

Patientsäkerhetsberättelse 2018



Ann-Chatrine Ewald
Sektor Omsorg
046-73 92 44 • ann-chatrine.ewald@kavlinge.se
Kävlinge kommun, Kullagatan 2, Kävlinge 244 80
www.kavlinge.se



Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten under 2018 varit god i verksamheterna. Patientsäkerheten har bland annat belysts genom översyn, upprättande och revidering av rutiner. Detta arbete är ett ständigt pågående arbete och kommer att fortsätta under 2019.

Synpunkter, fel och brister samt avvikelshantering är en viktig del i vårt systematiska kvalitetsarbete, då detta medför att brister i verksamheten identifieras och åtgärdas vilket leder till att patientsäkerheten ökar. Avvikelse har registrerats och den vanligaste avvikelsen var liksom tidigare år läkemedelshantering.

Läkemedelshantering var under året ett prioriterat område. En ny föreskrift från socialstyrelsen medförde att extern granskning genomfördes på ett flertal enheter, både på gruppboende och särskilt boende. Den nya föreskriften bidrog även till att rutiner reviderades och förtydligades.

Läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare och apotekare genomfördes på samtliga enheter.

Alla mål och aktiviteter för 2018 är inte genomförda och utvärderade som planerat, arbetet pågår och samtliga områden är fortfarande aktuella. En trolig anledning till detta är att personalomsättningen varit relativt hög och vakanta tjänster har ersatts med sjuksköterskor från bemanningsföretag.

Innehåll

Sammanfattning	2
Allmänt	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Avvikelse	5
Patientnämnd och Lex Maria	8
Patientssäkerhetsarbete 2018	9
Hjälpmedel	9
Hälso- och sjukvårdsavtal	11
Samordnad individuell planering (SIP).....	11
Samordnad vid utskrivning från slutenvården	11
Beslutstöd	12
Läkemedel	12
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift	12
Demensvård	13
Inkontinenshjälpmedel	13
Informationssäkerhet	14
Vårdhygien.....	16
Nationella vårdprogrammet för palliativ vård	17
Fallprevention	17
Uppföljning genom egenkontroll.....	19
Nationella Kvalitetsregister 2018.....	19
Samverkan med patienter och närstående.....	21
Övergripande mål och strategier för kommande år	21

Allmänt

Av patientsäkerhetsberättelsen skall framgå

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Kvalitetsledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämndens ansvar

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. Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att detta integreras med de befintliga system 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.

Sektorschef/Socialchefs ansvar

I Kävlinge kommun var socialchefen verksamhetschef för hälso- och sjukvård (HSL) under första halvåret. I samband med en omorganisation blev det sektorschefen ansvarsområde. Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom socialtjänsten. Ansvaret avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Ytterligare information finns i Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

I varje kommun finns minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetschefen ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerheten inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Det är även MAS som är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerats medföra vårdskada anmäls enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I ansvarsområdet ingår det också att se till så författningsbestämmelser och andra regler är kända. Inom ramen för ledningssystemet ska MAS ta fram, fastställa och dokumentera rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att personalen inom kommunen hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs.

Enhetschefs/teamchefs ansvar

Enhetschefen/teamchefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS har fastställt är väl kända och följs i verksamheten. Enhetschef/teamchef ansvarar även för att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sin profession.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter 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. Även omvårdnadspersonal som har delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför de delegerade uppgifterna.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska även inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelser

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normalt eller förväntat förlopp. Målet med avvikelshanteringen är att alla avvikande händelser ska rapporteras. Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. Avvikelser ska ses som en viktig del i en lärande organisation. Personal ska alltid rapportera alla allvarliga händelser till MAS som ansvarar för utredning och eventuell lex Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). För att göra avvikelseprocessen känd inom socialtjänsten besökte MAS och IT-samordnare under 2018 samtliga enheter/grupper på en arbetsplatsträff. Avvikelseprocessen, lex Maria och lex Sarah gick igenom på träffarna.

MAS har regelbundna möten med legitimerad personal. På dessa möten diskuteras vad som är aktuellt kring hälso- och sjukvård, avvikelser, förbättringsområden, genomgång av nya rutiner/reviderade rutiner mm. Aktuella ärenden som medfört eller riskerade medföra både vårdskada och allvarlig vårdskada diskuteras i lärande syfte under togs upp på mötena.

Inkomna synpunkter på vården från patient och/ eller anhöriga hanteras och utreds och besvaras av MAS. Under 2018 inkom flera synpunkter från anhöriga där händelseanalyser gjordes. Samtliga synpunkter medförde förbättringsåtgärder i verksamheten.

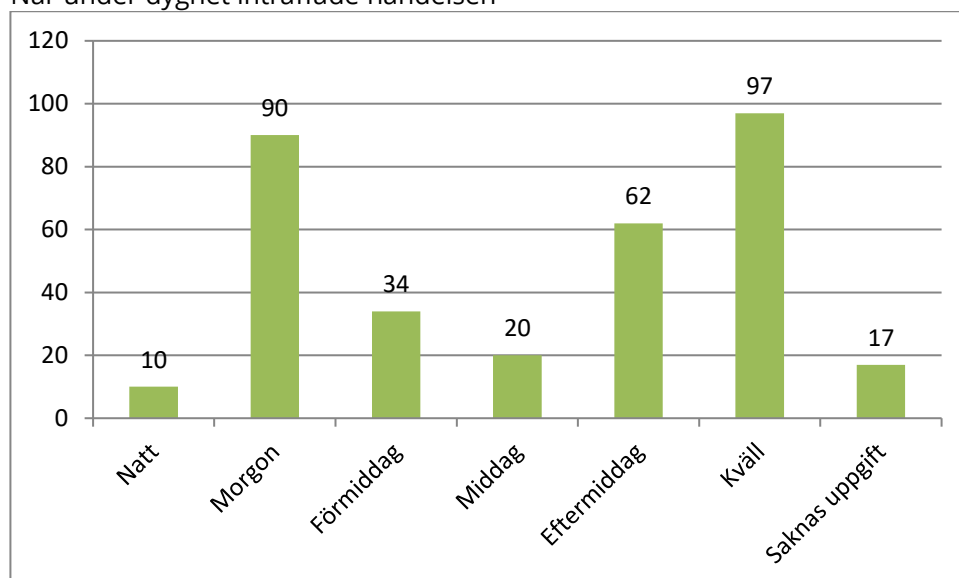
Under 2018 kom fem avvikelser på verksamheten från externa aktörer. Avvikelserna gällde bristande informationsöverföring från kommunen och bristande omvårdnad. Dessa utreddes och besvarades enligt rutin. Antal skickade avvikelser till externa aktörer såsom Region Skåne, ambulans och olika apoteket var 26. Utgående avvikelser gällde till stor del brister i informationsöverföringen mellan externa aktörer och Kävlinge kommun.

Tabellerna nedan visar antal läkemedelsavvikelser som har registrerats under 2018 samt avvikelser där medicintekniska produkter ingår. Exempel på medicintekniska produkter är rullstol, rollator, sängar och lyftar. Under 2018 registrerade 330 avvikelser som handlade om läkemedel. Det registrerades 11 avvikelser som berörde medicintekniska produkter.

