



Bromölla kommun

Patientsäkerhetsberättelse

2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-28

Carina Christensen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Gisela Beckman, Verksamhetschef HSL

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Mål	3
Viktiga åtgärder som vidtagits under året	4
Viktiga resultat som uppnåtts under året	4
Struktur	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	9
Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	14
Utredning av händelser - vårdskador	14
Informationssäkerhet	15
Resultat och analys	16
Egenkontroll	16
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter	20
Riskanalys	20
Nationella register.....	21
Mål och strategier för kommande år 2022	27

Sammanfattning

Mål

År 2021 har präglats och påverkats av pandemin. Flertalet av målen har inte kunnat uppnås. De mål som inte har uppnåtts förs vidare till nästa år. Fokus har fortsatt fått vara personalbemanning och säkerhetsställande av de rutiner vi har kring Covid som har behövts förändras under året.

- Inom området sammanhållen vård och omsorg har samverkan med primärvården med fokus på implementering av SIP och inskrivning i mobilt vårdteam fortgått och målet kvarstår under 2022.
- Inom området god vård i livets slut fortsätter arbetet med målområden för att uppnå Socialstyrelsens nationella mål. Förbättring av resultaten inom målområdena smärtskattning och munhälsovårdsbedömning under sista levnadsveckan kvarstår under 2022. Arbetet med att införa Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP) påbörjades under hösten 2021, men fick pausas till 2022. Planering att införa NVP under 2022.
- Inom området prevention implementera arbetssättet Senior Alert med processen riskbedömning och förebyggande åtgärder i preventivt syfte inom hela äldreomsorgen har fått pausas under 2021, men ett omtag planeras under 2022 för att öka täckningsgraden och implementering främst inom ordinärt boende.
- Målet att implementera arbetet med BPSD-registret inom hemtjänsten kvarstår under 2022.
- Målet att utföra hygiendialoger på LSS-boenden kvarstår under 2022. Vårdhygien har inte haft möjligheter till detta samarbete under pandemin.
- Fortsätta utvecklingen av nya arbetssätt med fokus på preventivt arbete inom rehab. Kvarstår under 2022.
- Implementera läkemedelsskåp med digital nyckelhantering i hemsjukvården. Arbetet har pågått under 2021 och kommer att slutföras i början av 2022.
- Genomföra och implementera HALT-mätning som en del i patientsäkerhetsarbetet. Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Första registreringen i HALT genomfördes under hösten 2021. Fortsatt arbete med implementering fortgår under 2022.
- Nolltolerans för undernäring. Genomföra riskbedömningar i Senior Alert, utföra nutritionsutredning och

nutritionsbehandling av dietist. Arbetet har pågått under 2021 och kommer att fortgå under 2022.

- Utbilda och implementera åtgärdsryn (digital almanacka) för hemsjukvården. Införandet av åtgärdsryn fick skjutas upp 2021, planeras att införas 2022.
- Fortsätta planeringen och starta upp hemgångsteam. Arbetet fick pausas under 2021 relaterat till pandemin, men kommer att återupptas 2022.
- Införa kompetenskort. Arbetet har helt pausats under 2021, planeras tas upp 2022.

Viktiga åtgärder som vidtagits under året

- Säkerställa rutiner gällande Covid för följsamhet har varit fokus under året.
- Under året har samverkan med primärvården fokuserat på implementering av SIP och inskrivning i mobilt vårdteam.

Viktiga resultat som uppnåtts under året

- Följsamhet till rutiner gällande Covid.
- Samarbetet med primärvården gällande provtagningar och smittspårning har fungerat bra.

Nya rutiner har skapats och gamla har fått revideras efterhand som pandemiläget har förändrats. Både kommun och primärvården har fått ställa om sina verksamheter med kort varsel.

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.

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras. Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för den enskilde individens självbestämmande och integritet. Patientlagen innebär att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens hos personalen.

Organisation och ansvar

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

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, kommunstyrelsen. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschefens uppdrag regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Den **medicinskt ansvarig sjuksköterskas** ansvar regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär att:

-
- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
 - Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
 - Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
 - Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
 - Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Enhetschefen ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Ansvarar för att dokumentera hur patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet under föregående kalenderår utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik och följa de riktlinjer och rutiner som beslutats.

Omvårdnadspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare. Till exempel när de med delegering från en legitimerad yrkesutövare utför en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa de rutiner och riktlinjer som beslutats samt följa upp och återrapportera till legitimerad yrkesutövare.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektivitet och därmed också klagomål på vården. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdaktörer.

Formerna för samverkan regleras i samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Samverkan sker och rutiner för med mobilt vårdteam finns enligt HS-avtalet.
- Riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP).
- Riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Helsa Vårdcentral Sverige AB Bromölla.
- Kontinuerliga lokala samverkansmöten tillsammans med vårdcentralerna i Bromölla.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

För att få patienter delaktiga i vården ska SIP göras vid inflyttning till särskilt boende, inskrivning i mobilt vårdteam eller vid förändringar i vården. Patienterna är delaktiga i planeringen och närstående bjuds in att delta. Vid en SIP planeras vården för patienten på ett strukturerat sätt och det beslutas vem som ska göra vad vid eventuell försämring i hälsotillståndet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar löpande avvikelser i kommunens verksamhetssystem Treserva. Det finns en utarbetad rutin där enhetschefen ansvarar för sammanställning, utredning samt åtgärd inom respektive verksamhet. Ledningssystemet innehåller rutiner för anmälan till myndighet när en anmälan enligt gällande författningar ska göras, till exempel Lex Maria och Lex Sarah anmälan.

Klagomål och synpunkter

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

Det finns en allmän synpunktshantering på kommunens hemsida. Rutinen är att inkomna klagomål och synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta sker oftast i det direkta mötet med ansvarig chef inom respektive verksamhet. Förtroendefrågor, klagomål eller synpunkter från patientnämnden och Socialstyrelsen hanteras av verksamhetschef respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska. Dessa registreras, diarieförs och bevaras.

På kommunens hemsida finns även en direkt hänvisning till hur klagomål kan lämnas till patientnämnden.

