Bromölla kommun

Patientsäkerhetsberättelse

2018

Datum och ansvarig för innehållet
2019-02-11

Linda Mattsson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Annika Fröberg, Funktionschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 1

Sammanfattning 3
Mål 3
De viktigaste åtgärderna som vidtagits 3
De viktigaste resultaten som uppnåtts 4
En blick framåt 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 rapporteringsskyldighet 7
Klagomål och synpunkter 7
Egenkontroll 8

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten 9
Riskanalys 11
Utredning av händelser - vårdskador 11
Informationssäkerhet 11

RESULTAT OCH ANALYS 12
Egenkontroll 12
Avvikelser 16
Klagomål och synpunkter 17
Riskanalys 17
Nationella register 18

Mål och strategier för kommande år 23

Sammanfattning

Mål

- Sedan lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården trädde i kraft har det skett tydligare samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Samverkan sker i olika former enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet och följs upp regelbundet.
- I det preventiva arbetet med riskbedömningar har fördjupad utbildning påbörjats inom särskilt boende och preventionsarbetet med en ökning av riskbedömningar inom ordinärt boende är påbörjat. Målet med att öka antalet riskbedömningar inom ordinärt boende har inte helt uppnåtts och inför 2019 planeras vidare utbildning av alla hemtjänstgrupper för slutligt införande i ordinärt boende.
- Inom god vård vid livets slut har resultatet följts via palliativregistret under året. Sammanfattningsvis har kommunen bibehållit de goda resultaten från föregående år och uppnår i allra flesta fall Socialstyrelsens nationella målnivåer.
- Användandet av kvalitetsregistret BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) håller på att utökas och implementeras av demenssjuksköterska i ordinärt boende.
- Utbildning i den uppdaterade processen gällande avvikelsehantering för enhetschefer samt legitimerad personal har utförts under andra kvartalet av 2018.
- Inom fallprevention har åtgärder påbörjats för att mer systematiskt arbeta med kvalitetssäkring genom kvalitetsregistret Senior alert samt inrikta åtgärder mer på träning.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

- En överenskommelse gällande inskrivning i mobilt vårdteam med fokus på våra mest sjuka äldre och SIP (samordnad individuell plan) är upprättad gemensamt med vårdcentralerna i Bromölla.
- Hygienombud har utsetts på alla särskilda boenden och inom alla hemtjänstgrupper.
- Intyg för val av kost har införts för att säkerställa rätt kost utifrån individens behov. Måltidsmätning har ersatt nattfastemätning.
- Preventiva hembesök har utvecklats och utförs nu efter ny modell i samverkan med Högskolan Kristianstad.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Alla sjuksköterskor har genomgått beslutsstödsutbildning som är en del av ViSam-modellen (Vår planering och informationsöverföring i en samlad modell). Beslutsstödet är helt implementerat och ska användas vid alla akuta bedömningar.

En blick framåt

- Under 2019 kommer det genomföras fler samordnade individuella planer samt skrivas in fler patienter i det mobila vårdteamet.

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 på delegation från en legitimerad yrkesutövare utför en arbetsuppgift. Omvårdnadspersonal ansvarar härvid 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.
- Överenskommelse om processbeskrivning för inskrivning av patienter i mobilt vårdteam i Bromölla kommun.
- Riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP).
- Riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Helsa Primärvård Sverige AB Bromölla.
- Kontinuerliga samverkansmöte tillsammans med vårdcentralerna i Bromölla.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

För att få patienter delaktiga i vården utförs SIP 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. Rutin är att inkomna klagomål, 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. Under året har inga klagomål eller synpunkter inkommit skriftligt.

Egenkontroll

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

Nedan framställs vilka egenkontroller som utförts och i vilken omfattning.

