



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-04-02

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Malin
Sjöberg

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Risikanalys	11
Informationssäkerhet	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Hantering av klagomål och synpunkter	12
Samverkan med patienter och närstående	12
Sammanställning och analys	13
Resultat	14
Övergripande mål och strategier för kommande år	17

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Under året har patientsäkerhet belysts i upprättande och revidering av rutiner och riktlinjer vilket sker kontinuerligt. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har under året upprättats i samverkan med Sveriges kommuner och landsting/SKL i Kvalitetssäkrad välfärd. Implementering av stödsystemet Stratsys påbörjades under 2015 och används idag i alla verksamheter.

Patientsäkerhetsberättelsen ger en möjlighet att belysa patientsäkerhet som en central del inom verksamhetsområdena både på en lokal och på central nivå. Det är viktigt att detta arbete utvecklas till en naturlig del av alla verksamheters vardag.

Fortsättning har skett med att bibehålla utveckling av tre nationella kvalitetsregister vilket möjliggör systematiskt arbete och förbättringar av egenkontroll i patientsäkerhetsarbetet som t.ex. riskanalyser, vårdtagarens och anhörigas delaktighet, strategier för förebyggande åtgärder, kompetensutveckling, behandling och åtgärder samt utveckling av teamarbete.

Synpunkter/klagomål, fel och brister samt avvikelshantering är en viktig del i vårt arbete för att förbättra vår kvalitet och därmed höja patientsäkerheten. Det sker ett kontinuerligt arbete för att kvalitetssäkra avvikelshandlingen.

Övergripande mål och strategier

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

Under 2018 har det pågått interna patientsäkerhetsarbeten inom olika områden i verksamheten som t.ex. avvikelshantering, kvalitetsregister, fortsatt utveckling av kvalitetsorganisation och införande av digital signering.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ett strukturerat ledningssystem för hälso- och sjukvården är under uppbyggnad. Arbete pågår att implementera ett ledningssystem för hela verksamheten. Vård- och omsorgsförvaltningen ledningsgrupp 2018 har bl.a. förvaltningschef, verksamhetschefer, myndighetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, kvalitetskontroller samt systemansvarig

ingått. I gruppen beslutas rutiner/riktlinjer och därmed tas även patientsäkerhetsfrågor upp och aktualiseras därmed löpande. Egenkontroller sker bl.a. via avvikelserapportering, journalgranskning, hygienmätning samt via registreringar i kvalitetsregister. Även interna granskningar sker i kommunen av kvalitetsombud och internrevisorer på enheterna.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vårdpersonalen ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud. Det finns riktlinjer utformade av ledningsgruppen och enhetscheferna för hur avvikelseprocessen ska genomföras och vilket ansvar de olika professionerna har.

Under hösten 2016 infördes att undersköterskorna registrerar avvikelserna direkt i Procapita istället för på papper. Under året har rutinen för fall och fallavvikelser reviderats. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för journalgranskning samt kontroll av följsamheten till basala hygien- och klädregler.

Användningen av befintliga kvalitetsregister, Senior Alert och Palliativregistret samt BPSD-registret (Beteende- och psykiska symtom vid demenssjukdom) medverkar också till att patientsäkerhetsrisker identifieras. Under 2018 pågår implementering av Funca vilket är ett webbaserat arbetsverktyg som är byggt på uppdrag av Socialdepartementet. Syftet med verktyget är att förebygga och minska utmanande beteende samt att förbättra delaktighet och självbestämmande för vuxna personer med insatser enligt LSS, personkrets 1 och 2.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativ registret och BPSD registret är infört i alla verksamheter inom äldreomsorgen. FUNCA har påbörjats inom funktionshinderverksamheten och kommer att implementeras kontinuerligt. Kvalitetsregister medverkar till ett ökat samarbete i verksamheterna men samverkan med ansvarig

vårdgivare som Primärvården behöver fortsätta att utvecklas då det medicinska ansvaret på läkarnivån ligger inom Primärvården.

