
Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Ulla Engström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

Sammanfattning	3
Struktur	4
Uppföljning av övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienter och närståendes delaktighet	6
Hälso-och sjukvårdens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	7
Process	8
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Utredning av händelser -vårdskador	9
Informationssäkerhet	9
Resultat och analys	10
Måluppfyllelse övergripande mål	10
Avvikelse	11
Risikanalys	11
Mål och strategier för 2019	12

Sammanfattning

Vårdgivaren (Sunne kommun) är enligt Patientsäkerhetslagen skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska också varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som beskriver hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits föregående år, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

Under 2018 har vi startat upp en ny hälso-och sjukvårdsjournal i vårt verksamhetssystem Procapita. Syftet är att strukturera dokumentationen enligt den processmodell som beskrivs i nationella informationsstrukturen (NI) samt möjliggöra statistikutdrag till Socialstyrelsen. Utbildning i NI, ICF och KVÅ har genomförts fortlöpande under hela 2018, vilket har lett till en kvalitetsförbättring av legitimerad personals dokumentationen.

Vi har fortsatt registrerat i kvalitetsregistren: Senioralert, Svenska palliativregistret och BPSD.

I BPSD har t.ex. antal registreringar ökat från 121st. till 147st.

Inom läkemedelsområdet har flera insatser gjorts för att öka patientsäkerheten: För 8:e året i rad har vi inventerat förekomsten av bl.a. olämpliga läkemedel hos personer över 65 år på kommunens samtliga särskilda boenden. Läkemedelshanteringen har fortsatt kvalitetssäkrats genom att vi infört digital signering i mobiltelefonen. Digitala signeringslistor är därmed infört i hela hemtjänsten, nattpatrullerna, inom boendestöd och stödboende inom socialpsykiatri samt vid kommunens samtliga särskilda boenden. Dessutom har varje lägenhet/rum på kommunens särskilda boenden försetts med ett eget läkemedelsskåp med digitalt lås (för möjlighet till loggning).

Vidare har vi under 2018 deltagit i nationella punktprevalensmätningar (PPM) avseende följsamhet till "Basala hygienrutiner" och "Förekomst av trycksår". Varav kontroll av basala hygienrutiner är en del av vår årliga egenkontroll.

Loggkontroller av Procapita, NPÖ, Meddix och MCSS har genomförts 1 ggr/månaden.

Under 2018 har det totala antalet inkomna avvikelser uppgått till 1424 st. Av dessa var fallincidenter 1099 st. (att jämföra med 994 st. föregående år) den enskilt vanligaste typen av avvikelse. Antalet frakturer var 15st. Antalet inrapporterade läkemedelsavvikelser var 300 st. (2017 = 260 st.).

STRUKTUR

Uppföljning av övergripande mål och strategier

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

En synnerligen viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att alla känner till och kan använda kvalitetsledningssystemet.

Därför har arbetet fortsatt med att identifiera de processer som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada och att kvalitetsledningssystem uppdateras kontinuerligt.

Information om hur man använder kvalitetsledningssystemet och dess rutiner har getts vid arbetsplatsträffar för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Vidare har MAS och SAS infört ett ”Nyhetsbrev från MAS och SAS” som regelbundet publiceras och distribueras till såväl baspersonal, legitimerad personal och enhetschefer i syfte att informera och tipsa om bl.a. kvalitetsledningssystemet.

En prioriterad patientgrupp är personer i livets slutskede och det är därför av största vikt att vården kring dessa personer är kvalitetssäkrad bl.a. genom brytpunktssamtal och smärtskattningar.

Enligt uppgifter från Svenska palliativregistret har antalet registrerade brytpunktssamtal ökat både till patienten och närstående.

Vi måste fortlöpande analysera resultaten och arbeta för att alla får en god och säker vård i livets slutskede.

En del i detta arbete är att prova att använda nationell vårdplan för palliativvård (NVP), vilket vi under året infört på ett av kommunens särskilda boende. Detta införande har föregåtts av en journalgranskning av de 10 senast avlidna patienternas på det aktuella boendet i syfte att upptäcka vad som saknas i dokumentationen. Bl.a. framkom det att det sällan gick att utläsa om man erbjudit närstående ett efterlevandesamtal.