Egenkontroll	**Omfattning**	**Källa**
Journalgranskning HSL	4 gånger per år	Protokoll
Loggkontroller NPÖ och Treserva	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

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

- Under året har det arbetats aktivt med primärvården för att upprätta en överenskommelse gällande mobilt vårdteam enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet. Denna överenskommelse har undertecknats och inskrivning i mobilt vårdteam har kunnat ske från den 1 oktober.
- Inom det preventiva arbetet har det pågått riskbedömningar med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert. Riskbedömningar görs för fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Vid risk görs en åtgärdsplan och en uppföljning planeras. Fördjupad utbildning har påbörjats inom särskilt boende och preventionsarbetet med en ökning av riskbedömningar inom ordinärt boende är påbörjat. Målet med att öka antalet riskbedömningar inom ordinärt boende har inte helt uppnåtts och inför 2019 planeras vidare utbildning av alla hemtjänstgrupper för slutligt införande i ordinärt boende. Handlingsplan för införandet av kvalitetssäkring vid blåsdysfunktion har inte införts.
- Inom god vård vid livets slut har resultatet följts via palliativregistret. Kommunen har bibehållit de goda resultaten från föregående år och uppnår i allra flesta fall Socialstyrelsens nationella målnivåer. För att kvalitetssäkra den palliativa vården fortsätter arbetet med registreringar i palliativ registret.
- Administratörer för BPSD träffar demenssjuksköterska en gång per år för uppföljning och uppdatering om nyheter gällande registret. Däremellan stöttar och vägleder demenssjuksköterskan administratörerna när det efterfrågas och behov uppstår.
- Läkemedelsrutinen är reviderad och helt omgjord efter nya föreskriften ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37”. Rutinen är implementerad i verksamheten. Inom god läkemedelsbehandling har det utförts basala läkemedelsgenomgångar. Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar har inte utförts pga. vårdcentralerna inte har den specialistkompetens som krävs.
- Extern läkemedelsgranskning har utförts på alla särskilda boende, LSS och inom hemtjänsten under november/december. Apoteket AB har utfört granskningen. Uppföljning av resultatet fortsätter under våren 2019.
- Kartläggning av processen vid delegeringar av läkemedel med anledning av Socialstyrelsens nya föreskrift om hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården har gjorts.

- Hygienronder har utförts på Öllerbacka och Brogården. Enligt vårdhygien finns en god medvetenhet hos chefer och personal att arbeta vårdhygieniskt korrekt. Flera förbättringsförslag har lämnats och arbetet med dessa förbättringsförslag är påbörjat och kommer att följas upp under våren 2019.

  Hygienombud har utsetts på alla enheter. De har tillsammans med enhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal fått utbildning från Vårdhygien Region Skåne.
- En distriktssköterska har genomfört förebyggande hembesök för de som fyller 77 år under året. Ett samarbete med högskolan i Kristianstad är inlett med syfte att tillsammans med övriga kommuner i nordöstra Skåne utveckla arbetet med de förebyggande hembesöken. Målgrupp är 77-åringar och Entermedics frågeformulär är implementerat. Under 2018 har 143 77-åringar identifierats. Ca 50% har tackat ja till preventivt hembesök.
- Gällande kompetensutveckling har alla sjuksköterskor fått utbildning inom beslutsstöd enligt en del av VISAM-modellen. Beslutsstödet är ett verktyg som sjuksköterskan ska användas för att på ett strukturerat sätt göra en bedömning när patientens hälsotillstånd förändras. Två sjuksköterskor har gått instruktörsutbildning och har lett utbildningen för resterande sjuksköterskor i gruppen. Samtliga sjuksköterskor har gått utbildning i STRAMA- samverkan mot antibiotika- en metod för förbättringsarbete för att säkerställa möjligheterna till en god och säker sjukvård både nu och i framtiden.
- Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har medverkat på omvårdnadspersonalens planeringsdagar och haft utbildning i förflyttningar och hur till exempel glidlakan ska/kan användas. En arbetsterapeut har gått utbildning om hur personlyftar och lyftselar ska användas korrekt för att förhindra vårdskada. En arbetsterapeut har också varit på studiebesök i Osby och fått inspiration om hur de kan arbeta mer proaktivt med förebyggande arbete.
- Dietisten har genomfört förändringar gällande den tidigare nattfastemätningen. Måltidsmätning har införts och nu mäts ett helt dygn istället för tre nätter. Måltidsmätningen kan tydligare visa på antal erbjudna måltider och antal intagna måltider för patienten. Mätningen utförs två gånger per år.
- Dietisten har gått igenom alla patienters specialkoster och infört intyg för specialkost för att säkerställa rätt kost utifrån individens behov.
- Under året har arbetet med att utveckla ledningsteamen på respektive område/boende fortsatt. Syftet är att stärka samarbetet mellan legitimerad personal och enhetschef genom att skapa en bas där ledningsfrågor gällande aktuell verksamhet diskuteras och hanteras.