Senior Alert

Registret är till för att identifiera, förebygga och åtgärda risk samt följa upp insatser för fall, undernäring, trycksår samt upptäcka ohälsa i munhålan. Det finns svårigheter i att bl.a. hitta mötestider och att arbeta efter samma struktur med registret. Under 2018 har utvalda undersköterskor utbildats i att själva kunna registrera i Senior Alert. Respektive enhetschef ansvarar för hur detta införs i sina verksamheter.

Palliativ registret

Palliativ registret är ett kvalitetsregister som sammanställer och visar hur personens sista levnadsvecka varit efter fastställda parametrar t.ex. brytpunktsamtal av ansvarig läkare vid beslut om palliativ vård, lindring av smärta, ångest och illamående etc. Sedan tidigare har den kommunala hälso- och sjukvården arbetat med en standardvårdplan för den sista levnadstiden för patienter i ett palliativt skede, Liverpool Care Pathway/LCP. Implementeringen av NVP påbörjades under 2016 och har sedan fortsatt att implanteras i verksamheterna. Utsedda undersköterskor i respektive verksamhet har i uppdrag att vara palliativa ombud och är spjutspetsar för den palliativa vården inom deras verksamhet. Spjutspetsarna inom sjuksköterskeverksamheten har kontinuerliga träffar med de palliativa ombuden. Spjutspetsarna utbildar sina kollegor i NVP kontinuerligt samt driver den palliativa vården inom den kommunala vård och omsorgen framåt. Spjutspetsarna i sjuksköterskeverksamheten deltar i nätverksträffar för palliativ vård med de nordvästra Skånes kommuner samt deltar i utbildningar som Palliativcentrum i Lund kallar till. Målet är att kvalitetssäkra den palliativa vården för de medborgare där Vård- och omsorgsförvaltningen i Bjuvs kommun har hälso- och sjukvårdsansvaret. Det i syfte att ge den enskilde och närstående trygghet i den svåra situationen.

Specifik omvårdnad vid demenssjukdom

BPSD-registrets syfte är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och all-varlighetsgraden av beteende – och psykiska symtom/BPSD och det lidande som detta innebär och att öka livskvalitén för personen med demenssjukdom. Att arbeta med BPSD-registret samt att ha en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till implementering av de nationella riktlinjerna för personer med en demenssjukdom vilket bidrar till en verksamhetsutveckling. För att vårdtagaren ska registreras i BPSD registret krävs en demenssjukdom och att kommunen har HSL ansvar för den vårdtagaren. Om det inte finns någon

demensdiagnos ska utredning initieras till ansvarig läkare. Alla med en demenssjukdom har enligt nationella riktlinjer rätt till att få sina BPSD symtom bedömda minst en gång/ år.

FUNCA

FUNCA är ett webbaserat arbetsverktyg som är byggt på uppdrag av Socialdepartementet, där syftet är att förebygga och minska utmanande beteende samt att förbättra delaktighet och självbestämmande för vuxna personer med insatser enligt LSS, personkrets 1 och 2. Socialdepartementet uppmärksammade den framgång som BPSD-registret var för personer med demens och ville därför bygga ett liknade arbetsverktyg anpassat för personer som har insatser genom LSS. Eftersom verktyget är webbaserat ser man enkelt sina data och man kan också utvärdera arbetet på sin enhet. Att kunna följa statistik på enhetsnivå och jämföra sig med samlad data på kommun-, läns- och riksnivå är en stor tillgång i förbättringsarbeten och underlättar för utveckling av personalens arbetsmetoder. Verktyget ska bland annat möjliggöra för brukare att vara delaktiga i planering och utvärdering av sina stödinsatser. Med hjälp av FUNCA får hela teamet ett gemensamt språk och arbetar mot samma mål tillsammans med brukaren.

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och medicinskt ansvarig sjuksköterska gör årligen en sammanställning av de avvikelser som skett under året. Detta rapporteras till Vård- och omsorgsnämnden samt till verksamheterna. Varje verksamhet ska själv följa upp sina avvikelser regelbundet under året som ett led i ett kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete. Under året har det implementerats att ha avvikelseråd en gång i månaden för varje enskild enhet.