Läkemedelshanteringen har på många sätt säkrats upp under 2018 bl.a. genom fortsatt införandet av digitala signeringslistor och egna läkemedelsskåp på särskilda boenden. Antalet läkemedelsavvikelser måste minska och för att uppnå detta måste vi i större utsträckning se över rutiner i samverkan med baspersonalen.

Att kvalitetssäkra dokumentation och kommunikation är ett prioriterat arbete. Under 2018 har detta skett genom att starta upp en ny hälso-och sjukvårdsjournal, fortgående utbildningsinsatser till legitimerad personal och en omfattande utbildningsinsats till all baspersonal i SBAR.

Utbildningen i kommunikationsverktyget SBAR pågår fortfarande och syftet är att underlätta strukturerad kommunikation t.ex. mellan baspersonal och legitimerad personal.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren, kommunstyrelsen i Sunne kommun, är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategi för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt följer upp och utvärderar mål kontinuerligt.

MAS ansvar

MAS ansvarar för att patienterna får en säker, trygg och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

MAS ansvarar även för att patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat samt att rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande.

MAS bör även följa upp de rutiner som används i verksamheten så att de tillgodoser kraven på patientsäker vård.

Vårdgivaren ansvarar för att en patientsäkerhetsberättelse upprättas senast den 1 mars varje år. I Sunne kommun har medicinska ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar för att upprätta denna berättelse.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser vård av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar också för att det finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att styra, följa upp och utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten.

Enhetschefers ansvar

Enhetschefers ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker hälso- och sjukvård.

Enhetschefer ansvarar också för att rutiner följs, avvikelser rapporteras samt att åtgärder initieras i samverkan med övriga yrkesfunktioner som t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Hälso-och sjukvårdspersonals ansvar

Legitimerad personal (samt delegerad baspersonal) ansvarar för att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska därför rapportera till vårdgivaren risker och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet är således fördelat mellan, vårdgivaren, verksamhetschef, enhetschefer, hälso-och sjukvårdspersonal och MAS.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Följande forum för samverkan finns:

Lokalt samverkansavtal mellan Sunne kommun och vårdcentralen i Sunne. Detta avtal reglerar hur vi ska samverka bl.a. med gemensamma träffar.

Träffar med representanter från Torsby sjukhus och vårdcentralerna och kommunerna i norra Värmland s.k. **NÅSAM-träffar**.

Dessutom har ett stort antal länsövergripande träffar genomförts under 2018 med anledning av den nya lagen om samverkan vid utskrivning.

Ett **nätverk för samverkan med Smittskydd Värmland**. Samtliga kommuner i Värmland deltar med utsedda sjuksköterskor och MAS.

Vidare har Smittskydd Värmland konsulterats i frågor gällande hygien och smitta fortlöpande under året.

Nätverk för samverkan mellan länets MASar och Läkemiddelsenheten på regionen.

Samt ett länsövergripande **nätverk för länets MAS/MAR** med tillhörande arbetsgrupper.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid utredningar i samband med inkomna klagomål eller synpunkter eftersträvas alltid att ha en dialog med patienten eller dennes närstående. Vidare har informationsmaterial i form av affischer placerats på samtliga särskilda boenden: Om du har synpunkter på vården.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse inom hälso- och sjukvården rapporteras på avvikelseblankett av den som upptäcker avvikelsen. Avvikelsen lämnas därefter till ansvarig legitimerad personal som ansvarar för att registrera avvikelsen i vårt avvikelssystem.

Bevakning skickas till MAS, ansvarig enhetschef samt i förkommande fall arbetsterapeut och sjukgymnast.

Avvikelse gentemot andra vårdgivare rapporteras till MAS som vidarebefordrar dessa vidare.