Under året har det inkommit ett klagomål gällande nutrition från en anhörig via Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO avslutade ärendet hos dem med beslut om att överlämna klagomålet till kommunen för utredning och utan återrapportering till IVO.

Kommunen ansvarar för utredning enligt bestämmelserna i 5 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Som en del i utredningen så utfördes en tvärsnittsgranskning av Socialt ansvarig samordnare (SAS) samt Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), gällande dokumentation i verkställighetsjournal och patientjournal med fokus på nutrition.

Egenkontroll

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

Nedan framställs vilka egenkontroller som årligen ska utföras och i vilken omfattning.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Journalgranskning HSL	4 gånger per år	Protokoll
Loggkontroller Treserva - användare	3 gånger per år	Protokoll
Loggkontroller Treserva - händelselogg	1 gång per månad	Protokoll
Loggkontroller NPÖ	1 gång per månad	Protokoll
Checklista för kvalitet och patientsäkerhet	2 gånger per år	Protokoll
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databasen, BHK våren
Hygienronder	Årligen enligt överenskommelse	Vårdhygien, protokoll
Extern läkemedelsgranskning	1 gång per år	Apoteket AB, Protokoll
Närförråd läkemedel	1 gång per år	Protokoll
Sammanställning avvikelser	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet
Sammanställning trycksår	1 gånger per år	Senior alert
Måltidsmätning	2 gånger per år	Protokoll

På grund av nuvarande pandemi och andra omständigheter och dess påverkan på verksamheterna har följande kontroller inte genomförts på det vis som planerats.

- Loggkontroller i Treserva – arbete pågår med förtydligande kring detta.
- Hygienrond med Vårdhygien – nya diskussioner får tas efter pandemin.
- Extern läkemedelsgranskning – planeras 2022.
- Måltidsmätning – planeras 2022.

Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

År 2021 har påverkats av pandemin i många avseenden, flera åtgärder har satts in för att öka patientsäkerheten:

- Covidrelaterade åtgärder:
 - Utbildningar i basala hygienrutiner och instruktioner om hur skyddsutrustning används har getts kontinuerligt.
 - MAS har under året haft regelbundna möten med Vårdhygien Skåne och Smittskydd Skåne för information om pandemiläget. Rutiner från Vårdhygien Skåne och Smittskydd Skåne har informerats ut i verksamheterna.
 - Lokala rutiner relaterade till pandemin har skrivits, reviderats och förmedlats ut till verksamheterna efterhand som pandemin förändrats.
 - MAS har haft regelbundna möten med funktionschefer, enhetschefer och hemsjukvården relaterat till pandemin.
 - Uppföljning gällande följsamhet till Vårdhygien Skåne och Smittskydd Skånes rutiner samt lokala rutiner har skett regelbundet på olika sätt. Alla verksamheter har under året arbetat med rutiner för covid-19 för att säkra upp en god och säker vård.
 - Stort fokus har varit source control. Det innebär att vårdpersonal skyddar personer i sin omgivning mot covid-19 genom användande av munskydd och visir. Detta för att minska smittspridning om de skulle ha Covid och vara utan symtom.
 - Rutiner gällande smittspårning från Vårdhygien Skåne har följts.
 - Tillgången på skyddsutrustning har tillgodosetts och ett storlager innehållande ett beredskapslager med skyddsutrustning för 3 månader har byggt upp.
 - Provtagning av personal har fortsatt. Provtagning sker vid minsta symtom på Covid-19 enligt rutiner från Smittskydd Skåne.
 - Provtagning av patienter vid minsta misstanke på Covid-19, vid inflytt och efter sjukhusvistelse har fortsatt enligt rutiner från Smittskydd Skåne.
 - Vid positiva provresultat av covid-19 har smittspårning inletts. Både på patienter och personal. Ett utvecklat samarbete med primärvården har gjort detta möjligt. Rutinerna för smittspårning har följts från Vårdhygien Skåne. Syftet med att smittspåra är att minska smittspridning.

-
- När avrådan för besök upphörde den 1 mars införde kommunen säkra besök enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Det innebär att anhöriga ska vara friska vid besöket, ska informera personal om besöket, anhöriga erbjuds handdesinfektion inför besöket och även munskydd. Besöket får endast ske i patientens lägenhet eller på anvisad plats på boendet. Inga besökare får vara i de gemensamma utrymmena. Besöket kan med fördela ske utomhus.
 - Under året har personal från hemsjukvården genomfört vaccinationer med alla 3 doserna till patienter på säbo och i ordinärt boende som har hemsjukvård och insatser enligt Socialtjänstlagen med personlig omvårdnad. Även personal har erbjudits vaccination. De har vaccinerats via Regionen.
 - Ett arbete för att öka grundbemanningen i hemsjukvården pågår för att ytterligare öka patientsäkerhet och minska risken för vårdskador.
 - Under året har arbetet med inskrivning i mobilt vårdteam fortsatt för att kunna uppfylla målen i hälso- och sjukvårdsavtalet. Kommunen har arbetat aktivt med vårdcentralerna för att implementera arbetet med inskrivning i mobilt vårdteam. Arbetet går framåt och båda vårdcentralerna har skrivit rutiner för inskrivning i mobilt vårdteam. Hemsjukvården har tillsammans med vårdcentralen haft utbildning kring SIP (samordnad individuell plan) samt om arbetssättet kring mobilt vårdteam.
 - Inom det preventiva arbetet pågår det regelbundna riskbedömningar med stöd från kvalitetsregistret Senior Alert i de flesta verksamheter. Arbetet med att fortsätta implementera arbetssättet inom hemtjänsten har fått pausas även år 2021, men det planeras ett omtag 2022.
 - Inom god vård vid livets slut har resultatet följts via palliativregistret. Resultaten har gällande munhälsobedömning förbättrats något och försämrats något gällande smärtskattning under senaste levnadsveckan. Kunskapsinhämtning kring Nationell Palliativ Vårdplan (NVP) genomfördes under hösten 2021 och arbetet planeras fortsätta och införas under 2022.
 - Under 2021 har inga träffar för administratörer för BPSD-registret genomförts relaterat till pandemin. Detta planeras återupptas under 2022. Administratörerna har under året fått information och nyheter via mail samt sker vägledning och handledning vid behov av demenssjuksköterskan. En sjuksköterska har gått utbildning till certifierad BPSD-utbildare och planeras samarbeta med demenssjuksköterskan gällande BPSD-registret framöver.
 - Den tidigare trenden med ökande läkemedelsavvikelser har tyvärr fortsatt. Anledningarna kan vara flera, men arbetet måste

fortgå för att minska dessa. Ett tidigare mål för att minska läkemedelsavvikelser har varit digital signering och det målet får kvarstå 2022.