Basala hygienrutiner

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar i en nationell mätning av basala hygien- och klädregler som Sveriges kommuner och landsting/SKL ansvarar för. Mätningen sker två gånger per år och vid ett av tillfällena i samverkan med Sveriges kommuner och landsting/SKL. Varje verksamhet där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar har utsett ett hygienombud som medverkar i ett centralt hygien- nätverk som Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ansvar för. Nätverket träffas regelbundet under året.

Journalgranskning

Journalgranskning görs två gånger per år via en granskningsmall som bygger på cat-ch-ing. En ny granskningsmallen har tagits fram av dokumentationshandledarna tillsammans med

Medicinskt ansvarig sjuksköterska då det visat sig att Cat-ch-ing modellen var bristfällig. Granskningsresultatet används sedan för planering av eventuell kompetensutbildning. Granskningen har utförts av dokumentationshandledarna i verksamheten i syfte att öka kunskapen var bristerna finns för att kunna sätta in adekvata åtgärder i kvalitets- utvecklingen av dokumentationen av hälso- och sjukvård. Denna metod har visat sig vara mycket gynnsam för kompetensökningen både hos handledarna och ut till HSL personalen i verksamheten.

Handledning i dokumentation sker fortlöpande av interna handledare med spetskompetens. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för granskningen av HSL journaler.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

NPÖ är ett IT-stöd som gör det möjligt för behörig personal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Syftet är att få en helhetsbild av patienten, minska dubbelarbete samt skapa en samordning mellan vårdgivare. För att få tillgång till information hos andra vårdgivare krävs samtycke av den enskilde.

Delegering

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker till omvårdnadspersonal med kompetens i arbetsuppgiften enligt lokala riktlinjer framtagna av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Delegeringarna registreras i avsedd modul i det IT baserade dokumentationssystemet Procapita. Under 2018 har det delegerats utökade delegeringar till undersköterskor med särskilt uppdrag.

Beslutsstöd och Prioriteringsordning

Beslutsstöd för förskrivnings av medicintekniska produkter är en stödmotod för sjukgymnaster och arbetsterapeuter för att säkerställa förskrivningsprocessen av medicintekniska hjälpmedel och ordinerande av träningsinsatser. Samverkan sker med Kommunförbundet Skåne. En prioriteringsordning har fastställts av Vård och omsorgsnämnden sedan tidigare som stödjer arbetsterapeuter och sjukgymnaster i det dagliga arbetet.

Läkemedelshantering

Följsamheten gentemot lokal riktlinje för läkemedelshantering följs löpande upp via avvikelser.

Avtal finns med Apoteket AB för granskning av läkemedelshantering och följsamhet till de lokala riktlinjerna. Granskningen har skett på två enheter under hösten 2018.

ALFA

December 2018 introducerades ett digitalt signeringssystem, ALFA. Med hjälp av ALFA signeras majoriteten av alla hälso- och sjukvårdsinsatser digitalt. Systemet bidrar till att kvalitetssäkra verksamheten då systemet visar tydligt om en hälso- och sjukvårdsinsats inte är utförd.

Läkemedelsgenomgång

Många äldre drabbas av läkemedelsbiverkningar pga. dålig uppföljning av läkemedelsbehandling, olämpliga läkemedel mm. Alla vårdtagare i våra verksamheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar och som är 75 år och äldre, med minst fem läkemedel, ska erbjudas en läkemedelsgenomgång varje år. Vid läkemedelsgenomgången samverkar ansvarig läkare, farmaceut och sjuksköterska. Viss provtagning och en symtomskattning görs för att sedan analyseras av involverade personer. En översyn av ordinerade läkemedel sker och det planeras för eventuella justeringar, förändringar eller utsättningar av olämpliga läkemedel.

Samordnad individuell plan

En samordnad individuell plan/SIP ger en ökad trygghet och säkerhet för den enskilde vårdtagaren och deras anhöriga, samtidigt ger den stöd hos personalen i vilka åtgärder som ska vidtas när vårdtagarens tillstånd förändras.

De flesta planer görs tillsammans av kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvårdspersonal samt primärvård, men den ska även omfatta insatser från alla berörda vilket även inkluderar specialistsjukvården.