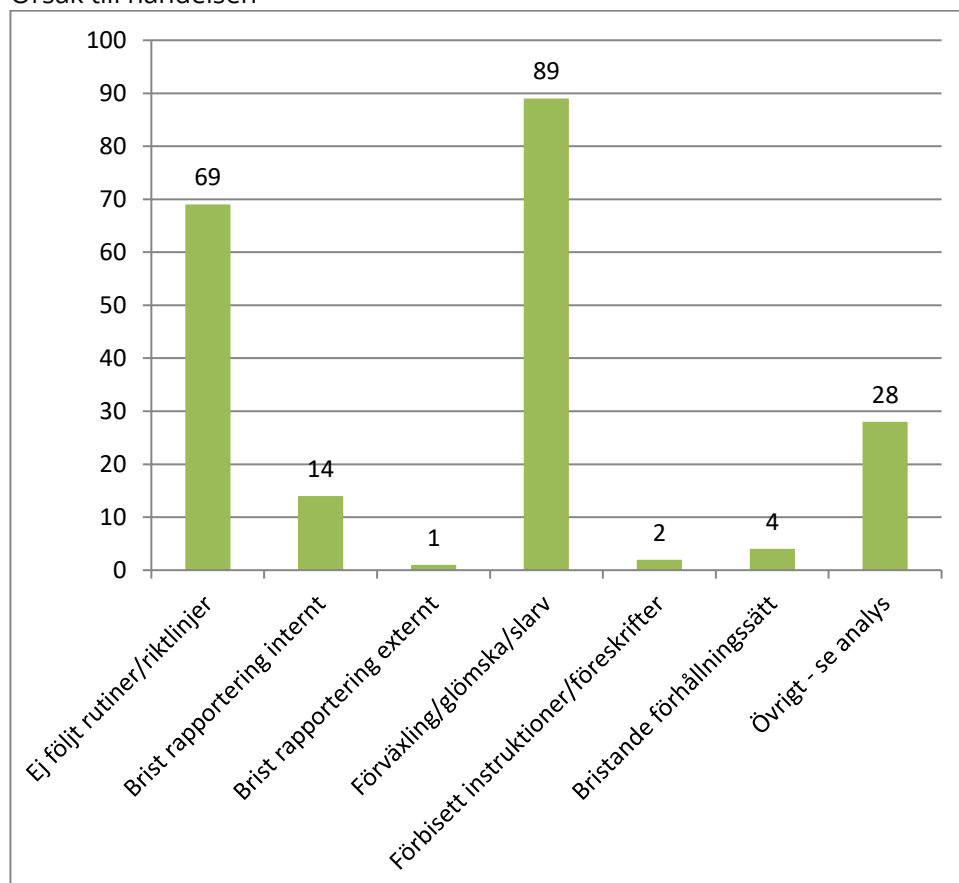
I följande tabeller redovisas orsaken till avvikelserna, när på dygnet det sker flest avvikelser, vad händelsen berodde, vidtagna åtgärder på samt riskbedömningsvärde (konsekvens gånger sannolikhetsbedömning för att händelsen inträffar igen)

Läkemedelsavvikelser

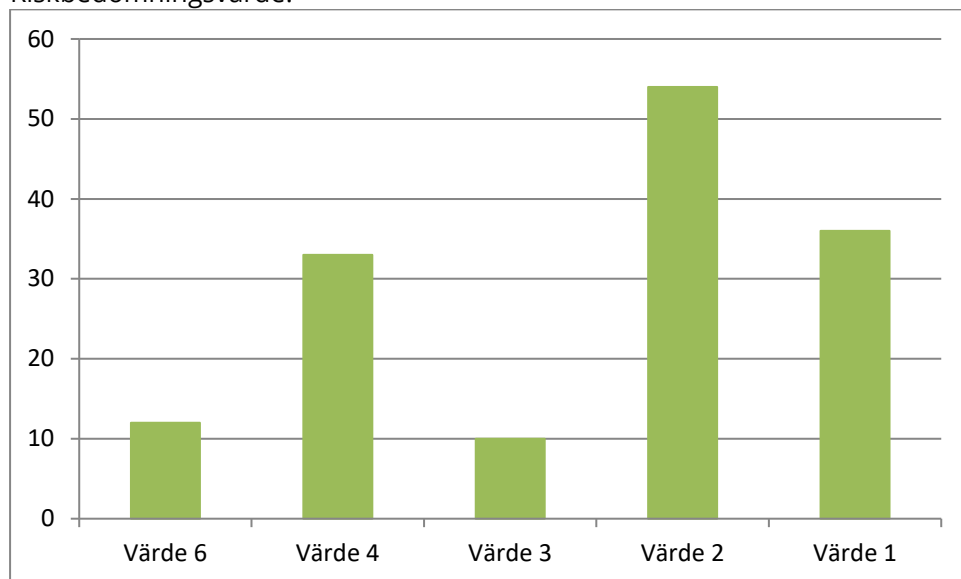
När under dygnet inträffade händelsen



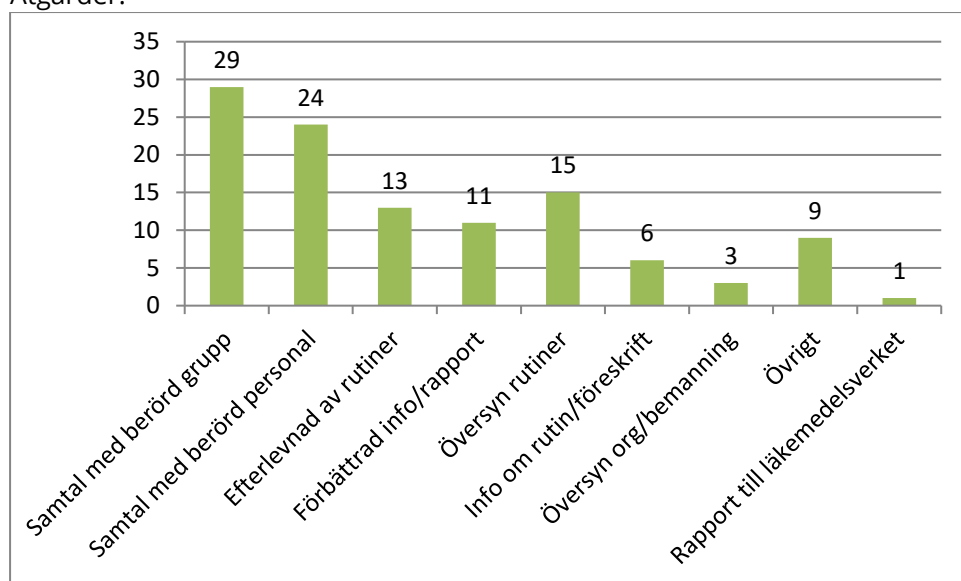
Orsak till händelsen



Riskbedömningsvärde:



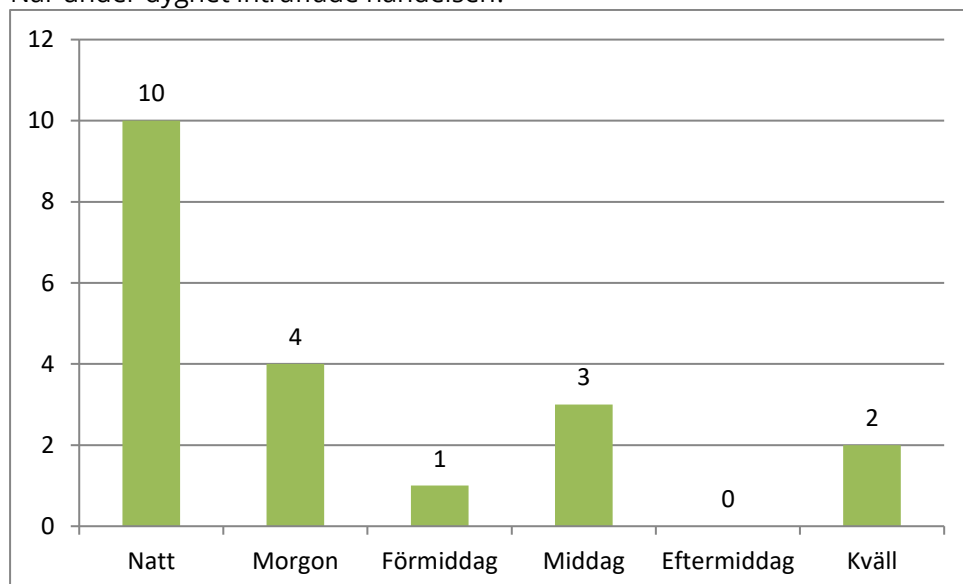
Åtgärder:



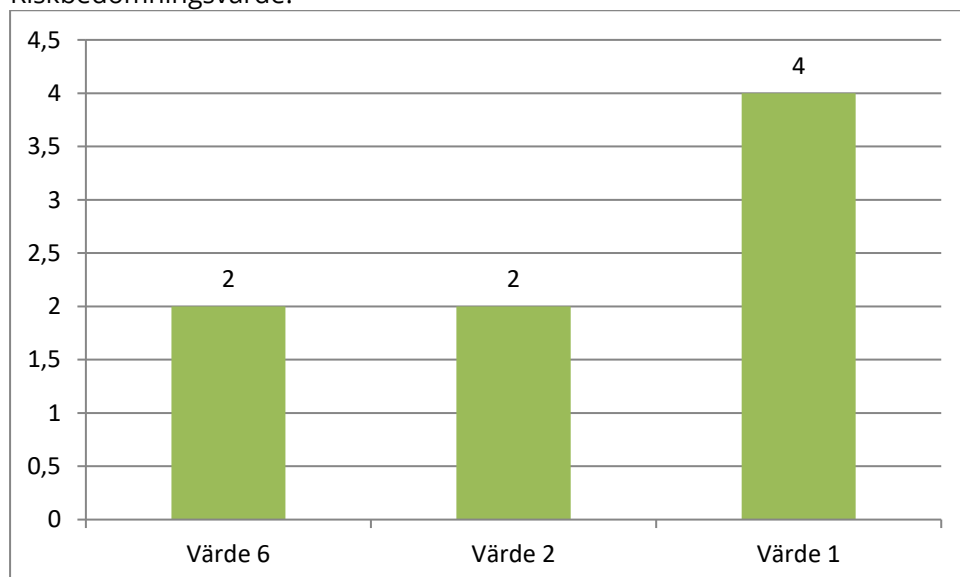
Avvikelse gällande medicintekniska produkter

Totalt 20 st.

När under dygnet inträffade händelsen?



Riskbedömningsvärde:



Riskbedömningar är gjorda i 40 % av händelserna avseende medicintekniska produkter och 44 % avseende läkemedelsavvikelse. Målet är att samtliga avvikelser ska riskbedömas. Ett identifierat förbättringsområde för 2019 är antal genomförda riskbedömning då det identifierats brister i detta.

Patientnämnd och Lex Maria

Inga ärenden hanterades under 2018 av Patientnämnden som berörde Kävlinge kommun. Två klagomål som gällde omvårdnaden utreddes av IVO. Socialnämnden yttrade sig i båda

ärenden. Ärenden var kända i verksamheten och händelseanalyser var gjorda. MAS bedömde att ärendena inte omfattades av anmälningsskyldigheten för lex Maria. IVO fattade under 2018 beslut i ett av ärenden, beslutet stämde överens med MAS bedömning i ärendet. Beslut i det andra ärendet hade inte kommit vid årsskiftet.

En händelse under 2018 bedömdes medföra allvarlig vårdskada och anmäldes till IVO enligt anmälningsskyldigheten för lex Maria. Händelsen gällde brister i följsamhet till läkarordination. Den sammanfattande bedömningen i ärendet var att patienten riskerade att drabbas av en allvarlig vårdskada. IVO gjorde en inspektion i ärendet där MAS och en enhetschef deltog. Beslut har inte fattats i ärendet vid årsskiftet. Ytterligare en händelse skedde under slutet av året som bedömdes omfattas av anmälningsskyldigheten. Händelsen var fortfarande under utredning vid årsskiftet. Flera händelser bedömdes inte omfattas av anmälningsskyldigheten, dessa hanterades enligt rutin i den egna verksamheten. Dialogmöte med legitimerad personal har genomförts under 2018 där samtliga ärenden har diskuterats.

I samtliga händelser identifierades brister i verksamheten vilket medförde åtgärder som förbättrade verksamheten och ökade patientsäkerheten. En brist som identifierades under året var att vidtagna och planerade åtgärder som identifierades i händelseanalys arbetet inte alltid genomfördes. Det finns därmed en risk att händelserna kan inträffa igen. Arbetet för att säkerställa detta planeras under 2019.

Patientssäkerhetsarbete 2018

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Hjälpmedel

Nytt hjälpmedelsförråd

I september 2018 invigdes ett nytt hjälpmedelsförråd. Byggnaden är mer funktionell och ger bättre möjlighet till rekonditionering av hjälpmedel. Det nya förrådet har tre ingångar. Det innebär att smutsiga hjälpmedel alltid kan hållas separerat från rena hjälpmedel.

Nytt avtal med Sodexo

10- gruppen (som består av nio skånska kommuner) har tillsammans gjort en upphandling av hjälpmedelstjänster. Upphandlingsarbetet pågick under 2017-2018. Upphandlingsarbetet grundade sig till stor del på tidigare avtal men en del justeringar gjordes och nya tjänster lades till för att öka säkerheten och kvalitén för våra patienter. Sodexo som sedan tidigare var 10- gruppens leverantör av hjälpmedeltjänster fick även det nya avtalet. 2018-10-01 trädde nya avtalet med Sodexo i kraft.

10-gruppen har sedan tidigare gemensamt ägda begagnade hjälpmedel s.k. hjälpmedelspool bland annat rullstolar, vårdsängar, antidecubitusmadrasser och liftar. Sodexo har i uppdrag att hämta, leverera, rekonditionera och förmedla dessa. Poolens omfattning styrs av de hjälpmedel återlämnade från brukare och kommunerna behöver inte rekonditionera och lagerhålla dessa begagnade hjälpmedel. Syftet är att i stor grad kunna återanvända hjälpmedel vilket minskar kostnader samt möjliggör snabbare leverans till brukare. I avtalet med Sodexo ingår att säkerställa att dessa hjälpmedel uppfyller föreskrivna krav på säkerhet. Hjälpmedelspool har utökats med nya produktgrupper som gåbord, mobila hygienstolar, överflyttningssplattform och tyngdtäcken.

Det har funnits svårigheter att få hjälpmedel hämtade hos brukare som inte längre har behov av dessa. Konsekvensen av detta var att hjälpmedlet inte snabbt nog blev hämtade och därmed inte

tillgängligt för förskrivning till ny brukare. Det finns nu möjlighet att mot en avgift beställa hämtning på ett angivet datum.

Produktvisningar

Efter varje ny upphandling av hjälpmedel ska berörd förskrivare gå på produktvisning. Syftet med produktvisning är att ha kunskap om de upphandlade hjälpmedlen. Upphandlade hjälpmedel under 2018 var gånghjälpmedel, rullstolar, sängar, sittdynor, ramper. En förnyad visning av tyngdtäcken och tyngdvästar valdes då det fanns stor efterfrågan från förskrivare.

Fortbildning

För att förskrivare ska kunna göra utprovningar, ordinera, instruera samt göra uppföljningar behövs fördjupande kunskaper om hjälpmedel. De 9-kommunerna samverkar med Sodexo för att anordna utbildningar.