Under 2018 skickade vi 48 avvikelser varav de flesta gällde brister i informationsöverföring.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter tas emot skriftligt eller muntligt. Den som tar emot klagomålet ansvarar för att klagomålet blir dokumenterat. Inkomna skriftliga klagomål diarieförs vid ankomst. Inkomna klagomål bevaras alltid skriftligt. Inkomna klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvård utreds av MAS, berörd enhetschef och i förekommande fall sjuksköterska/arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Jämförelser av egna verksamhetens resultat med uppgifter i nationella kvalitetsregister	1 gång/år	Svenska palliativregistret Senior alert BPSD SveDem
Basala hygienrutiner och klädregler	1–2 gånger/år	PPM-databasen
Trycksår	1 gång/år	PPM-databasen
Nulägesbeskrivning Läkemedel, säbo	1 gång/år	Protokoll
Granskning av journaler vid avvikelser och loggkontroller.	Minst 1 ggr/månaden	Protokoll
Patienten/närståendes klagomål och synpunkter	Fortlöpande	Patientnämnden, IVO, klagomål, avvikelser

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Läkemedelsinventering av bl.a. olämpliga läkemedel har genomförts på kommunens samtliga säbo i februari 2018.

Resultatet av inventeringen presenterades för diskussion på arbetsplatsträffar för sjuksköterskor, ledningsgruppen för vård-och omsorg, socialutskottet och kommunstyrelsen.

Vi har införskaffat läkemedelsskåp med digitalt lås i syfte att samtliga lgh/rum på kommunens särskilda boenden ska förses med ett "eget" läkemedelsskåp. Syftet är att minska risken för förväxlingar samt bereda möjlighet att genom loggning kontrollera vem som varit in i läkemedelsskåpet.

Implementering av digitala signeringslistor fortgår och är nu klart inom hela hemtjänsten, "natten", boendestöd, stödboende inom socialpsykiatri och kommunens samtliga säbo. Checklista för sjuksköterskor har upp-daterats och utbildningstillfällen har genomförts i syfte att kvalitetssäkra arbetssättet med MCSS.

Nationella kvalitetsregister: Under 2018 har vi fortsatt arbetat för att öka registreringen i de nationella kvalitetsregistren: Svenska palliativregistret, Senior alert och BPSD.

Focus har lagts på att få till ett arbetssätt där hela teamet runt patienten deltar (teamkonferens) och en lokal rutin för teamkonferenser har tagits fram. Resultaten från kvalitetsregistren har analyserats och jämförts med andra kommuner och oss själva och vi har vid ett flertal tillfällen diskuterat hur vi ska kunna bli bättre på att bedöma smärta och hur och när vi ska använda skattningsinstrumenten Abbey Pain Scale, VAS eller NRS.

Riskbedömningar för att identifiera förekomst av undernäring och trycksår utförs rutinemässigt på samtliga enheter.

Under 2018 införskaffade bladder Scan till verksamheten, vilket underlättat för sjuksköterskorna som slipper låna på vårdcentralen och framför allt bidragit till en högre säkerhet när det gäller bedömning av residualurin. I anslutning till införskaffande hölls en kort användarutbildning.

Under 2018 fortsatte även utbildningarna i konceptet ProACT.

Uppsamlingsheat erbjuds och planen är att samtliga sjuksköterskor ska utbildas.

SBAR-utbildning (som är en del av ProACT) har även påbörjats för all bas-personal och ett utbildningskoncept har tagits fram.

Ett antal sjuksköterskor har dessutom under året varit på utbildningsdagar inom områdena: Sårvård, HLR och BPSD.

De största utbildningsinsatserna under 2018 har dock gällt dokumentation i vårt verksamhetssystem Procapita, där vi startat upp en helt ny journal. Syftet är att strukturera dokumentationen enl. nationell standard (ICF och KVÅ) samt möjliggöra statistikutdrag till socialstyrelsen.

Utbildningarna har hållits i olika konstellationer och med olika fokus

fortlöpande under hela året.

Vidare har vi under 2018 deltagit i nationella punktprevalensmätningar (PPM) avseende följsamhet till ”Basala hygienrutiner” och ”Förekomst av trycksår”.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Avvikelse inom hälso- och sjukvården rapporteras på avvikelseblankett av den som upptäcker avvikelsen. Avvikelsen lämnas därefter till ansvarig legitimerad personal som ansvarar för att registrera avvikelsen i vårt avvikelssystem.

Bevakning skickas till MAS, ansvarig enhetschef samt i förekommande fall arbetsterapeut och sjukgymnast.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar ställning till om det inträffade ska utredas i verksamhetens kvalitetssystem och om avvikelsen är av så pass allvarlig karaktär att den ska anmälas till IVO enligt Lex Maria.

Under 2018 skickades ingen Lex Maria till IVO.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Patientsäkerheten ska säkerställas med hjälp av de uppgifter som finns dokumenterade, därför är det av yttersta vikt att alla dokumentation är kvalitetssäkrad.