SIP ska öka tydligheten om vårdtagarens egen upplevelse av sin situation är samt önskan/mål om hur vårdtagaren vill ha det. Den ökar tryggheten för vårdtagaren eftersom att det finns en tydlig dokumentation om vem, hur och vad som ska göras om vårdtagaren skulle insjukna och utökad vård behövs. En SIP upprättas när två eller flera verksamheter behöver samverka kring en vårdtagare, samordna och tydliggöra vårdinsatser och kontaktvägar. Målet är att undvika onödig sjukhusvård och återinläggning samt öka patientsäkerheten.

Samverkansavtalet från 2018 gör att SIP ersätter den tidigare planen SVPL.

VISAM

VISAM är ett beslutsstöd som innefattar en checklista vilken används av sjuksköterska när en vårdtagare hastigt försämras. Beslutsstödet är till för att avgöra vart vården lämpligast ska ske samt att bedömningen ska ske strukturerat och

informationsöverföringen säkras. VISAM bygger även att en aktuell SIP finns. Sjuksköterskorna i sjuksköterskeverksamheten har fått utbildning om VISAM beslutsstöd och VISAM är under implementering i verksamheten.

Trygg hemgång

Trygg hemgång startade under 2014 i syfte att göra hemgång från sjukhus tryggt och säkert med fokus på personens förmåga och träning till självständighet. Efter att en SIP genomförts beviljas och verkställs hjälp och stöd i form av hemtjänst, hemsjukvård med medicinska och rehabiliterande insatser samt hjälpmedel. Trygg hemgång sker under en period av ca 3 veckor och avslutas med en uppföljning där ett möte SIP erbjuds för nya beslut om insatser efter den enskildes behov.

Mål är också att minska återinläggningen genom att öka tryggheten och självständigheten.

SBAR

För att öka patientsäkerheten mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal så har omvårdnadspersonal och legitimerad personal i verksamheten utbildats i SBAR. Genom SBAR blir kommunikationen mellan personalkategorierna och andra vårdgivare tydligare och mer strukturerat då rapporteringen sker via en mall där situation, bakgrund, aktuellt och rekommendation tas upp, på så vis ökas patientsäkerheten. På varje enhet finns SBAR-ombud som utbildar sina kollegor. Arbetet med att implementera SBAR sker löpande.

Samverkan med andra vårdgivare

Samverkan sker via avtal med Primärvården när det gäller läkarmedverkan för råd och stöd och Ledningskraft. För att säkerställa informationsöverföringen mellan vårdgivare vid in- och utskrivning från sjukhus arbetar verksamheten efter en IT baserat vårdplaneringsverktyg som kallas Mina Planer. Vård- och omsorgsförvaltningen fokuserar på Ledningskraft lokalt i Bjuv tillsammans med de tre vårdcentraler som finns i kommunen. Kvalitetssäkring av den samordnade vården har påbörjats i samverkan med främst primärvården i Bjuv i syfte att öka tryggheten, information och delaktighet för vårdtagarna. Arbetet sker genom att rutiner utvecklats och egenkontroller sker månadsvis av två värdeskapande aktiviteter, Samordnad individuell plan/SIP och tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar.

1 september 2017 skrev Bjuvs kommun på ett nytt förslag kring hälso- och sjukvårdsavtal med Region Skåne som fastställdes 2018-01-18. Syftet med avtalet är att samordna och öka kvaliteten i vården för de mest sjuka oavsett huvudman. Avtalet innehåller framförallt en utvecklingsdel kring ett mobilt stöd, Mobilt

Vårdteam, med främst läkare och sjuksköterska men även andra professioner som patienten har behov av. Utvecklingsdelen ska vara helt införd år 2020. Under 2018 har flertalet invånare där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar blivit inskrivna i Mobilt Vårdteams-formen. Arbetet med att implementera vårdformen fortsätter under 2019.