Exempel på utbildningar som erbjöds under 2018 var:

- Tre olika rullstolsutbildningar. Steg 1 grundutbildning för nya förskrivare, steg 2 påbyggnadsutbildning för erfarna förskrivare samt utbildning av komfortrullstolar. Syftet var att förskrivare ska kunna göra professionella bedömningar och viktiga inställningar som förbättra sittande i rullstol samt öka köregenskaperna.
- Förflyttning med personlyft. Utbildningen gav kunskap i att metodiskt prova ut en individuell lyftsele och lyftbygel, att arbeta på ett ergonomiskt bra sätt med personlyft, applicera olika typer av lyftselar samt hur man pedagogiskt instruerar brukare, personal och närstående.
- Fallprevention- Keep on Walking. Syftet var att förskrivare skulle känna sig säkrare vid val av gånghjälpmedel och dess inställningar för att motverka fallolyckor. Detta genom ökad kunskap om fallprevention, biomekanik, gångmönster mm.
- Pedagogiska vägen- att skapa inlärning på bästa sätt. Som arbetsterapeut och fysioterapeut förväntas man kunna förmedla kunskap på ett begripligt sätt till patienter, närstående och omvårdnadspersonal. I utbildningen tar man del av en kvalitetssäkrad och professionell metod för att effektivisera möten och utbildningssituationer.
- Hur tungt kan det vara? Man lär olika metoder på vanliga förekommande förflyttningar men med inriktning på tyngre brukare. Förskrivare lär sig även att göra riskbedömningar i samband med förflyttningar.
- Positioneringsutbildningar. Syftet är att undvika kontrakturer, arbeta trycksårspåbyggande samt ge en bekväm, avlastande smärtfri vila i sittande och liggande.
- Workshop trycksår sittande med fokus på trycksåravlastning vid sittande.
- Utbildning i förskrivarportalen. Förskrivarportalen är ett IT stöd som Sodexo men nyttjas av förskrivare. IT- systemet ger förskrivare och utförare tillgång till artikelregister så att de kan beställa hjälpmedel och tjänster.

Förskrivarutbildning

Tidigare år har Kommunförbundet Skåne erbjudit förskrivarutbildning. Flertalet av förskrivare i sektor Omsorg har gått denna utbildning. Under åren har förskrivningsprocessen förändrats.

Då Socialstyrelsen arbetar för en jämlik hjälpmedelsförsörjning bland annat genom att tillhandahålla kunskapsstöd och utbildning startade de en webbaserad utbildning i förskrivningsprocessen.

Utbildningen riktar sig till förskrivare av hjälpmedel, vård- och omsorgspersonal som möter personer som har hjälpmedel och till deras chefer. Deltagarna får kunskap om förskrivningsprocessen och vad

som stödjer och reglerar den samt hur patientens delaktighet påverkar nyttan av hjälpmedel. Med utbildningen medföljer även ett diskussionsmaterial. Styrgruppen för hjälpmedel har tagit beslut att alla förskrivare av tekniska hjälpmedel ska ha gått den webbaserade utbildning. I verksamheten har alla förskrivare samt medicinsk ansvarig sjuksköterska genomfört den webbaserade utbildningen med godkänt resultat. Dock har utbildningen inte föregåtts av dialog och reflektion i grupp vilket hade ökat kompetensen ytterligare.

Hälso- och sjukvårdsavtal

Under 2016 undertecknades ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal mellan samtliga Skånes kommuner och Region Skåne. Avtalet ska ge en bättre och mer sammanhållen vård för Skånes mest sjuka med behov av hemsjukvård. Syftet är med hälso- och sjukvårdsavtalet är att säkerställa ett bra och jämlikt omhändertagande för de personer där det finns ett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser både från kommunerna och från Region Skåne. Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet innebär bl.a. en ny vårdform där mest sjuka ska erbjudas att skrivas in i ett mobilt vårdteam som består av en läkare från Region Skåne samt en sjuksköterska från kommunen. Även personer som sviktat tillfället ska kunna skrivas in tillfälligt i hemsjukvårdsteamet.

En lokal samverkansgrupp med parter från primärvården och kommunen har träffats regelbundet under 2018 för samverkan med inskrivningar i mobilt vårdteam och andra frågor. Målet för 2018 var att 80 patienter skulle vara inskrivna in i teamet. Målet uppnåddes inte fullt ut, 47 patienter var inskrivna i teamet 181231. Arbetet med att skriva in patienter i teamet fortgår under 2019.

Avtalet innebär även ett utvecklingsåtagande för att stödja en utveckling mot att fler sjukvårdsinsatser kan utföras i hemmet. I utvecklingsarbetet ingår att skapa gemensamma lösningar över ansvarsgränserna som ska leda till en trygghet för alla inblandade parter.

Samordnad individuell planering (SIP)

Samordnad individuell plan, SIP, är en plan som ska upprättas tillsammans med patienten om denne har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och om det finns behov av samordning. I nya hälso- och sjukvårdsavtalet har SIP en viktig roll vilket medför att antal genomförda SIP:ar ökar. Antal genomförda SIP:ar har ökat vilket kan härledas till ny lagstiftningen vid utskrivning från slutenvården samt arbetet med inskrivningar i mobilt vårdteam.

Samordnad vid utskrivning från slutenvården

Samverkanslagen vid utskrivning från slutenvården trädde i kraft 180101. Lagens syfte är att patienten ska lämna slutenvården på ett tryggt och säkert sätt. För säkerställa lagens syfte behöver berörda vårdgivare samverka i en planeringsprocess. I processen ingår flera olika moment som kartläggning, ställningstagande och planering för hemgång. Processen kan mynna ut i en samordnad individuell planering som i de flesta fall sker i hemmet efter utskrivningen. Kommunikationen mellan vårdgivarna sker i ett IT-stöd, Mina planer. Gemensamma rutiner för processen är upprättade mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne.

För att möta upp dessa utmaningar skapades nya arbetssätt och nya funktioner i verksamheten. Ett hemtagningsteam som består av sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter har startats upp. Teamets uppgift är att ge stöd och omsorg till personer som är nyutskrivna från sjukhuset och behovet identifieras under planeringsprocessen.

Beslutstöd

Beslutsstöd för arbetsterapeuter är ett pågående kvalitetsarbete som påbörjades 2008 och som fortlöpande revideras årligen. Beslutsstödsmodellen har skapats för arbetsterapeuter och sjukgymnaster och ska användas vid bedömningar av insatser vid funktionsnedsättning. Syftet med beslutsstöd är att främja ett enhetligt och strukturerat arbetssätt med likvärdiga bedömningar, där patienten blir delaktig på ett tydligt sätt samt möjliggöra systematisk uppföljning.

För att säkerställa att patienterna får vård på lämplig vårdnivå och för att minska risken för att svårt sjuka missas infördes 2016 ett beslutstöd för sjuksköterskor. Beslutsstödet antogs under 2017 i hälso- och sjukvårdsavtalet och är en del i nya vårdformen. Instruktörsutbildning för beslutsstödet genomfördes under 2018 vilket innebär att den nu finns två sjuksköterskor i verksamheten som kan utbilda nya sjuksköterskor i beslutstödet. Under 2018 utbildades sammanlagt 23 sjuksköterskor och undersköterskor i beslutstödet.

Läkemedel

Med läkemedelshantering avses ordination (inklusive läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse), iordningställande, administrering, rekvisition (beställning av läkemedel), kontroll (av narkotika) och förvaring av läkemedel. Grunden för läkemedelshanteringen i Kävlinge kommun är att den ska vara individuellt anpassad och säker utifrån den enskildes förutsättningar.

Läkemedelsgranskning

Nytt för 2018 var att läkemedelsgranskningar utfördes av extern aktör. Sammanlagt genomfördes nio granskningar på särskilt boende, korttidsenheten och gruppboendena. Ett flertal förbättringsområde identifierades, åtgärder vidtogs och planeras.

Läkemedelsgenomgångar

"En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning, som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbetssätt, i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner"(Region Skåne, Å Bondesson).

