkar vara smärtfria jämfört med 71 % i riket. Alla har fått läkemedelsöversyn.

Avvikelser

Sedan september har en avvikelse inkommit från regionen som besvarats av MAS. Under samma period har tre avvikelser skickats in till regionen varav vi har fått svar



på två. De har samtliga gällt fel i vårdkedjan när patient skickats tillbaka till kommunen från sjukhuset.

I vårt verksamhetssystem registreras avvikelser på individnivå. De avvikelser som dominerar i antal är fall och fel i läkemedelshanteringen. Endast ett fåtal har fått mer allvarliga konsekvenser för den enskilde. Vi kan dock konstatera att statistiken behöver förbättras för att kunna dra mer långtgående slutsatser.

	Fall	ej utf leg ord	läke-medel	dokum	MTP	vårdkedja inom kommun	vårdkedja extern	trycksår	Bemötande	ej genomf SOL	hot våld mlm brukare	TOT
år 2017	252	4	218	0	2	4	3	1	1	37	3	525
år 2018	308	10	271	1	8	2	0	0	2	35	5	642
år 2019	421	9	308	2	8	28	3	1	3	37	12	832

Enligt avvikelser på grund av fall har endast en fraktur skett under 2019. Vid en lite djupare granskning så har ytterligare några frakturer hittats.

Läkemedelsavvikelserna handlar till största delen om att man har glömt att ge medicin. Under 2020 kommer vi att införa digital signering som underlättar för omvårdnadspersonalen. Då kommer man i mobiltelefonen att se vem, vad och när medicin ska ges, vilket kommer att minska de missade läkemedelsdoserna.

Sammanställning, genomgång och uppföljning av inkomna avvikelserna diskuteras vid varje arbetsplatsträff där förslag om förbättringsåtgärder tas upp. Varje enhetschef arbetar med avvikelser på sina arbetsplatsträffar.

Samlad analys

Arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt patientsäkerhetsarbete har under några år varit på en låg nivå. Detta har gjort att mycket har blivit eftersatt. Under hösten 2019 har arbetet åter tagit fart men det återstår fortfarande många delar. Processer behöver kartläggas, rutiner skrivas och implementeras, riskanalyser och egenkontroller bestämmas och utföras. Allt behöver ske tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal och detta arbete kommer att ta tid. Ansvarsområden mellan enhetschefer behöver tydliggöras så att alla vet vem som har helhetsansvar för de enskilda. Vi arbetar utifrån olika lagrum och blir ansvaret otydligt bland chefer riskerar även medarbetarna att inte veta var ansvaret ligger.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2020 planeras:

- att införa digital signering inom hälso- och sjukvården i socialförvaltningen
- att fortsätta arbetet med ledningssystem för kvalitet genom att kartlägga processer (under våren palliativ vård) och fastställa samt implementera rutiner
- följa och kvalitetssäkra avvikelser som skrivs i verksamhetssystemet på individer, kategorisera dem utifrån allvarlighetsgrad samt ta fram rapport på avvikelserna två gånger per år
- journalgranskning av HSL-journalerna utifrån fastställd mall två gånger per år
- utföra läkemedelskontroller på de narkotikaklassade läkemedlen som kommunala hälso- och sjukvården hanterar för att motverka svinn



- granska läkemedelshanteringen via extern MAS
- utbilda hygienombud och fördjupa arbetet med basala hygienrutiner