- Under 2021 har läkemedelsutbildningen inför delegering förändrats, så att inte bara nyanställda/vikarier får gå en teoretisk utbildning utan även ordinarie fast personal. Tanken är att alla går denna utbildning vart annat år och en digital utbildning vart annat år inför delegering.
- Kommunen är skyldiga att utföra externa läkemedelsgranskningar varje år. Under 2021 genomfördes granskningen med att delegerad personal fick svara på frågor om läkemedelshanteringen i en enkät. Enkätsvaren sammanställdes av Apoteket och presenterades vid ett digitalt möte för sjuksköterska, delegerad personal, enhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Planen för 2022 är att läkemedelsgranskningen kommer att ske med apotekare på plats.
- Planen att ha hygienronder inom omsorg- och funktionsnedsättning fick ställas in även 2021 relaterat till att Vårdhygien Skåne inte kunde medverka. Får kvarstå som mål 2022.
- Externa utbildningar erbjuds regelbundet för legitimerad personal. Under året har utbildningar skett i digital form ex. Läkemedel i Skåne, sårutbildningar, men även medverkan i utbildning i fysisk form har förekommit. Alla sjuksköterskor har gått utökad utbildning i hjärt- lungräddning (HLR), vilket innebar teori, praktik och scenarioträning, en utbildning på 3 timmar. Under våren hölls en utbildning om Astma/ KOL av vårdcentralen Helsa.
- En sjuksköterska har vidareutbildat sig till specialistsjuksköterska med inriktning psykiatri. Planen var att sjuksköterskan under 2021 skulle börja arbeta med sitt nya uppdrag, men det har fått skjutas upp till 2022 relaterat till personalbemanning.
- En sjuksköterska har under 2021 utbildat sig till distriktsjuksköterska, via akademisk specialisttjänstgöring (AST). En utbildningsanställning som kommunen tillhandahåller. Hon blir klar med sin utbildning våren 2022.
- En bladderscan är inköpt till hemsjukvården för att patienter istället för att behöva ta sig till vårdcentralen ska kunna undersökas i sitt hem. En bladderscan är en ultraljudsapparat som kan hjälpa till och påvisa hur mycket urin det finns i blåsan och används i ett diagnostiskt syfte. Syftet med användningen är att minska antalet katetriseringar och därmed minska vårdrelaterade infektioner.

-
- En desinfektor för rengöring och desinfektion av instrument som ex. pincetter och saxar har köpts in till hemsjukvården. Tidigare har sjuksköterskorna fått lämna in instrumenten på vårdcentralen.
 - Samtliga arbetsterapeuter och fysioterapeuter har deltagit i en seminariereserie gällande rehabilitering inom covid-19, den påbörjades 2020 och avslutades våren 2021. En av arbetsterapeuterna fortsätter att delta i nätverket ”Rehabilitering efter covid-19 i Nordöstra Skåne. För att säkerställa tillgången på hjälpmedel under pandemin har man fortsatt ha täta ledningsmöten med HÖS, vilket har fungerat bra. Med den goda planeringen har det aldrig blivit några problem med försörjningen av hjälpmedel.
 - Planeringen att återuppta de preventiva hembesöken under 2021 fick skrinläggas på grund av pågående pandemi. Hembesöken planeras att återupptas under 2022.
 - Inga måltidsobservationer har genomförts under 2021, men arbetet planeras att återupptas under 2022. Istället har dietisten fått fokusera på andra patientärenden gällande nutrition.
 - Under hösten 2021 påbörjade kommunens dietist och en sjuksköterska ett utbildningspaket där planen är att all omvårdnadspersonal ska gå denna. En utbildning som bl.a. innehåller fakta om kroppens fysiologi och om nutritionsbehandling, men även råd och stöd kring måltidssituationen. Denna planeras att fortsätta under 2022. Kostombud finns på alla enheter som har regelbunden kontakt med dietisten.
 - Arbeta med diagnossättning av undernäring har fortsatt även under 2022 och syftet är att förbättra rutiner, hitta patienter som är undernärda och ge rätt behandling så tidigt som möjligt. Dietisten har även arbetat fram en logistiklösning för beställning av speciallivsmedel till såväl särskilt boende som ordinärt boende.
 - Under året har enligt livsmedelsverkets rekommendationer aptitretare införts på säbo, som det står på hemsidan mumsbit som retar aptiten och väcker smaklöckarna till liv. Aptitretaren ligger utanför det näringsbehov som patienten behöver och ska stimulera patientens matlust.
 - Dietisten har under året haft utbildning för sjuksköterskorna kring nutritionens betydelse för trycksår och för rehabpersonalen kring nutritionens påverkan för fallrisk.
 - OralCare har gjort munhälsobedömningar och gett behandlingar till patienter ute i verksamheterna. I sitt koncept har OralCare även utbildningar att erbjuda, både i fysik form och digitalt. Inget av dessa ha kommunen tagit i anspråk 2021.