Ett prioriterat område 2018 var läkemedelsgenomgångar, efter samverkan med verksamhetscheferna på vårdcentralerna bokades läkemedelsgenomgångar både inom särskilt boende och i ordinärt boende. Under året har 117 läkemedelsgenomgångar genomförts vilket är ungefär samma antal som föregående år. Läkemedelsgenomgångar gjordes både i ordinärt och särskilt boende.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

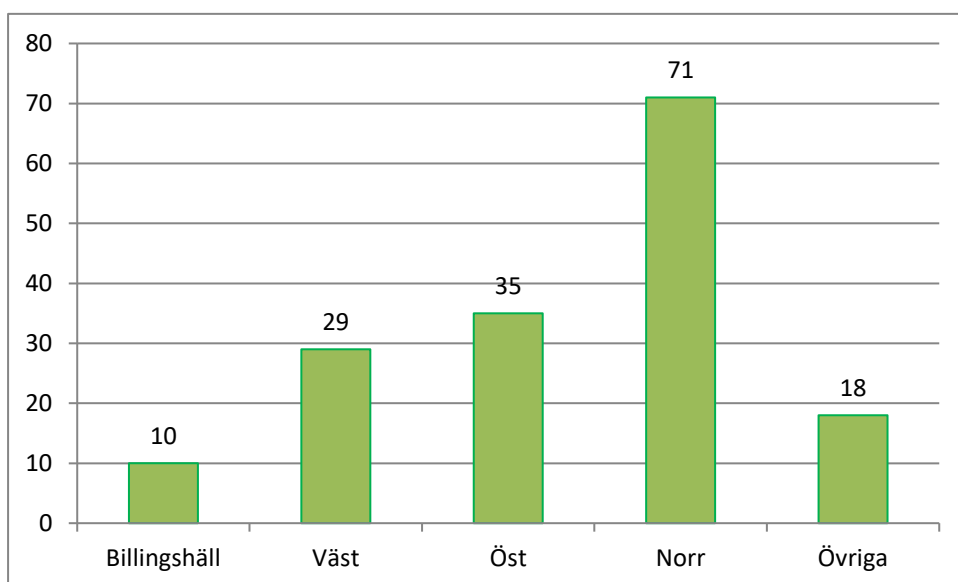
Delegering innebär att en legitimerad person överlåter en eller flera medicinska arbetsuppgifter till en annan person. Syftet med delegering är att begränsa antalet personer som är inblandade i vården av den enskilde och ändå fylla kravet på en god och säker vård samt tillgodose patientens behov av trygghet. Under 2018 kom en ny läkemedelsföreskrift från socialstyrelsen vilket medförde att hela delegeringsprocessen sågs över.

Nytt för året var att en ny delegeringsmodul köptes in, all delegering sker nu digitalt och delegeringsbesluten signeras digitalt. Även ett digitalt delegeringstest köptes in vilket medför att arbetet med delegeringsprocessen effektiviserats.

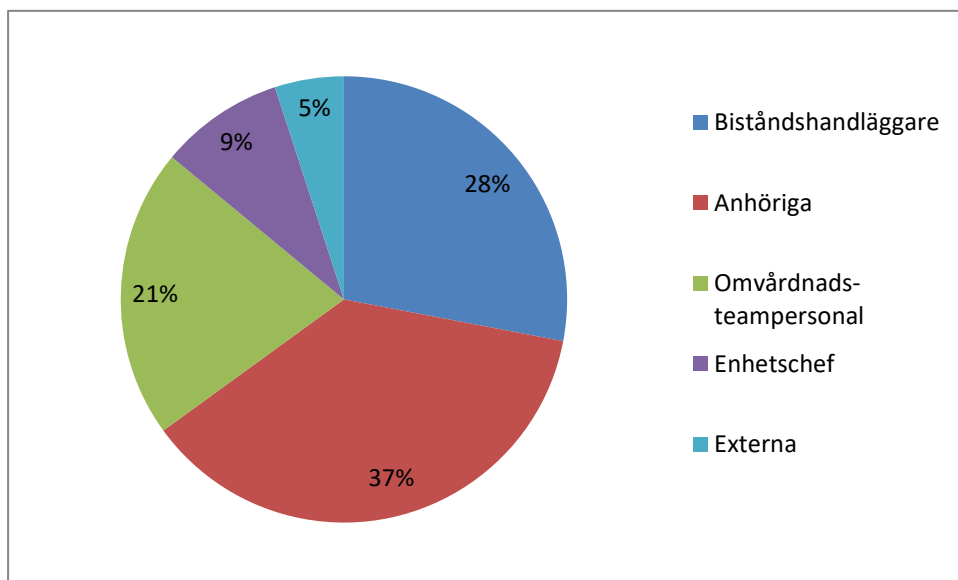
Demensvård

Demensverksamheten består av Silviasystrar som ska verka för att underlätta för den enskilde och dess närstående att bo kvar i ordinärt boende. Ärende som kommer till demensstödsgruppen kan vara att enhetschef på särskilt boende önskar handledning/tips eller att anhöriga själv kontaktar och ber om hjälp. I tabellen och i cirkeldiagrammet nedan framgår antal ärende som demensstödsgruppen handlagt under 2018 samt vem som initierat olika ärende.

Antal ärende fördelat på respektive område:



Fördelning av vem som initierar kontakt:



Inkontinenshjälpmedel

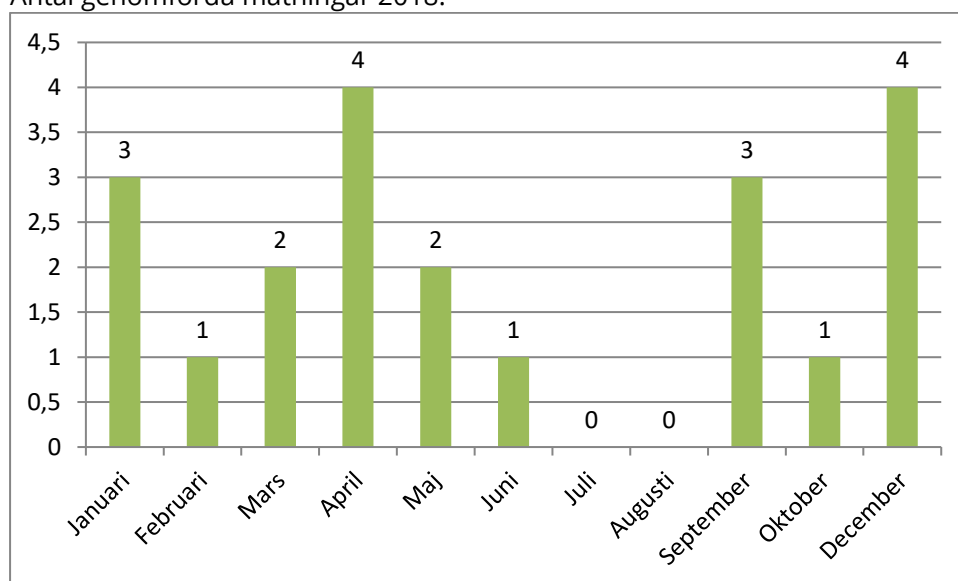
Urininkontinens är ett av våra största folkhälsoproblem. Urininkontinens utgör för många ett socialt handikapp vilket ger påverkan på det dagliga livet på grund av rädsla för att läcka urin. Kommunen skall i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen erbjuda hjälpmedel till personer med

inkontinensproblematik i särskilt boende/hemsjukvården.

Ett nytt arbetssätt för att kvalitetssäkra förskrivningen av inkontinenshjälpmedel infördes under 2017. Syftet är att säkerställa rätt inkontinensskydd, rätt bytestid samt att skapa individuella toalettbesök utifrån den enskildes individuella behov. Mätningen genomförs genom individuella urinmätningar med sensorskydd som loggas till en webbportal under tre dygn. En analys görs därefter av urinläckage m.m.