Målet är att skapa ökad kvalitet för våra patienter genom att ledningsteamen identifierar förbättringsområden som de sedan arbetar vidare med.

- Arbetet med att utveckla dokumentationen pågår kontinuerligt. Fokus under året har varit att vidareutveckla hur vi dokumenterar i journalen, det vill säga att alla ska dokumentera lika. Målet har även varit att komma igång med ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) och Hälsoärende. ICF är en grund för tvärprofessionell journaldokumentation som ger ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd och som ökar kvaliteten vid informationsöverföring. Hälsoärende är en ny del i Treserva (journalsystem) med fokus på ICF och vårdplaner. Under slutet på året togs dock beslutet att avvakta med Hälsoärende och istället fokusera på KVÅ (Kvalificerade vårdåtgärder) då Socialstyrelsen beslutade att kommunerna ska lämna statistik från och med januari 2019.

Riskanalys

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

Riskanalyser 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. Riskanalyser 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. 8 stycken händelseanalyser har gjorts under året och ingen har utretts vara någon vårdskada. Ingen (0) Lex Maria har anmälts. Tre (3) anmälan har lämnats till Läkemedelsverket gällande tillbud med medicinsk teknisk produkt.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Arbetet med informationssäkerhet pågår kontinuerligt.

- SITHS-inloggning för personliga assistenter för att få tillgång till journalsystemet Treserva via Ipads har införts.
- Av de riskanalyser som gjorts gällande informationssäkerhet har det bland annat framkommit att 2 komponentsinloggning för tillgång till journalsystem utanför kommunens eget nät ska användas. Arbetet med detta är påbörjat.

- Loggkontroller i Treserva utförs 1 gång per månad vid samma datum under ett dygn. Detta sker slumpmässigt. Loggkontroller i NPÖ (Nationell patientöversikt) utförs också vid samma datum varje månad under ett dygn.
- Journalgranskning gällande hälso- och sjukvård görs 4 gånger per år. Denna analyseras och följs upp med berörda parter samt återkopplas till arbetsgruppen.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

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

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.	Kontinuerliga träffar med Region Skåne och kommunerna i nordöstra Skåne.	Upprätta handlingsplaner.	Påbörjat arbetet med handlingsplaner.	
Starta upp mobilt vårdteam.	Överenskommelse om mobilt vårdteam.	Genom samverkansmöten med vårdcentralerna upprättat en gemensamöverenskommelse om mobilt vårdteam.	Överenskommelse om mobilt vårdteam undertecknad av Bromöllas vårdcentraler. Start inskrivning ordinärt boende 181001. Start inskrivning särskilt boende 190301	På grund av olika anledningar har inte inskrivning i mobilt vårdteam kommit igång som planerat. Under början av 2019 tillkommer resurser hos sjuksköterskorna och inskrivning i mobilt vårdteam kan påbörjas.
	SIP	Alla nyinflyttade till Särskilt boende ska få en SIP genomförd samt vid förändringar i vården.	Har inte uppnått målet att alla nyinflyttade får en SIP genomförd.	Det har varit svårt att få tid till att utföra SIP under ordinarie rondtid då denna är begränsad. MAS har efterfrågat längre rondtid på särskilt boende utan framgång.