-
- Ledningsteamerna hanterar verksamhetsnära frågor och under året har det lagts stort fokus på covidrelaterade åtgärder. Ledningsteamerna har därför inte kunnat prioriteras i verksamheterna. Arbetet kräver regelbunden uppföljning och fortgår in i 2022.
 - Arbetet med att utveckla dokumentation fortgår kontinuerligt. Planen var att under 2021 implementera åtgärdsplan, en digital almanacka i Treserva för hemsjukvårdens personal. Implementeringen flyttas fram till första kvartalet 2022.
 - Likt år 2020 ansökte kommunen år 2021 om stimulansmedel för att motverka ensamhet bland äldre och för att öka kvaliteten i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Under året har det köpts ytterligare 1 Christianiacykel och inköp av stimulanshjälpmedel. Det arrangerades ”De äldres dag” både centralt i Bromölla med start från Drejarens dagcentral och i Näsrum med start från Öllerbacka. Det har varit underhållningar på säbo. Möbler har köpt in för att förbättra miljön på demensenheter. För att öka kunskap kring demens och bemötande för personal, så köptes en webbutbildning in om lågaffektivt bemötande samt bemötande vid demenssjukdom. Licenserna för utbildningen gäller 1 år och planen är att all fast personal ska gå dessa utbildningar under året med start hösten 2021.

Risکاناليس

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

Risکاناليس ska göras på uppdrag om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra skada eller risk för skada gällande patientsäkerheten. Genom patientsäkerhetslagen har ett förtydligande skett på vikten av förebyggande arbete och inte enbart händelseanalys av redan uppkomna fel. Risکاناليس görs kontinuerligt när avvikelser registreras.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Övervägande delen av rapporterade risker och händelser gäller läkemedelshantering och fall. Ingen Lex Maria har anmälts. Igen anmälning har lämnats in till Läkemedelsverket gällande tillbud med medicinsk teknisk produkt.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Arbetet med informationssäkerhet pågår kontinuerligt.

- Under året har arbetet med tvåfaktorsinloggning fortsatt. Projekt påbörjat i nattpatrullen gällande Feitan, en tvåfaktorinloggning för att kunna använda kommunens dokumentationssystem Treserva i en mobilapp. I mobilappen får personalen åtkomst till verkställighetsjournal, genomförandeplan, vårdplaner samt avvikelsemodulen.
- Loggkontroller av användarkonton i verksamhetssystemet ska göras tre gånger per år. Loggkontrollerna har inte kunnat utföras helt enligt rutin för det har varit problem i Treserva, men systemförvaltaren har gjort grundkontroller för att verifiera användarnas behörighet i Treserva. Rutinen för loggkontroll är under revidering.
- Journalgranskning gällande hälso- och sjukvård görs 4 gånger per år. Denna analyseras och följs upp med berörda parter samt återkopplas till arbetsgrupp och MAS. Journalgranskningarna har genomförts under år 2021.
- Hösten 2021 påbörjade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en särskild tillsynsinsats med anledning av Covid med fokus på medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende. Kommunerna fick i uppdrag att skicka in uppgifter kring de som är eller har varit boende på särskilt boende någon gång under perioden 1/1-19 tom 30/6-21 för att i nästa skede få direktiv om vilka journaler som kommunen skulle ta ut och skicka in till IVO för vidare granskning och analys. IVO genomför fler delar i sin tillsyn där kommunens deltagande är en viktig faktor för att de ska kunna utföra aktuell tillsyn.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Nedan kommer en samlad analys utifrån satta mål samt beskrivning av och genomförda åtgärder för att nå målen.

Mål 2021	Åtgärd	Resultat	Analys
Fortsatt samverkan med primärvården med fokus på inskrivning i mobilt vårdteam.	Diskussioner på lokal samverkan som kommunen har med vårdcentralerna. Fortsatt implementering av gällande rutin i hemsjukvården. Gemensam utbildning vårdcentral och hemsjukvård för alla sjuksköterskor.	Antalet inskrivna i mobilt vårdteam har ökat under året.	Finns idag tydliga rutiner gällande inskrivning i mobilt vårdteam som stöd för gemensamt arbete. Fortsatt implementering under 2022.
Fortsatt arbete med målområdena munhälsobedömning och smärtskattning i vård i livets slut. Fortsatt förarbete för införande av NVP (nationell vårdplan för palliativ vård).	Implementera att fler munhälsobedömningar dokumenteras. Implementera att smärtskattningsskalan Abbey Pain används i varje enskilt fall vid vård i livets slut. Kunskapsinhämtning gällande NVP har skett via faktainhämtning samt kontakt med annan kommun som arbetat med NVP ett tag.	Små förbättringar gällande munhälsobedömning, men liten försämring gällande smärtskattning. Kunskapsinhämtning genomförd gällande NVP genomförd.	Behov av fortsatt implementering av arbetet med munhälsobedömningar och användning av smärtskattningsskala. Arbetet får fortsätta under år 2022. Med den kunskap som finns om NVP bör implementering av NVP kunna ske 2022.
Implementera Senior Alert med processen riskbedömning och	Utbildningar i riskbedömningar inom områdena fall, nutrition,	Några få utbildningar har kunnat	Arbetet har inte kunnat fullföljas helt under pandemin, får

förebyggande åtgärder inom hemtjänsten.	trycksår och munhälsa för all personal.	genomförs hösten 2021.	fortsätts under 2022. Behov av att utbilda fler Senior Alert ombud. Fortsatt arbeta på att implementera rutinen.
Implementera BPSD-registret inom hemtjänsten.	Utbildning för BPSD-administratörer.	En utbildning hölls i november av demenssjuksköterskan. I december utbildade sig specialistsjuksköterskan inom psykiatri till certifierad utbildare.	Behov av fortsatt implementering inom ordinärt boende. Arbetet fungerar bra på särskilt boende. Behov finns av regelbundna utbildningar, men även lokala uppföljningar. Arbetet planeras vidare 2022.
Utföra hygienronder på LSS-boenden.	Genomförs tillsammans med vårdhygien.	Inga hygienronder utförda 2021 då vårdhygien inte haft möjlighet relaterat till pandemin.	Behovet kvarstår och får arbetas med 2022.
Fortsätta utvecklingen av nya arbetssätt med fokus på preventivt arbete inom rehab.	Utbildning.	Personal från rehab gått har Durewallsutbildning för kunna att implementera detta arbetssätt i kommunen.	Rehab behöver fortsätta implementera ett preventivt arbetssätt inom kommunen. Detta för att arbeta med att ta tillvara på personens egna resurser och att initiativ används i dagliga förflyttningar.
Implementera läkemedelsskåp med digital nyckelhantering i hemsjukvården.	Upphandling gjord.	Leverans sker i början av 2022 och därefter implementeras läkemedelsskåp.	Användning av läkemedelsskåp kommer att ske under första kvartalet för att säkra hanteringen kring läkemedel.