En brist som identifierades under 2018 var att antal genomförda mätningar har minskat. Ett omtag av arbetet genomfördes under slutet på 2018. Fler sjuksköterskor fick utbildning i arbetssättet samt fyra undersköterskor fick i uppdrag att identifiera patienter och initiera mätningar. Under 2019 fortlöper detta arbete.

Antal genomförda mätningar 2018:



Informationssäkerhet

För följsamhet av lagstiftning och föreskrifter pågår ett kontinuerligt arbete kring informationssäkerhet. Informationssäkerhet innebär att skydda information så:

- att den alltid finns när vi behöver den (tillgänglighet)
- att vi kan lita på att den är korrekt och inte manipulerad eller förstörd (riktighet)
- att endast behöriga personer får ta del av den (konfidentialitet)
- att det går att följa hur och när information har hanterats och kommunicerats (spårbarhet)

Journalgranskning

Ett led i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete är journalgranskningar. Journalgranskningen sker genom att ett antal journaler väljs ut och oidentifieras och granskas av leg personal tillsammans med MAS och IT-samordnare. Syftet med att granska dokumentationen är att säkerställa dokumentationen, kvalitetsutveckling samt tillförsäkra patienten en god och säker vård. Resultatet av granskningen sammanställs, goda exempel lyfts fram och förbättringsområden identifieras. 2018 års journalgranskning medförde flera förbättringar och revidering av dokumentationsmanualen gjordes. Målet för året var att samtliga team ska vara med på minst en journalgranskning/år. Under 2018 deltog samtliga team utom två i journalgranskningar. Fortlöpande journalgranskning kommer att fortsätta under 2019.

Åtkomstkontroller (loggar)

Inom verksamheterna har under året systematiska åtkomstkontroller för omsorgspersonal och teampersonal i hälso- och sjukvårdsjournaler samt Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförts.

Granskningen för omsorgspersonal sker genom att slumpmässig personal väljs ut en gång per kvartal och en månads läsaktiviteter i hälso- och sjukvårdsjournaler granskas av enhetschefen. En rutin förhandläggning av misstanke av olovlig åtkomst eller dataintrång upprättades under 2018. Ett fall av misstanke av olovlig åtkomst identifierades under 2018, ärendet hanterades utifrån rutinen.

Risakanalys

Enligt föreskrift från socialstyrelsen HSLF-FS 2016:40 ska riskanalyser göras för att bedöma om det i verksamheten finns risk för händelser som påverka efterlevandet av föreskriften. Under 2018 tillsattes en arbetsgrupp, i gruppen fanns sjuksköterska, fysioterapeut, enhetschef, MAS och IT-samordnare. Uppdraget för gruppen var att göra riskanalysen. Flera risker identifierades bl.a. oplanerade driftstopp. Arbetet medförde att nya rutiner och arbetsprocesser framarbetades t.ex. en blankett leg personal kan dokumentera på vid längre driftstopp.

SITHS kort inloggning

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på Internet, såsom Pascal, Mina planer, Nationell Patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret samt utfärdande av tandvårdskort. All legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i befintligt journalsystem samt i olika kvalitetsregister. En åtgärd som vidtogs för att förbättra informationssäkerheten 2018 var att öka antal medarbetare som loggar in i journalsystemet med SITHS-kort. Detta gjordes delvis genom att inloggning för administratörer i andra system ställdes om till SITHS-kort.

Dokumentation HSL för omvårdnadspersonal

I ett pilotprojekt på ett hemvårdsområde fick omvårdnadspersonal under våren 2014 introduktion och förutsättningar att notera avsteg från HSL-ordinationer under specifika rubriker i hälso- och sjukvårdsjournalen. Syftet var bland annat att underlätta informationsöverföring till legitimerad personal.

Efter utvärdering togs beslut att fortsatt implementering av HSL-dokumentation för omvårdnadspersonal ska ske. Under 2018 besökte MAS och IT samordnare samtliga arbetsplatser på en arbetsplatsträff där dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen var en punkt.

Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

I Kävlinge syns nyttan av sammanhållen journalföring i olika sammanhang då antalet sökningar ligger som förra året. För 2018 gjordes 973 slagningar vilket kan jämföras med 2017 då 949 slagningar gjordes av legitimerad personal i Kävlinge.

Uppgiftsskyldighet - vårdåtgärder

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, börjar gälla från och med 1 januari 2019. Föreskrifterna innebär bland annat att kommunerna ska komplettera de patientuppgifter lämnas idag till Socialstyrelsen med nya uppgifter om vårdåtgärder som vidtagits (utförts) av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och där kommunen är vårdgivare. Vårdåtgärderna ska vara klassificerade

enligt den mest detaljerade nivån i KVÅ.

KVÅ står för **K**lassifikation av **V**ård **Å**tgärder inom hälso- och sjukvården och dessa rapporterade koder ger underlag till en statistisk beskrivning av vårdens innehåll. Socialstyrelsen har tagit fram urval ur KVÅ för användning i kommunal hälso- och sjukvård tillsammans med företrädare för de legitimerade yrkesgrupperna sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. En arbetsgrupp påbörjade det lokala arbetet under 2018 arbetet med KVÅ. Under december 2018 implementerades urvalen i hälso- och sjukvårdjournal i Procapita och används av legitimerad personal från och med årsskiftet 2019.

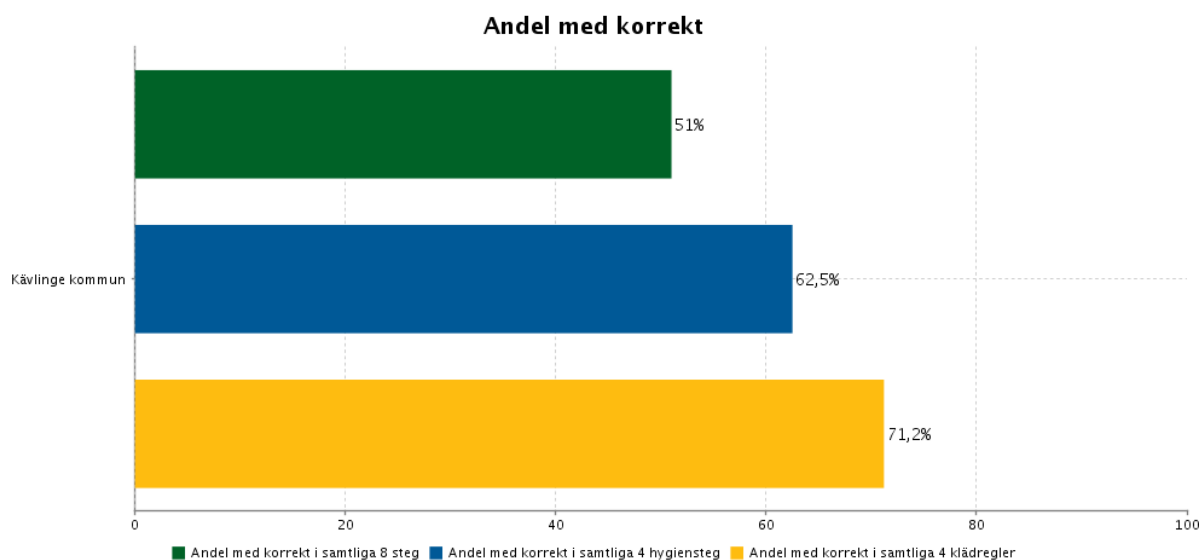
Vårdhygien

God vårdkvalitet förutsätter bland annat en god hygienisk standard och anges som ett specificerat krav i Hälso- och sjukvårdslagen. För patienten innebär en god hygienisk standard att risken för drabbas av en vårdrelaterad infektion ska vara så liten som möjligt. Risken för smittspridning begränsas genom att följa gemensamma regler för basal hygien och arbetskläder. Inom socialtjänsten i Kävlinge kommun ska all personal vid omvårdnadsnära arbete följa dessa regler för att begränsa smittvägar samt för att minska risken för smittspridning och därmed öka patientsäkerheten.