Uppsökande munhälsobedömning

Tandvårdsenheten inom Region Skåne tillhandahåller bl.a. munhälsobedömningar, nödvändig tandvård till enskilda inom kommunen samt tandvårdsutbildning till personal. Oral Care är det företag som erhållit uppdraget av Region Skåne. Kommunen ska särskilt ansvara för att:

- avgöra vilka som är berättigade till tandvårdsstödet och förmedla erbjudanden om munhälsobedömning till dessa årligen
- vid munhälsobedömning ansvara för att vårdpersonal finns närvarande införa nödvändig tandvård

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll för ökad patientsäkerhet har genomförts inom nedanstående verksamhetsområden;

- Hygienmätning genomförs och följs upp två gånger per år med verksamhetsansvariga. Jämförelser på nationell nivå görs en gång per år.
- Journalgranskning två gånger per år.
- Sammanställning av avvikelser en gång per år.
- Patientnämndsärenden utreds individuellt med fokus på att utveckla och kvalitetssäkra vården.
- Uppföljning av antal ärende inom rehabiliteringsverksamheten samt antal utförda Beslutsstöd.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Bjuvs kommun kommer att inventera och uppdatera avtalen med Primärvården avseende råd och stöd där vi kan konstatera att det finns områden där samverkan behöver utvecklas inför den nya kraven som ställs i det nya Hälso- och sjukvårdsavtalet och i den nya lagen om Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Den nya lagen ska främja en god vård och en socialtjänst med god kvalitet för den enskilde som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, från kommunens hälso- och sjukvård och/ eller från primärvården. Säker läkemedelsbehandling och samverkansplanering av den enskilda vården i individuella planer samt specificerade insatser som krävs av samtliga vårdinstanser kring vårdtagaren kommer att specificeras i en SIP.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vid tillbud och händelser görs analyser. Rutiner och riktlinjer revideras när behov bedöms föreligga. Riskmatris har utvecklats och infördes under 2015 för att värdera allvarlighetsgrad och sannolikhet av de händelsen som inträffat inom hälso- och sjukvården.

I arbetet med kvalitets- och ledningssystem kommer även utveckling av riskanalyser att ske fortlöpande där behov finns.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Inom Vård- och omsorgsförvaltningen ges insatser till enskilda individer inom äldreomsorg, hälso- och sjukvård samt personer med funktionsnedsättning. Genom utvecklingen av e-tjänster och ökad datoriserad behandling av personuppgifter ökar lagstiftarens krav på kontroll och säkerhet kring den enskildes integritet. Det ställer krav på ökad spårbarhet och kontroll av vem som tar del av patientuppgifter. I Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (2001:454) anges i 6 § att personuppgifter bara får behandlas om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifterna inom socialtjänsten ska kunna utföras. Loggningskontroll/uppföljning ska genomföras i den omfattningen att den är förebyggande och meningsfull. Detta uppnås genom en kombination av i huvudsak tre skäl att göra loggningskontroll bl a genom systematisk stickprovskontroll, vid särskild händelse eller misstanke och riktad kontroll. Kontroller ska göras inom samtliga verksamheter. Inrapporterat resultat för 2018 visar ingen misstanke om obehörig läsning. Två gånger/ år granskas HSL journaler av en utsedd dokumentationsgrupp. Journalerna slumpas ut via urvalsfunktionen i verktyget www.slump.nu av MAS och granskas sedan enligt en specifik mall av dokumentationshandledarna. Granskningsmallen omarbetades under våren 2018 därför uteblev granskningen under våren, en

granskning gjordes enligt den nya granskningsmallen under hösten 2018.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt efter lokal rutin, såväl internt som externt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska gör årligen en sammanställning av de avvikelser som skett under året. Detta rapporteras till Vård- och omsorgsnämnden samt till verksamheterna.

Varje verksamhet följer upp sina avvikelser kontinuerligt under året vid personal/avdelningsmöten. En mall för sammanhållen dokumentation av avvikelserna har togs fram under 2015 som ett stöd till enhetschefen. Mallen kompletterades med innehållet i KRAFT i syfte att underlätta enhetschefens analys i det systematiska förbättringsarbetet.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunktshantering

Vi tar emot, dokumenterar och följer upp alla synpunkter som kommer in. Inom fem arbetsdagar skall avsändaren få en bekräftelse på att synpunkten är mottagen och inom 10 arbetsdagar ska svar från ansvarig handläggare ges. Synpunkter kan lämnas på formulär eller via direktkontakt. Respektive enhetschef ansvarar för de synpunkter som inkommer på verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska är kontaktperson till Patientnämnden och ansvarar för genomförande av utredning. Inga ärenden har inkommit från patientnämnden under 2018.