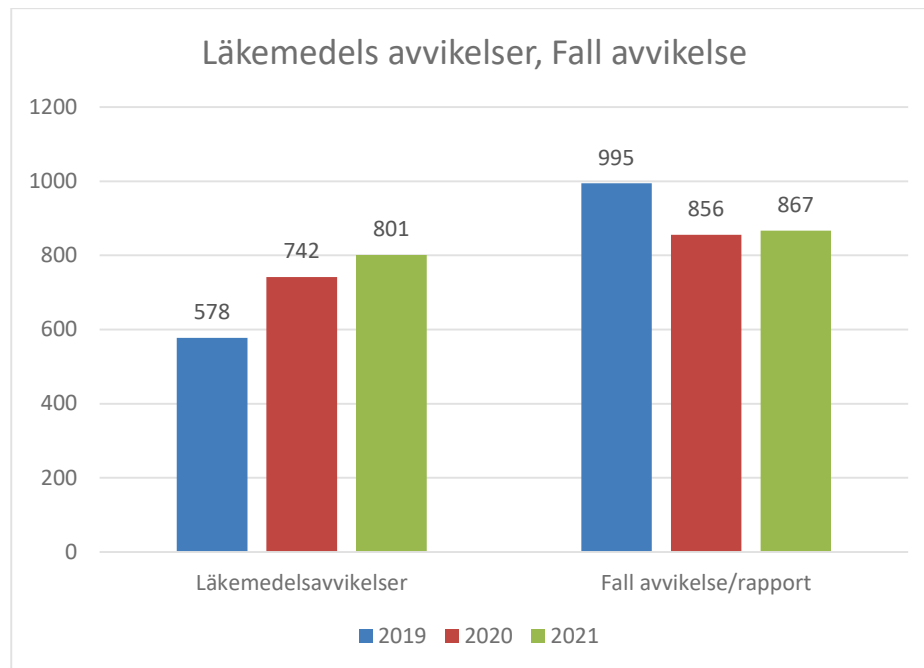
Genomföra och implementera HALT-mätning som en del i patientsäkerhets arbetet.	Förberedelser med information till berörda OAS före mätning hösten 2021.	Arbetet påbörjat på särskilt boende hösten 2021.	Fortsätta implementeringen av HALT 2022 på särskilt boende för mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning.
Nolltolerans för undernäring.	Genomföra riskbedömningar i Senior Alert, utföra nutritionsutredning och nutritionsbehandling av dietist.	Arbetet med implementering av Senior Alert fortgår. Dietist och sjuksköterska håller utbildningar om nutrition.	Fortsatt arbete under 2022 behövs för att kunna nå detta mål.
Implementera åtgärdsplan i hemsjukvården.	Utbildning.	Det har inte funnits möjlighet att starta upp med åtgärdsplan inom hemsjukvården relaterat till bemanning under pandemin.	Behov av digitalisering inom hemsjukvården. Åtgärdsplan planeras att införas 2022.
Fortsätta planeringen och starta upp hemgångsteam.	Implementera ett nytt arbetssätt. Utbildning. Skriva rutiner.	Arbetet fick pausas relaterat till pandemin.	Behov kvarstår att arbeta med 2021 för att kunna ge ökat stöd i hemmet efter sjukhusvistelse.
Införa kompetenskort.	Utbildning	Arbetet fick pausas relaterat till pandemin.	Fortsatt arbete 2022 för att öka omvårdnadspersonalens kompetens.

Avvikelser

Interna avvikelser

Avvikelser registreras in i verksamhetssystemet Treserva och ska utifrån avvikelsernas art utredas enligt rutin av ansvarig. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt. Aktuella avvikelser tas upp på teamträffar, i ledningsteam och vid behov även på arbetsplatsträffar.

Fördelning av läkemedelsavvikelser och fallrapporter beskrivs i tabellen nedan.



Läkemedelsavvikelserna har ökat under året de senaste åren. Som tidigare år överväger avvikelser gällande brister i följsamhet till rutin. Läkemedelsavvikelserna sker huvudsakligen inom äldreomsorgen på särskilt boende och det arbetas kontinuerligt med att säkerställa läkemedelshanteringen. Enhetschefer och sjuksköterskor informerar regelbundet om läkemedelsrutinen samt har samtal med berörd personal vid varje avvikelse. Läkemedelsutbildning inför delegering har förändrats under året och i den planen ingår att både nyanställda och anställda i kommunen sedan tidigare ska få möjlighet att gå utbildningen. Kvarstående förbättringsområde för att säkra läkemedelshanteringen ytterligare är att införa digital signering som en åtgärd vid överlämnande av läkemedel.

Fallrapporter inkluderar alla händelser där den enskilde är inblandad i någon form av fall, ex. urkasning från stol eller dylikt. Av totalt 867 fall var 690 fall utan skada och 177 fall med någon form av skada. Det var 110 unika individer som representerade fallen. Vissa enheter hade fler fallrapporter vilket kan bero på målgruppen. Fallprevention är fortsättningsvis ett område som bör kvalitetssäkras.

Analys av avvikelser, orsaker och åtgärder ska ske regelbundet på varje enhet.

Avvikelsehantering är något som vi arbetar aktivt med vilket gör att fler avvikelser skrivs. Detta kan vara en orsak till att antal avvikelser ökar.

Externa avvikelser

Under 2021 har elva externa avvikelser skickats iväg från Bromölla kommun. Totalt har det skickats iväg två till vårdcentraler och nio till Region Skåne. På de externa avvikelserna har tre återkopplingar inkommit med svar att de hanterat avvikelserna.

Avvikelsen till vårdcentralerna gällde brister i informationsöverföring och avvikelserna till Region Skåne gällde tre läkemedel, fem brister i informationsöverföring och en provtagning. Händelserna åtgärdades genast, så ingen patient har kommit till skada.