En planerad aktivitet för 2018 var att delta i större omfattning i SKL:s nationella mätning av följsamheten av basala hygienrutiner och arbetskläder. Under vecka 12-13 genomfördes mätningen i verksamheten, 208 (153 föregående år) medarbetare deltog i mätningen. Mätningen genomförs i åtta steg varav fyra berör basala hygienrutiner och fyra berör arbetskläder.

Tidigare mätningar har uppvisat dåliga resultat överlag för socialtjänsten, mätningen för 2017 visade att knappt 40 % följde basala hygien- och klädregler. Ett flertal åtgärder vidtogs och arbetet med vårdhygien pågick hela 2018.

Resultat från mätningen:



Resultatet visade en viss förbättring för 2018 men resultatet är fortfarande inte tillräckligt. Arbetet med basal hygien och arbetskläder fortlöper under 2019 då en ny mätning kommer att genomföras.

Nationella vårdprogrammet för palliativ vård

Nationella vårdprogrammet (NVP) för palliativ vård syftar till att kvalitetssäkra vården i dess olika skeden. NVP har ett tydligt fokus på vården i livets slutskede och lyfter patientens och närståendes behov utifrån olika frågeställningar. Vårdprogrammet vänder sig till alla professioner och vårdformer och ska användas som ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda enskilda patienters vårdbehov. Under 2018 togs beslut om att socialtjänsten ska implementera vårdprogrammet för palliativ vård i verksamheten. Arbetet påbörjades under hösten 2018, en sjuksköterska utsågs som ansvarig tillsammans med MAS för arbetet. Implementeringar av arbets sätt planeras under våren 2019.

Bedömningsinstrument

Flertalet bedömningsinstrument används för att möjliggöra ökad patientsäkerhet. Nedan redovisas antal utförda bedömningar. En tydlig minskning av smärtskattning och riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munhälsa ses under 2018. Detta kommer lyftas under 2019 och en enhetschef har fått detta som ett ansvarsområde.

Tabell över antal gjorda bedömningar:

Bedömningsinstrument	Antal 2017	Antal 2018	Bedömer
Abbey Pain Scale	51	7	Smärtskattning
ADL Taxonomi	185	244	Aktivitet i det dagliga livet
Barthel index	0	0	Dagliga livet samt blåsa och balans
Bergs balansskala	84	85	Balansförmåga
Downton Fall Risk Index	246	130	Fallrisk
MNA	226	138	Risk för undernäring
Modifierad Norton	304	168	Risk för trycksår
NPI	33	29	Beteendesymtom vid demenssjukdom
FES 1	72	73	Självskattning av oro för att fall
SAFE	71	75	Självskattning av om någon låter bli att göra saker för inte falla
ROAG	95	58	Munhälsa
Fallvärdering enl. SKL	3	0	Screeningutvärdering på de som fallit mer än 2 ggr/halvår

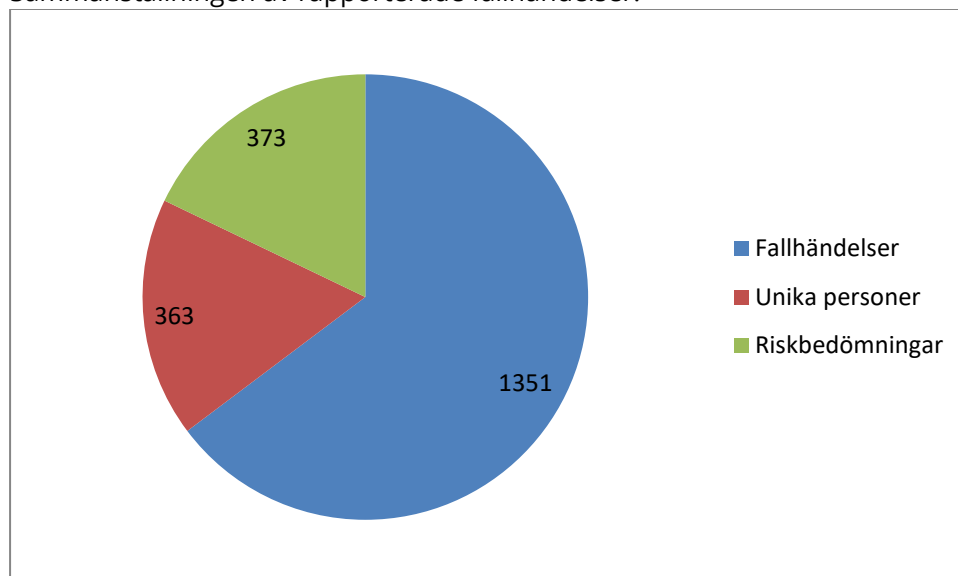
Fallprevention

Orsak till att en person faller upprepade tillfällen beror många gånger på en rad olika anledningar t.ex. medicinsk bakgrund, sociala faktorer och den enskildes hemmiljö. Det förebyggande arbetet ska därför inriktas på systematik och samarbete mellan yrkesfunktioner och lagrum. Fallrapport fyller en viktig funktion i analys och ställningstagande till förebyggande åtgärder efter att ett fall har

inträffat.

Syftet med det preventiva arbetet är att systematiskt arbeta förebyggande med fallhändelser och fallskador. Målsättning är att med systematisk hantering och analys av fallrapporter kunna minska antalet fallhändelser samt förebygga vårdskador till följd av fallhändelser

Sammanställningen av rapporterade fallhändelser:



Enligt rutin ska sjuksköterska kontaktas i samtliga fallhändelser. Sammanställningen visar att detta gjorts i 91 % av fallhändelserna.

Balansträning/90+ träning

Kommuninvånare över 65 år som har nedsatt balans och/eller upplever en rädsla för att falla kan få möjlighet till balansträning efter bedömning av sjukgymnast.

Balansträningen kombinerades med ett hemträningsprogram som deltagarna skulle utföra minst en gång per dag.

Under 2018 slutfördes fyra balansgrupper, två på våren och två på hösten. Hälften av grupperna hölls på Billingshäll och hälften i Lödde Idrottshall. Totalt har 33 personer påbörjat balansträningen under 2018, av dessa fullföljde 26 personer träningsperioden. Anledningar till att inte fullfölja träningsperioden var förvärrad smärta och/eller sjukdom. Av de 26 personer som slutförde träningen så förbättrade 23 personer sin balans enligt Bergs balansskala, 2 personer hade samma resultat som innan balansträningen och 1 person fick sämre resultat än innan balansträning. Majoriteten av deltagarna förbättrade även sin gånghastighet och styrka enligt TUG, TUG-m och 30 second Chair Stand Test.

Många studier visar att styrketräning ger goda effekter hos äldre personer och under 2018 påbörjades 90+ träning i samarbete med sjukgymnasterna på vårdcentralen i Kävlinge. För att få delta i 90+ träningen gjordes bedömning av sjukgymnast innan påbörjad träning. Man skulle även vara listad på vårdcentralen i Kävlinge. Träningen hölls en gång per vecka å en timme tillsammans med två sjukgymnaster, en från vardera vårdgivare. Träningen bestod av cirkelträning med inslag av både styrka, balans och kondition. Efter varje träningstillfälle hade deltagarna social samvaro med fika. Totalt deltog 7 personer varav 6 fullföljde träningsperioden. Anledningar till att inte fullfölja träningsperioden var sjukdom. Av de 6 personer som slutförde träningen så förbättrade 5 personer sin balans enligt Bergs balansskala, och 1 person hade samma resultat som innan träningsperioden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården 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.
- Samverkan vid utskrivning från slutenvården. Rutiner vid utskrivning från slutenvården mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om rehabilitering 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.
- Policy och allmänna riktlinjer för hjälpmedelsverksamheten i Skånes kommuner och Region Skåne.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Nationella Kvalitetsregister 2018

Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat den avlidne besvarar ett trettital frågor. Syftet med kvalitetsregistret är att förbättra vården i livets slutskede genom att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede.