Verksamheten har stor nytta av synpunktshantering för att kunna utveckla och öka patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I arbetet med kvalitetsregister såsom Senior Alert och BPSD är den enskilde och ev. närstående delaktiga i identifieringen och planering av åtgärder. Detta ger stora möjligheter till delaktighet i patientsäkerhet.

I arbetet med FUNCA är delaktigheten densamma för alla parter.

I samordnad individuell vårdplanering/SIP ska samverkan ske med den enskilde och eventuellt närstående, biståndshandläggare samt ansvarig läkare på primärvården för att utifrån den en-

skildes mål och behov planera de framtida insatserna, vården och behandlingen.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Avvikelse, Lex Sarah och Lex-Maria sammanställs och analyseras årligen och redovisas för verksamheten och nämnden.

➤ **Avvikelsehantering**

Avvikelse rapporteras kontinuerligt i Procapita och en gång per år genomförs en årlig statsksammanställning över samtliga verksamheter i Bjuvs kommun. Resultatet för år 2018 jämfört med år 2014-2017 redovisas nedan.

	År 2014	År 2015	År 2016	År 2017	År 2018
Läkemedelsavvikelse	462	618	509	446	623
Fallavvikelse ; fallskador totalt	622	676	643	737	701
varav frakturer	10	11	4	10	12
Hot/våld mellan vårdtagare	6	0	0	0	0
Vårdrelaterade infektioner.	0	0	0	1	0
Själv mord/Försök till själv mord	0	0	1	0	0
Övriga avvikelser:	29	44	25	39	115
Behandling	4	5	5	4	28
Omvårdnad	9	17	6	19	53
Rehabilitering	1	0	1	0	0
Nutrition	2	2	4	1	3
Decubitus	0	0	2	0	2
Sårvård	7	3	3	8	17
Rehab – Hjälpmedel	1	0	0	3	1
Rehab – Ordination	14	1	1	0	6
Externa utgående avvikelser:	15	15	12	21	17
Externa inkommande avvikelser:	6	2	3	8	5
SVPL-avvikelse:	31	23	12	7	30
Totalt	1171	1369	1206	1262	1812

Under 2018 registrerades en utredning enligt lex Maria. Utredningen anmäldes till IVO. Ivo hade inga ytterligare åtgärder på ärendet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

- Fortsatt utveckling av arbetet med kvalitetsregistren samt FUNCA.
- Kvalitetssäkra basala hygienrutiner.
- Kvalitetssäkra dokumentationen enligt HSL, SoL och LSS.
- Kvalitetssäkra förskrivningsprocessen av medicintekniska produkter.
- Fortsatt arbete med avvikelsehantering.

Basala hygienrutiner

Sedan hösten 2010 har Bjuvs kommun deltagit i Sveriges kommuner och landstings/SKL punktprevalensstudie när det gäller följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Sveriges kommuner och landsting genomför mätningen på våren en gång om året. Vård och omsorgsförvaltningen gör även en mätning årligen under hösten som egenkontroll. Mätningarna tittar dels på alla momenten var för sig, dels görs en sammanslagning av resultaten. Har det missats i något moment ger det noll i den sammanslagna mätningen. För att det ska ge poäng i den totala måste alla åtta stegen vara rätt.

Tabellen visar resultat i procent per enhet samt hur många som har rätt i alla åtta steg. Då minst 5 observationer ska göras enligt instruktion rödmarkeras de som inte uppfyller det.