Kommunen har fått en avvikelse från Region Skåne gällande att vi inte justerat ett ställningstagande i Mina Planer. Händelseanalys genomförd med berörd OAS. Diskussion gällande Mina Planer förs regelbundet i hemsjukvården.

Inga anmälningar om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter har gjorts till tillverkaren, IVO eller Läkemedelsverket under 2021.

Klagomål och synpunkter

Ett ärende inkom under 2021 till patientnämnden. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har inte fått ta emot några klagomål eller synpunkter under året.

Risicanalys

För att upprätthålla patientsäkerheten har det liksom år 2020 genomförts riskbedömningar relaterat till covid-19 i alla verksamheter. Riskbedömningarna har följts upp regelbundet och åtgärder utförts. Övriga riskbedömningar görs kontinuerligt i verksamheterna.

Nationella register

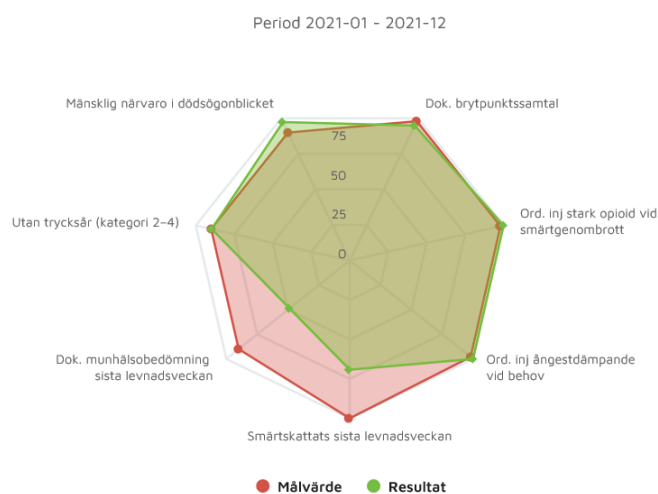
Palliativregistret

Arbetet fortsätter med att förbättra vården i livets slutskede. I det arbetet används palliativregistret för att kunna följa resultaten. Under 2021 var målet att förbättra resultaten inom målområdena smärtskattning och munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Statistiken visar små förbättringar jämfört med år 2020 gällande munhälsobedömning, men även lite försämringar gällande smärtskattning sista levnadsveckan. Statistiken gällande smärtskattning riktar sig mot användande av smärtskattningsinstrument ex. Abbey Pain.

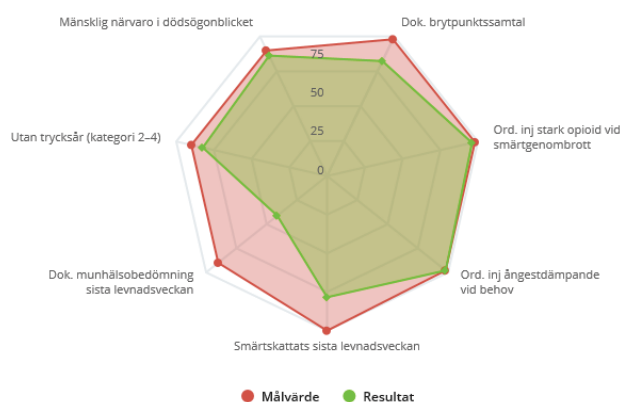
Att införa Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP) var ett mål 2021. Detta arbete påbörjades sen höst med kunskapsinhämtning och arbetet kommer att fortsätta under 2022. NVP är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov och syftar till att kvalitetssäkra patientens vård i livets slut. Om NVP införs blir arbetssättet mer strukturerat och ett tydligare underlag för dokumentation blir tillgängligt som hjälp vid dokumentationen.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Preventivt arbetssätt

I det förebyggande arbetet används nationella kvalitetsregistret Senior alert sedan 2010. Riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Arbetet med riskbedömningar har under året ökat trots pandemin. Riskbedömningarna görs oftast under teamträffar som bidrar till att det preventiva arbetet och ses som en viktig del i patientsäkerhetsarbetet.

På enheternas teamträffar har en struktur byggts upp där genomgång av gjorda riskbedömningar och därpå ev. åtgärder samt uppföljningar ingår. Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheterna.

Nedan tabell visar vårdprevention för alla riskområden; fall, trycksår, nutrition och munhälsa.

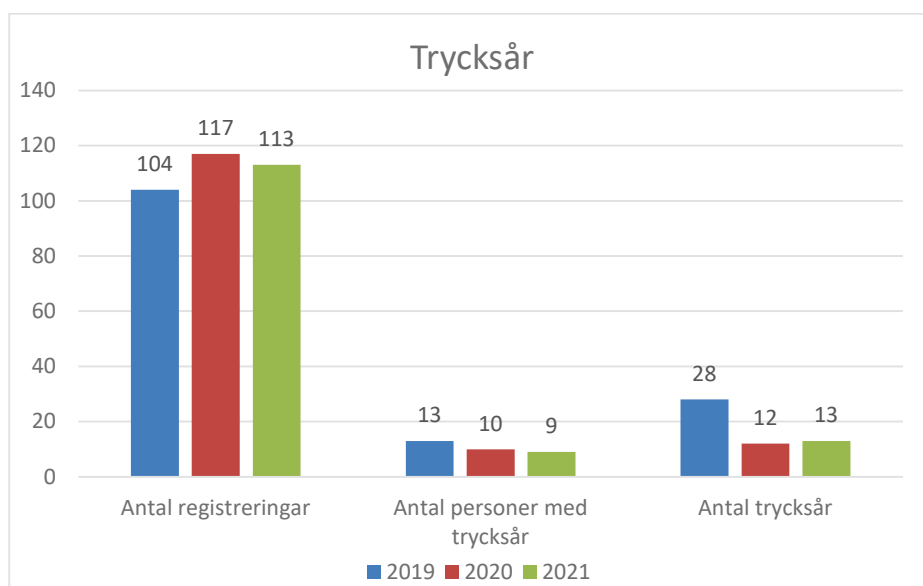
Tidsperiod	Risk- bedömningar	varav risk	Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
			... teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts		... åtgärd planerats		... åtgärd utförts *	
			Antal	%	Antal	%	Antal	%
2019	306	264	229	87	199	75	54	21
2020	253	229	208	91	181	79	50	34
2021	304	273	256	94	258	95	141	51

* För att åtgärder ska räknas som utförda krävs att dessa registrerats senast 6 månader efter aktuell riskbedömning.