Likvärdig strukturerad bedömning vid akut försämring.	Beslutsstöd enligt ViSam-modellen.	2 sjuksköterskor har fått utbildning för att bli instruktörer inom beslutsstöd. Under hösten 2018 har alla sjuksköterskor (tillsvidare och timanställda) fått utbildning som planerat.	Beslutsstöd enligt ViSam-modellen är implementerad och används idag vid alla akuta bedömningar.	Med hjälp av beslutsstödet kan alla patienten få lika bedömningar och lika vård. Vården kvalitetssäkras.
Följa upp riskbedömningar inom Senior Alert enligt rutin samt öka antalet riskbedömningar inom ordinärt boende.	Utbildning i Senior Alert för all personal.	Utbildningar har påbörjats inom Särskilt boende och rutinen är under revidering. Utbildning för hemtjänstgrupper och resterande särskilda boenden planeras under våren 2019.	Under utbildning.	Då tidigare insatser för arbete med riskbedömningar och Senior Alert inte resulterat i ett hållbart arbetssätt satsas det på kompletterade utbildningar för även Särskilt boende.
Bibehålla god vård i livets slut.	Palliativa registret	Fortsatt registrering av avlidna patienter. Använder bedömningsinstrument t.ex. Abbey pain, ROAG.	Följa upp arbetssättet genom att hämta ut statistik.	Kvaliteten ökar genom att statistiken kan följas och användas till uppföljningar i det dagliga arbetet.
Använda BPSD på alla enheter inom kommunens verksamheter.	Utbildning för administratörer samt kontinuerliga träffar med demenssjuksköterska.	Utbildning för hemtjänsten under våren 2019.	Särskilda boenden har administratörer.	För ökad kvalitet kan statistik tas ut från registret att användas på de olika enheterna.
Systematiskt arbete med fallprevention genom tidiga insatser.	Systematiskt använda sig av kvalitetsregistret Senior Alert. Kunskapsinhämtning om tidiga insatser.	Få till ett bättre flöde i arbetsprocessen. Studiebesök i Osby som arbetar proaktivt genom tidiga hembesök tillsammans med biståndshandläggare.	Ny rutin och arbetsprocess framtaget för ett tydligare flöde. Arbetsprocessen är i uppstarten.	Eftersom alla ombud får utbildning under hösten samt våren 2019 är arbetsprocessen igång och under uppbyggnad. Kontinuerligt arbete med processen Senior Alert pågår.

Säker hantering och administrering av läkemedel.	Flera sjuksköterskor har utbildning för undersköterskor regelbundet inför delegering. Under hösten har ett nytt arbetssätt tagits fram där endast en sjuksköterska kommer att hålla i utbildningarna.	Regelbunden återkommande utbildning varje månad för att säkerställa delegeringsförfarandet.	En sjuksköterska har hand om alla utbildningar inför första delegering.	Det nya arbetssättet gällande utbildning inför läkemedelsdelegering behöver analyseras vidare för att säkerställa kvaliteten.
	Ny lag gällande ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) som gäller från den 1/1 2018.	Läkemedelsrutinen helt omarbetad efter nya lagen.	Ny rutin implementerad i hälso- och sjukvården.	
	Extern läkemedelsgranskning.	Kvalitetskontroll av alla särskilda boenden och hemtjänstgrupper samt all LSS.	Flertal åtgärder har sammanfattats av apoteket vilka har arbetats med aktivt under sista delen av året. Arbetet fortgår under våren 2019.	De externa läkemedelsgranskningarna leder till fördjupade kunskaper hos både hälso- och sjukvårdspersonal men även hos omvårdnadspersonal.
Upprätthålla god vårdhygien.	Hygienrond	Hygienronder har utförts på 2 särskilda boenden under året.		
		Öllerbacka – våren	Öllerbacka har inte påbörjat något förbättringsarbete efter hygienronden.	Arbetet med förbättringsåtgärder är inte påbörjat pga. prioritering av andra aktiviteter. Uppföljning inplanerad under våren 2019.
		Brogården – hösten	Brogården har haft hygienrond dec-18.	Uppföljning under våren 2019.
	Hygienombud	Alla särskilda boenden och hemtjänstgrupper har utsett hygienombud med särskilda uppdrag.	Ombuden utsågs under hösten 2018 och fick utbildning från vårdhygien.	Fortsatt arbete under 2019 med hygienombudens specifika uppdrag. 2 sjuksköterskor utsedda att leda gruppen.
	Utbildning	Alla enhetschefer och sjuksköterskor har fått utbildning från vårdhygien.	Enhetschefer har blivit mer intresserade av vårdhygieniska frågor.	