Därför granskas hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring av MAS i samband med att avvikelser skrivits.

En behovs- och riskanalys gällande behörighet till Procapita HSL har upprättats och dokumentet uppdateras vid förändring.

Rutiner finns för hur systematiska stickprovskontroller av Procapita, Meddix/Cosmic Link, NPÖ och MCSS ska utföras 1 ggr/månaden.

Resultat av kontrollerna delges alltid, förutom användaren själv, ansvarig enhetschef som ansvarar för att vidta åtgärder vid misstänkta överträdelser.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Måluppfyllelse övergripande mål

Mål 1

Tydligare koppla befintliga rutiner och riktlinjer till kommunens kvalitetsledningssystem och i förekommande fall identifiera fler processer. Samt avsluta gamla rutinpärmen på kommunens intranät.

Måluppfyllelse: Målet uppnått

Arbetet har fortsatt med att identifiera de processer som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada och samtliga dokument för hälso-och sjukvården har uppdaterats. Den ”gamla” rutinpärmen är avvecklad.

Mål 2

Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit ett brytpunktssamtal enl. Svenska palliativregistret.

Måluppfyllelse: Målet inte uppnått

Enligt registreringar i Svenska palliativregistret, som nu har ett annat sätt att presentera siffrorna, så har 67,1% av de närstående erhållit ett brytpunktssamtal och 39,2% av patienterna. Ibland har brytpunktssamtal genomfört med bägge parter. (se bild sid.11)

Mål 3

Förbättra läkemedelshanteringen och därigenom minska antalet läkemedelsavvikelser med 10 % bl.a. genom att i större utsträckning använda digitala signeringsskåp och enskilda läkemedelsskåp på säbo.

Måluppfyllelse: Målet delvis uppnått

Antalet registrerade läkemedelsavvikelser har ökat från 260 till 300.

Men trots detta upplever de flesta att hanteringen blivit säkrare bl.a. genom att man slipper papperssigneringsskåp, bättre förvaring av enskildas lkm på säbo och möjlighet att logga läkemedelsskåpen vid oklarheter.

Mål 4

Fortsatt implementera nytt arbetssätt med ICF och KVÅ den nya journalen inkl. införandet av ”Att göra listor” i Procapita.

Måluppfyllelse: Målet uppnått

I april 2018 startade vi upp en ny journalstruktur enl. ICF och KVÅ. Arbetet med att implementera arbetssättet och strukturen har fortgått under hela året och pågår fortfarande. ”Att göra listan” i Procapita är nylanserad och används av alla enheter.

Avvikelser

Det totala antalet rapporterade avvikelser uppgick till 1424 st, fördelade enligt följande:

Typ av avvikelse	Antal 2018	Antal 2017	Förbättringsförslag/kommentar
Fall	1099	994	1 enskild patient stod för 106 av dessa fallavvikelser. Totalt 15 frakturer.
Läkemedel	300	260	Störst ökning i hemtjänsten, man uppger själv stress som anledning.
Felaktig/utebliven HSL-insats	8	11	Ex. bortglömd såromläggning, felaktigt lindat ben, trycksår
Övrigt	17	6	Ex. hot och våld mellan patienter

Risikanalys

Arbetet med riskanalyser bör utvecklas. Vi bör i mycket större utsträckning ta tillvara resultat och ta lärdom av vad vi sett.

Ett tydligt exempel är de ökande antalet läkemedelsavvikelser, trots att vi får allt mer hjälpmedel.

Mål och strategier för 2019

- 50% av samtliga arbetsgrupper (baspersonal) ska ha fått utbildning i SBAR. Detta ska ske genom att ansvariga sjuksköterskor genomför utbildning på den egna arbetsplatsen enligt framtaget koncept.
- Minska antalet läkemedelsavvikelser med 20% genom att förfina och tydliggöra läkemedelsrutinerna och efterfråga vilka verktyg personalen behöver för att göra rätt.
- Minst 70% av personer i livets slutskede ska ha erhållit en validerad smärtskattning enligt registrering i Svenska palliativregistret.
- Öka antalet riskbedömning (MNA) avseende undernäring med 25% enligt registrering i Procapitas bedömningsmodul.