Fler riskbedömningar har gjorts under 2021 jämfört med 2020 och då även fler teambaserade utredningar gällande bakomliggande orsaker, planering av åtgärder och utförandet av åtgärderna. Utförandet av åtgärderna har ökat stadigt men ännu inte nått målområdet på 75-100%, så det krävs ett fortsatt förbättringsområde.

Punktprevalensmätning Trycksår

Kommunen deltar i nationell punktprevalensmätning avseende trycksår. Av 210 kommuner, så deltog 135. Det gjordes 113 registreringar på kommunens särskilda boende. Årets registrering visade att andelen personer med trycksår har minskat med en person och antalet trycksår har ökat med ett trycksår. Vid varje mätning finns det trycksår registrerade, men övervägande delen trycksår tillhör den lägsta kategorin sår. Såren mäts i kategori 1-4, från de lättare skadorna som rodnad i huden till mer djupare sår. Mätningen ingår i egenkontrollen och upprepas varje år.



Implementering av svensk HALT-mätning som en del i patientsäkerhetsarbetet var ett av målen för 2021. Detta arbete påbörjades under hösten på säbo. Svenska HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet med registreringen är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete. Planeringen är att fortsätta implementeringen under 2022.

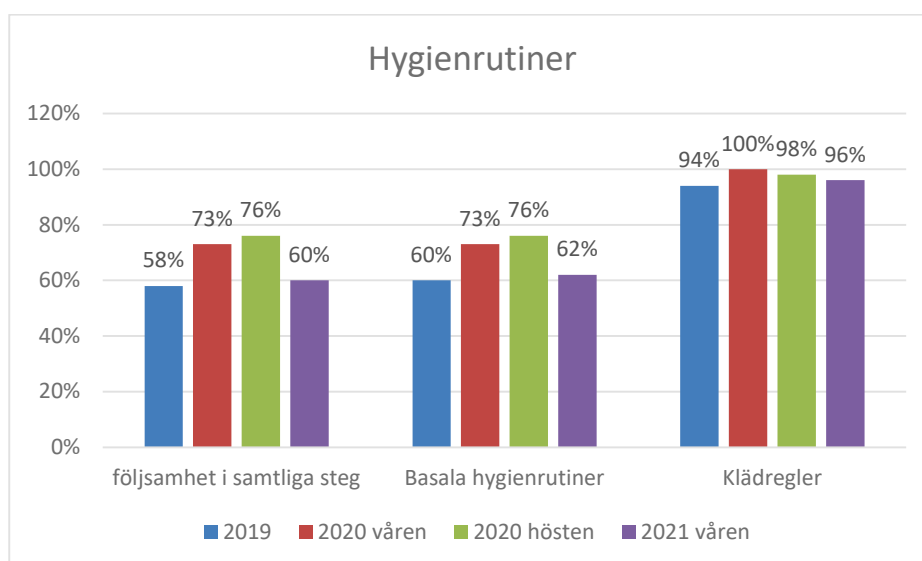
Totalt 114 patienter bedömdes i kommunen och av dom hade en patient antibiotika i terapeutiskt behandling. Ingen hade förvärvat en infektion på säbo. Riskfaktorer som framkom var trycksår, övriga sår och urinkateter.

Punktprevalensmätning basala hygienrutiner

Observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ingår i egenkontrollen på kommunens särskilda boende årligen sedan 2014. Punktprevalensmätningen är nationell och genomförs enligt SKL:s rekommendationer. 140 av landets 290 kommuner deltog. Under 2021 genomfördes endast en mätning under våren relaterat till pandemin. Totalt genomfördes 50 observationer. Följsamheten i samtliga steg var 60 %, en försämring från föregående års 76 %. Basala hygienrutiner visade också på en försämring från 76 % till 62 %. Följsamheten till klädregler visar ungefär samma siffror som 2020, då 98 % och nu 96 %.

Vid närmare granskning av siffrorna visar det sig att just desinfektion före användande av handskar är en av orsakerna till att det är en försämring i hygienrutinerna. Diskussion om fokus på användande av skyddsutrustning som munskydd och visir kan vara en bidragande orsak till att basal vårdhygien fallerar diskuteras. Under 2022 kommer arbetet med basal hygien att fortsätta på flera plan. Bland annat kommer omvårdnadsansvarig sjuksköterska två gånger per år informera om detta på arbetsplatsträffar med omvårdnadspersonalen.

Förbättringsarbete sker kontinuerligt utifrån varje enhets enskilda resultat.