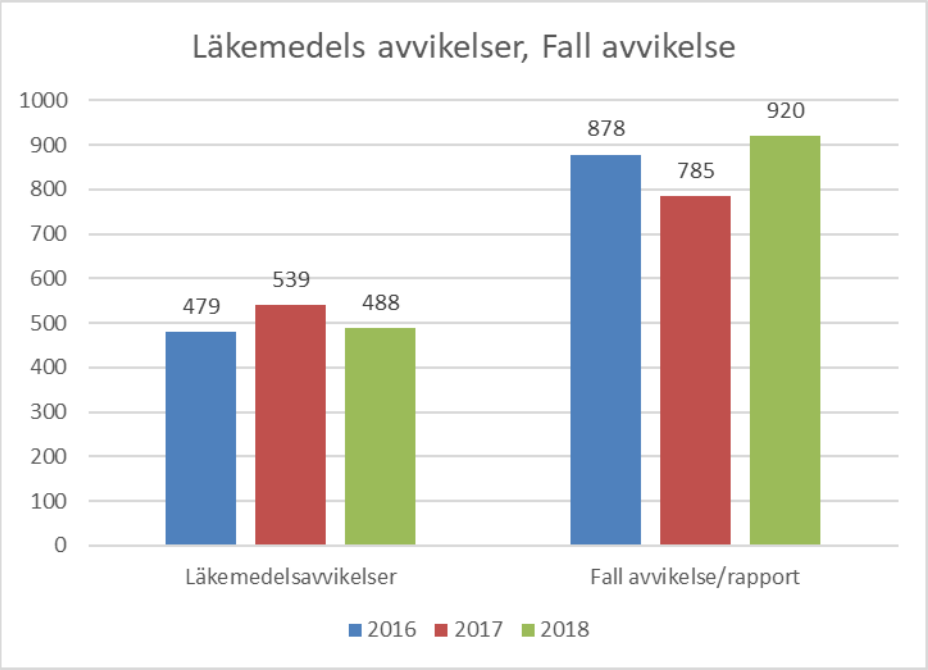
Utbildning i avvikelsehantering gällande uppdaterad arbetsprocess.	Utbildning av enhetschefer och legitimerad personal.	Utbildning har skett under andra kvartalet av 2018.	Kan se en viss förbättring av analyserna av avvikelserna, dock fortfarande stort antal oavslutade avvikelser.	Fortfarande flertal oavslutade och avslutade avvikelser som inte åtgärdats. Dessa återöppnas för ny analys och åtgärd av systemförvaltare.
Införa preventiva hembesök.	Distriktssköterska ansvarar.	Ny modell uppstartad. Använder nu Entermedics frågeformulär för förebyggande hembesök. Målgrupp 77-åringar.	Under 2018 har 143 stycken 77-åringar identifierats. 50 % har tackat ja till preventivt hembesök. 12 individer kvar i år som inte har fått hembesök.	Svårt att få kontakt med den äldre befolkningen. Flera har övergått till mobiltelefoner med kontantkort. Brev skickas hem till patienten med tid för första hembesök. Tar ca 2 timmar per hembesök. Förbättringsförslag: Inbjudan med foto på distriktssköterska.

Avvikelser

Interna avvikelse

Avvikelser registreras in i verksamhetssystemet 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 och ibland även på arbetsplatsträffar.

Fördelning av läkemedelsavvikelser och fallrapporter beskrivs i tabellen nedan.



Läkemedelsavvikelse har minskat något. Analys av avvikelser, orsaker och åtgärder ska ske regelbundet på varje enhet. Övervägande avvikelser är brist i rutin eller följsamhet till rutin vilket ständigt behöver arbetas med på enheterna. Narkotikasvinnet har ökat något under året. Det var 84 unika individer varav 43 kvinnor och 41 män som representerar statistiken gällande läkemedelsavvikelser. För att säkerställa läkemedelshanteringen behöver digitala signeringslistor utvecklas som en åtgärd vid överlämnande av läkemedel.

Fallrapporter inkluderar alla händelser där den enskilde är inblandad i någon form av fall, urkasning från stol eller dylikt. Det var 146 unika individer varav 77 kvinnor och 69 män som representerade fallen. Vissa enheter hade fler fallrapporter vilket kan bero på målgruppen. Fallprevention är ett område som ständigt bör kvalitetssäkras.

Externa avvikelser
Under 2018 har 16 externa avvikelser skickats iväg från Bromölla kommun. Totalt har det skickats iväg 5 stycken till lokala vårdcentraler och 11 stycken till Region Skåne (10 stycken till CSK och 1 styck till Hässleholms sjukhus).
På de externa avvikelserna har 7 återkopplingar inkommit varav vårdcentralerna har gett flest återkopplingar.

Antal externa avvikelser	Till Region Skåne	Till Primärvård	Återkoppling	Resultat	Förbättrings-förslag
16 stycken	11 stycken	5 stycken	7 st varav (4 från Primärvården och 3 från Region Skåne)	De svar som inkommit från Primärvården har direkt lett till förbättringar för patientsäkerheten genom olika förbättringsarbeten. De svar som kommit från Region Skåne är svåra att utvärdera.	

Det har gjorts tre (3) anmälningar om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till tillverkaren, IVO och Läkemedelsverket. Alla tre tillbud har handlat om produktfel gällande rollatorer.