I Kävlinge Kommun har 237 personer avlidit under 2018, av dessa var 23 väntade dödsfall. Totalt sett under 2018 registrerades drygt 30 % av de i Kävlinge kommun folkbokförda avlidna i registret.

Under 2018 utfördes validerad smärtskattning hos 25 % av alla väntade dödsfall i Kävlinge kommun. Motsvarande siffra för 2017 var 41,6 %. Man kan alltså konstatera en tydlig försämring på denna kvalitetsindikator som måste förbättras. De som avlider ska ha fått sin smärta bedömd på ett validerat sätt under sin sista levnadsvecka. Kvalitetsindikatorn *utförd validerad smärtskattning* var för Skåne län 51,2 % och för hela Sverige 49,2 % år 2018.

Andelen som har fått sin munhälsa bedömd under sista levnadsveckan kan bli ännu bättre, det målvärde som Palliativregistret har satt upp är 100 %. Denna indikator var för hela Skåne 56,3 % och för hela Sverige 59 % under 2018.

Eftersamtal erbjudit är en annan kvalitetsindikator i registret. Andelen närstående som erbjudits eftersamtal i Kävlinge kommun under 2018 var 44,9 %. Motsvarande siffra för 2017 var 68,3 %. Registrets målvärde är 100 % så även här finns förbättringsutrymme. Denna indikator var för hela Skåne 55,1 % och för hela Sverige 65,1 % under 2018.

Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som i första hand vänder sig till äldre personer. Det övergripande målet med Senior Alert är vårdprevention, alltså att förebygga skador och främja hälsan hos äldre personer. Riskbedömningar, planerade och vidtagna åtgärder som rör fall, undernäring, trycksår och munhälsa registereras. Under 2018 utfördes 84 riskbedömningar i Kävlinge kommun, att jämföra med 2017 då 216 riskbedömningar utfördes. För åren 2016 till och med 2018 har 442 personer registrerats. Även om det är förväntat att antalet individer som skrivs in i Senior Alert minskar när majoriteten av personerna i målgruppen är registrerade så har användandet och registreringarna i Senior Alert till viss del stannat på grund av personalomsättningar och omorganisation. För 2019 finns dock strategier för hur vi ska återuppta ett högt antal registreringar och uppföljningar i Senior Alert, bland annat ska specialistundersköterskorna vara ansvariga för registrering och uppföljning, vilket sörjer för en förbättrad kontinuitet.

Munhälsobedömningar är en viktig riskbedömning då ohälsa i munnen kan påverka även de övriga riskdiagnoserna (fall, trycksår och undernäring). Under 2018 utfördes i kommunen munhälsobedömningar i 75 % i alla riskbedömningar vilket jämfört med 2017 är en förbättring då samma siffra var 70 %. För hela Sverige är riktigheten i siffran för 2018 svår att bedöma då antalet munhålebedömningar översteg det totala antalet riskbedömningar, (siffran överstiger 100 %). Rapporter över antalet utförda riskbedömningar och övrig statistik som har gjorts på respektive enhet skickas ut till samtliga berörda två gånger per år.

BPSD

Syftet med BPSD – registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet. I registret sker kartläggning av frekvens och allvarlighetsgrad av symtom, aktuell läkemedelsbehandling, checklista för tänkbara orsaker gällande basala omvårdnadsåtgärder. Utifrån detta skapas aktuella omvårdnadsåtgärder som tillförs genomförandeplanen.

Kävlinge kommun påbörjade arbetet med BPSD-registret på samtliga demensenheter under hösten 2013, då bl.a. utbildning av BPSD-administratörer genomfördes. Under 2018 gjordes det i Kävlinge kommun 92 registreringar i registret vilket är färre än 2017 då det gjordes 113.

2018 var ett år för sektor omsorg då en genomgripande organisationsförändring genomfördes. Som en konsekvens härav fick organisationen en del personalomsättning, bland annat av personer som haft nyckelpositioner i arbetet med BPSD registret. Med anledning av detta har arbetet med registret fodrat en omstart. Omstarten påbörjades i december 2018 då samtliga BPSD administratörer kallades samman till ett möte med syfte att kartlägga utbildningsbehovet gällande arbetet i registret samt att diskutera och revidera rutinen för arbetsprocessen.

En arbetsgrupp är utsedd för att leda detta arbete och kommer kalla samman samtliga administratörer igen när rutinen är reviderad för att därefter påbörja processen med att förankra arbetssättet på samtliga demensenheter i kommunen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet och att förebygga vårdskador genom

- Anhörigstöd
- Hälsodagar
- Genom individuell planering och samordnad individuell planering.
- Förebyggande hembesök
- Balansträning och utegym
- Snubbelkoll vid nyinstallation av trygghetstelefon
- Demensstödgruppens stödarbete och utbildningar
- Läkemedelsgenomgångar

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Det långsiktiga och strategiska utvecklingsarbetet i lokala samverkansgruppen fortsätter med fortsatt fokus på hälso- och sjukvårdsavtalet. Arbetet syftar till att förbättra kvalitet och möjliggöra en mer sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka. Ett mål för samverkansgruppen är att öka antal inskrivningar i mobilt vårdteam. Visionsvärdet för 2022 är att 100 % av de patienter som uppfyller kriterierna för att bli inskriven i mobilt vårdteam erbjuds inskrivning i teamet.
- Läkemedelshantering är ett ständigt förbättringsområde. En strategi är att genomföra läkemedelsgenomgångar och läkemedelsgranskningar. Målet för 2019 är att genomföra granskningar inom ordinärt boende och på tre gruppbestäder.
- Under tidigare år har det konstaterats att läkemedelsavfall inte hanteras på ett säkert sätt. Det har även visat sig att gamla läkemedel ofta blir liggandes länge innan det kommer till apotek för destruktions. Ett mål för 2019 är att säkerställa att läkemedelsavfall omhändertas på ett säkert och korrekt sätt.
- Palliativ vård skall ge högsta prioritet. Den palliativa vården omfattar alla patienter oavsett diagnos. Under 2019 ska sektorn arbeta utifrån det nationella vårdprogrammet för palliativ vård. Implementeringen av arbetssättet ska påbörjas under första halvåret 2019.
- Under 2018 blev det tydligt i en händelseanalys att sjuksköterskor inte arbetade utifrån omvårdnadsprocesser utan utförde oftast punktinsatser. Det var även tydligt att andelen genomförda riskbedömningar minskat. Ett strategiskt mål för 2019 är att legitimerad personal i sektor Omsorg ska arbeta utifrån systematiska arbetssätt som t.ex. omvårdnadsprocessen och riskbedömningar.

- Följsamheten till rutiner för basal vårdhygien och arbetskläder visade under 2018 ett fortsatt dåligt resultat. Arbetet med förbättra resultat fortlöper under 2019. Visionsvärdet för 2022 är att 90 % av personalen följer basala hygienrutiner vid nationell mätning.
- Vanliga åtgärder vid händelseanalyser är att revidera och/eller ta fram nya rutiner och riktlinjer, information och utbildning. Ansvarig för åtgärderna är vanligtvis enhetscheferna. Vid uppföljning av åtgärderna har det förekommit att åtgärderna inte vidtagits fullt ut. Det finns därmed en risk att liknande händelsen kan inträffa igen. Målet är att samtliga beslutade åtgärder genomförs. Under 2018 påbörjades ett arbete med att säkerställa att vidtagna och planerade åtgärder följs upp, detta arbete ska vara klart under 2019.