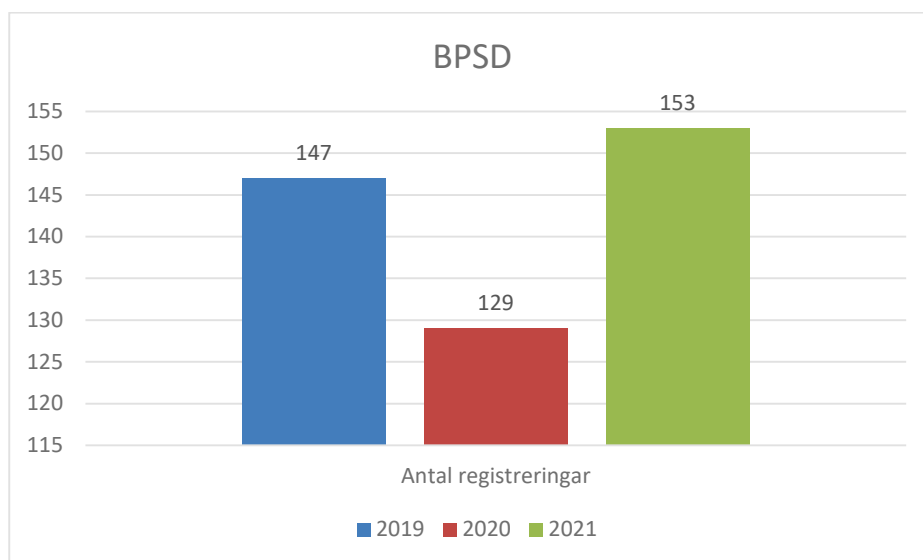


BPSD-register

Demenssjuusköterskan fortsätter att följa arbetet med BPSD-skattningar, både frekvens och resultat under året och redovisar på olika ledningsnivåer. Genom att identifiera och skatta patientens beteendemässiga och psykiska symtom vid demens med hjälp av ett skattningsinstrument och sätta in åtgärder kan resultatet av de åtgärder som sätts in följas. Analysen visar i de enskilda fallen att ett personcentrerat förhållningssätt ger ökad livskvalitet för den enskilde.

En utbildning hölls under hösten 2021 för att utbilda nya administratörer. Inga träffar har hållits, information har istället skickats till BPSD-administratörerna via mail. En sjuusköterska har utbildats till certifierad utbildare under hösten och kommer att under 2022 att utbilda nya BPSD-administratörer.

Registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) har under året ökat trots pandemin.

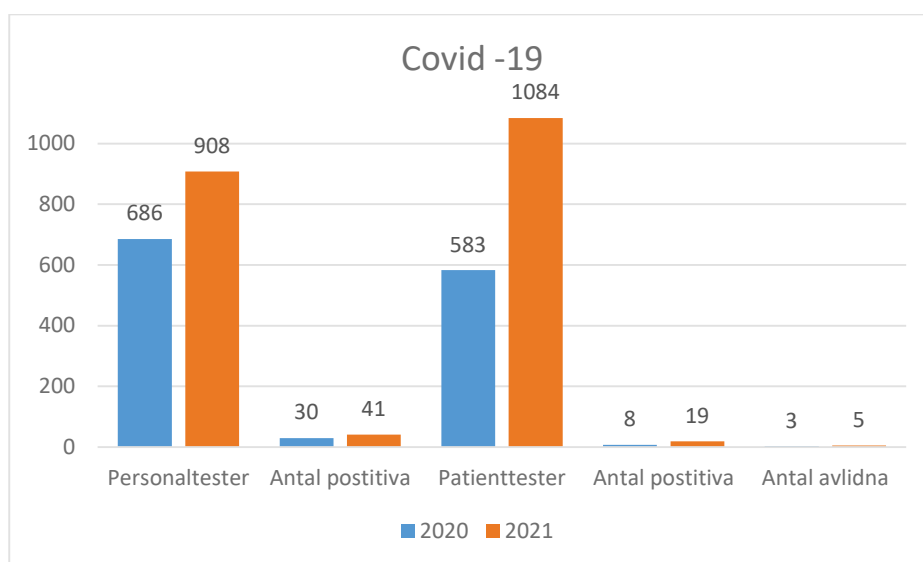


Covid-19

Sedan maj 2020 har det tagits prover på personal vid minsta symtom som skulle kunna tyda på Covid-19. Under 2021 togs det totalt 908 personalprover. 41 stycken var positiva. Dessa prover inkluderar prover på personal inom vård och omsorg, omsorg funktionsnedsättning och hemsjukvård, smittspårningar är inte inräknade.

På patienter har totalt 1084 prover tagits och av dem var 19 positiva. Patientprover som är inräknade är relaterade till symtom, inför inflyttning till särskilt boende, efter sjukhusvistelse samt prover vid smittspårning. Proverna är tagna på patienter inom vård och omsorg och omsorg funktionsnedsättning.

Totalt har fem patienter avlidit i Covid-19, varav två på CSK.



Mål och strategier för kommande år 2022

- Inom området sammanhållen vård och omsorg fortsatt samverkan med primärvården med fokus på SIP och inskrivning i mobilt vårdteam.
- Inom området god vård i livets slut fortsätta arbeta med målområden för att uppnå Socialstyrelsens nationella mål. Förbättra resultaten inom målområdena smärtskattning och munhälsovårdsbedömning under sista levnadsveckan genom bl.a. användande av smärtskattningsinstrumentet Abbey Pain och munhälsobedömningsinstrumentet ROAG.
- Införa arbetet med nationell vårdplan i livets slut (NVP).
- Införa digital utbildning i munhälsa och munvård från OralCare.
- Inom området prevention implementera arbetssättet Senior Alert med processen riskbedömning och förebyggande åtgärder i preventivt syfte inom hela äldreomsorgen.
- Nolltolerans för undernäring. Genomföra riskbedömningar i Senior Alert, utföra nutritionsutredning och nutritionsbehandling av dietist.
- Återuppta arbetet med måltidsmätning.
- Fortsätta implementera arbetet med BPSD-registret med fokus på ordinärt boende.
- Omvårdnadsansvarigsjuksköterska (OAS) ska ha genomgång i basal vårdhygien två ggr/ år för omvårdnadspersonal.
- Utföra hygiendialoger på LSS-boenden tillsammans med vårdhygien Skåne.
- Fortsätta utvecklingen av nya arbetssätt med fokus på preventivt arbete inom rehab.
- Fördjupa arbetet kring läkemedelsgenomgångar – årliga kontroller.
- Implementera läkemedelsskåp med digital nyckelhantering i hemsjukvården.
- Införa digital läkemedelsigering för att minska antalet läkemedelsavvikelser.
- Extern läkemedelsgranskning.
- Fortsatt arbete med att implementera HALT-mätning som en del i patientsäkerhetsarbetet.
- Införa åtgärdsyn för hemsjukvården.
- Fortsätta planeringen och starta upp hemgångsteam.
- Införa kompetenskort.
- Förtydliga rutinen kring loggkontroller i Treserva.

-
- Genomföra att psykiatrisjuksköterskan kan arbeta med råd och stöd, handledning och utbildning inom verksamheten samt till patienter.