Klagomål och synpunkter
Inga (0) ärende hade inkommit under 2018 till patientnämnden. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har fått synpunkter telefonledes som hanterats enligt tidigare beskrivet under klagomål och synpunkter.

Riskanalys
För att upprätthålla patientsäkerheten genomförs riskanalys gällande sjuksköterskebemanning inför varje sommar. Detta för att se vilken minimibemanning som behövs.

Under året har även riskanalys utförts gällande grundbemanningen för fysioterapeuter. Detta initierades på grund av att inga sökte till utannonserad tjänst. Under riskanalysen vägdes för- och nackdelar gällande att förändra en fysioterapeut-tjänst till en rehabassistent-tjänst. Resultatet blev att anställa en rehabassistent för att på så sätt kunna ge patienten en bedömning och aktuella hjälpmedel inom rimlig tid för att säkerställa god vård.

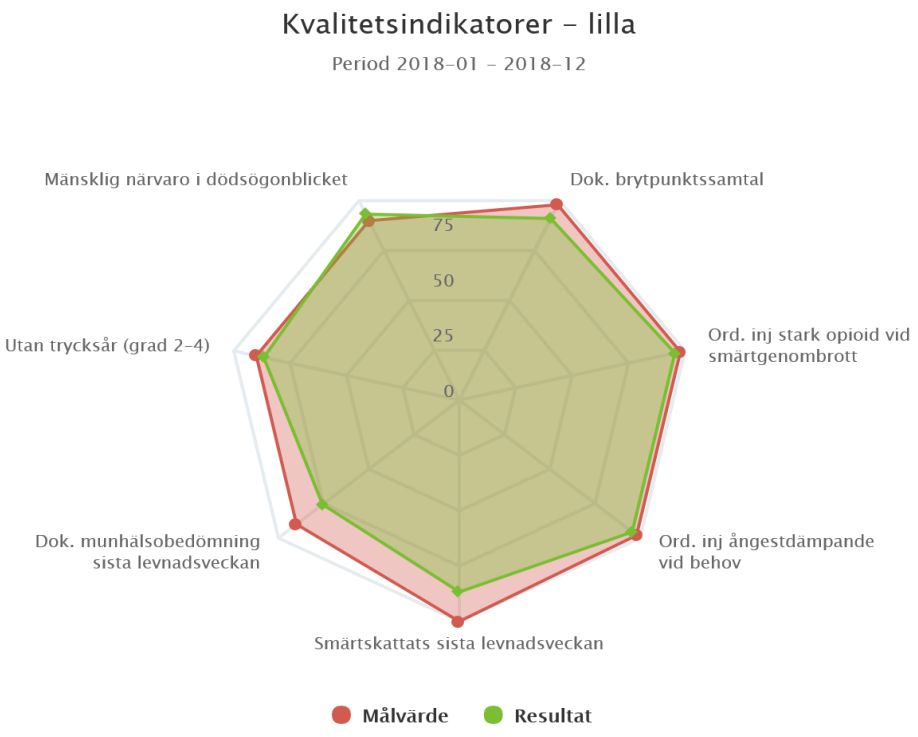
Nationella register

Palliativregistret

Det pågår ett strukturerat arbete för att förbättra vården i livets slutskede. I det arbetet används palliativregistret för att kunna följa resultaten. Under 2018 var målet att bibehålla de goda resultat som tidigare uppnåtts.

Under föregående år förändrades sättet att registrera statistik via palliativregistret och följden blev att redovisningen ser annorlunda ut. Kvalitetsindikatorerna förändrades och är därmed inte likvärdiga med tidigare år och därför redovisas endast resultatet för år 2018 i nedan spindeldiagram.

Palliativregistrets resultat gäller för personer som är folkbokförda i Bromölla kommun och oavsett vem som skött vården (kommun och/eller region).



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 en fortsatt positiv utveckling gällande riskbedömningar, teambaserad utredning och planerade åtgärder. Gällande utförda åtgärder har resultatet försämrats något.

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.

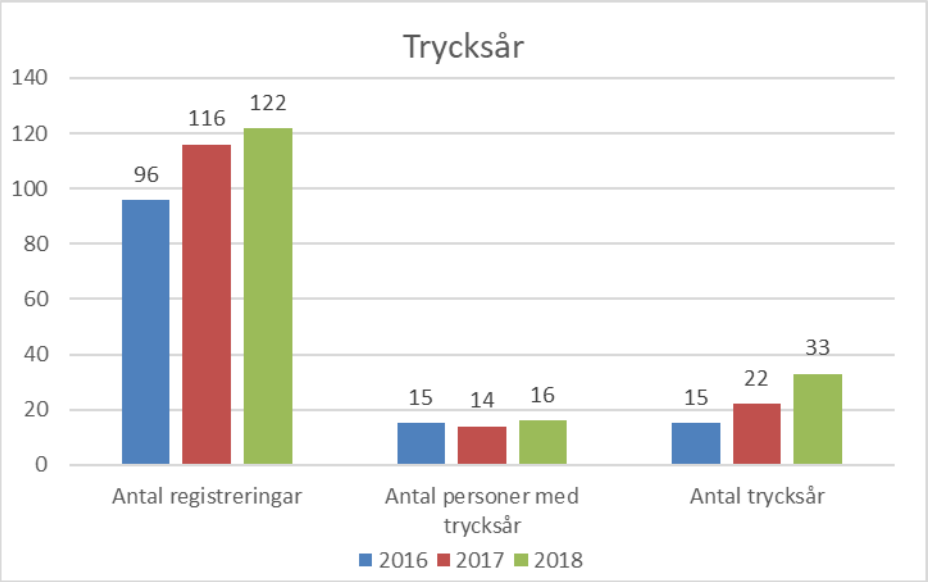
Nedan tabell visar **vårdprevention för alla riskområden**, fall, trycksår, nutrition och munhälsa.

				Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
Tidsperiod	Risk-bedömningar	varav risk		... teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts		... åtgärd planerats		... åtgärd utförts *	
	N	N		N	%	N	%	N	%
2016	254	215		162	75,3	169	78,6	99	46
2017	262	219		174	79	187	85	113	69
2018	305	266		241	91	217	82	96	48

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

Punktprevalensmätning Trycksår

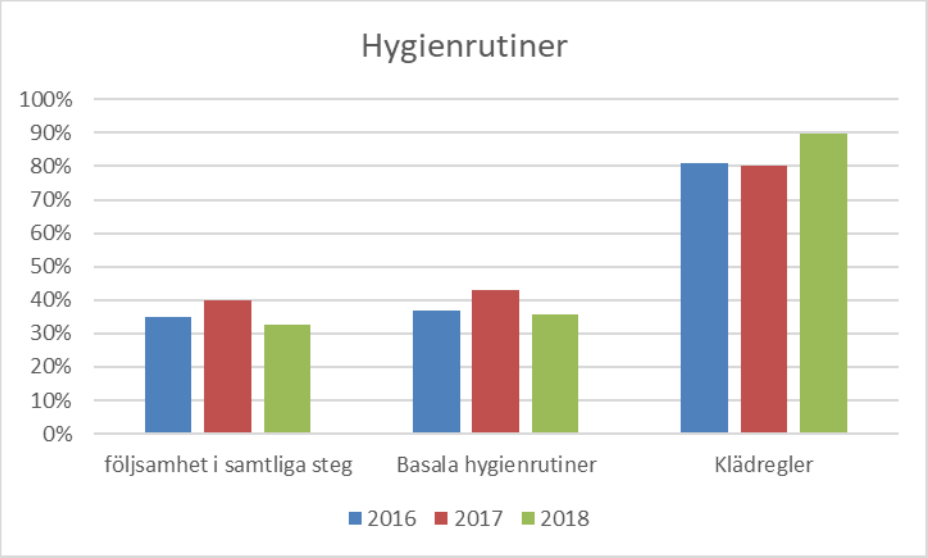
Kommunen deltar i nationell mätning avseende trycksår. Det gjordes 122 registreringar på kommunens särskilda boende. 2017 gjordes 116 registreringar. Vid varje mätning finns det trycksår registrerade men övervägande delen trycksår tillhör den lägsta kategorin sår. Såren mäts i kategori 1-4, från de lättare skadorna som rodnad i huden till mer djupare sår. Mätningen ingår i egenkontrollen och upprepas varje år.



Punkprevalensmätning 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.

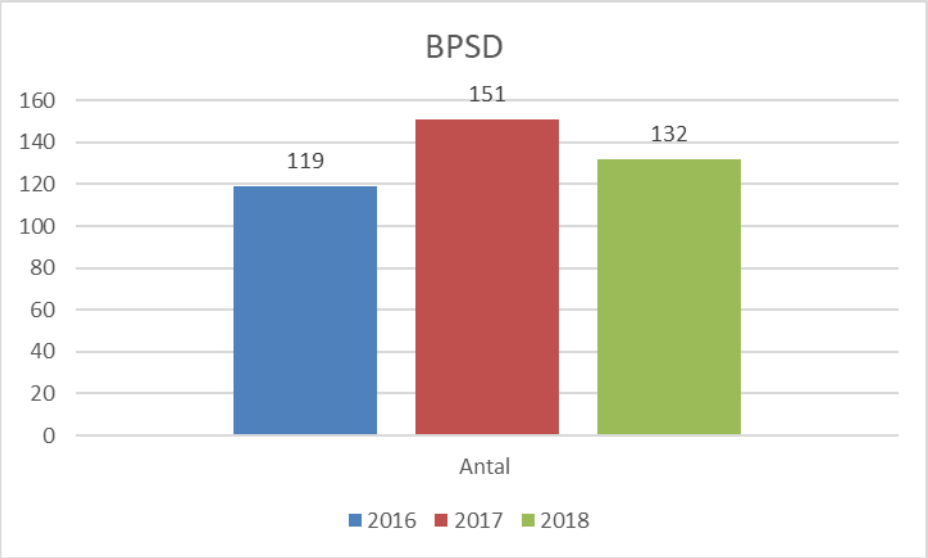
Det gjordes 67 observationer, vilket var en ökning mot fjolårets (62). Följsamhet i samtliga steg var 32,8% (40), basala hygienrutiner 35,8% (43) och följsamhet till klädregler var 89,6% (80). Inom flertalet områden har resultaten försämrats avsevärt och inom vissa områden har resultaten förbättrats något. Förbättringsarbete sker kontinuerligt utifrån varje enhets enskilda resultat.



BPSD-register

Demenssjuksköterskan har följt BPSD-skattningar, både frekvens och resultat under året och redovisat 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 man därefter följa resultatet av de åtgärder som sätts in. Analysen visar i de enskilda fallen att ett personcentrerat förhållningssätt ger ökad livskvalitet för den enskilde. Under året har arbetet med att utbilda administratörer fortgått. Demenssjuksköterskan har haft träffat på alla enheter där BDSD-registret införts för att arbetet ska gå framåt.

Registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) har fortsatt utvecklats. 2018 gjordes 132 stycken registreringar i registret. Antalet registreringar har minskat gentemot föregående år vilket kan tolkas bero på flera anledningar. En positiv anledning kan vara att det personcentrerade arbetssättet är implementerat och därav behövs färre skattningar. En annan anledning kan vara att på en enhet har båda administratörerna varit långtidssjukskrivna och därav har arbetet inte framskridit.



Mål och strategier för kommande år

- Inom området sammanhållen vård och omsorg fortsatt samverkan med primärvården med fokus på SIP och inskrivning i mobilt vårdteam inom ordinärt boende. Start inskrivning särskilt boende mars 2019. Följa upp resultatet av införandet av beslutsstöd.
- 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. Fortsätta kunskapsinhämtning om nationell vårdplan i livets slut för eventuellt införande.
- Inom området prevention utveckla arbetet med hela processen med riskbedömning och förebyggande åtgärder i kvalitetsregistret Senior Alert. Utbildning av all omvårdnadspersonal samt fördjupad utbildning av ombud för Senior Alert under hela 2019.
- Inom området vårdhygien, fortsatt handledning av hygienombud och uppföljande utbildning under hösten 2019. Arbeta vidare med resultaten från hygienronderna samt planera för hygiendialog inom hemtjänsten. Förbättra resultaten gällande basala hygienrutiner.
- Inom preventiva hembesök – Få ut mer samhällsnyttig information från exempelvis räddningstjänsten. Få de äldre att börja fundera på ”hur vill jag bo i framtiden”.
- Implementera arbetet med BPDS-registret inom hemtjänsten.
- Kunskapsinhämtning om markörbaserad journalgranskning för eventuellt införande.
- Fortsätta utvecklingen av nya arbetssätt med fokus på preventivt arbete inom rehab.
- Fortsatt arbete med att minska tiden mellan måltider och att erbjuda fler mål mat under dygnets timmar.