Tabell 1	Desinf före	Desinf efter	Handskar	Plastförkläde	Smycken	Hår	Naglar	Klädregler	Antal godkända med 8 steg	
Billesholm/Ekeby	100%	100%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	13 av 18	72%
Bjuv öster	17%	75%	100%	100%	83%	100%	83%	75%	5 av 12	42%
Bjuv väster	20%	83%	89%	44%	83%	94%	83%	100%	5 av 18	28%
Almliden	85%	100%	100%	71%	100%	100%	92%	100%	9 av 14	62%
Ekhaga	83%	100%	100%	83%	100%	94%	100%	100%	14 av 18	78%
Solhemmet	40%	87%	100%	98%	81%	100%	91%	91%	16 av 47	34%
Varagården	46%	90%	100%	71%	90%	96%	88%	96%	17 av 48	35%
Västergatan	100%	100%	100%	60%	80%	100%	100%	100%	5 av 10	50%
Höstgatan	58%	92%	100%	100%	83%	100%	100%	100%	10 av 12	50%
Solstrålen	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%
Sjuksköterskor	73%	100%	100%	100%	73%	100%	91%	100%	5 av 11	45%
Rehab	25%	92%	100%	42%	100%	100%	100%	92%	2 av 12	17%

Dokumentation

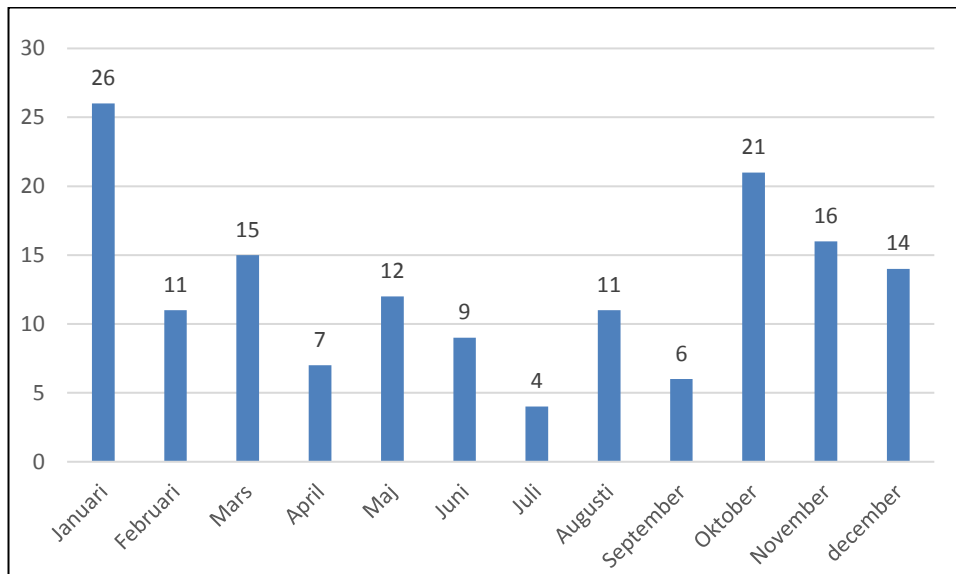
Journalgranskning har genomförts en gång under 2018 för att få en bild över patientsäkerheten i dokumentationen samt utvärdera genomförda åtgärder under året. I granskningen har en egen mall använts och dokumentationshandledarna utfört granskningen med stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska som ett led att öka insikten i var i dokumentationen det brister och därifrån planera åtgärder för nästkommande period i syfte att öka kvalitén av hälso- och sjukvårds dokumentation.

Total sammanställning av resultat för HSL journal

Frågor	Summa:	Total summa	Sept 18
Finns ansvarig sjuksköterska angiven?	12	37	32%
Finns ansvarig arbetsterapeut angiven?	8	37	22%
Finns ansvarig sjukgymnast angiven?	7	37	19%
Finns ansvarig läkare angiven?	61	74	82%
Finns närstående angiven?	74	74	100%
Finns anamnes?	73	111	66%
Finns aktuell epikris?	67	111	60%
Finns anhörigkontakten/ansvar beskriven?	60	111	54%
Finns adekvat status?	66	111	59%
Finns aktuellt status gång/ förflyttning?	71	111	64%
Finns aktuell kost och ev. konsistens angiven?	65	111	59%
Finns bedömning Northon?	56	111	50%
Finns bedömning MNA förkortad version?	56	111	50%
Finns bedömning Downton?	56	111	50%
Finns bedömning ROAG?	44	111	40%
Finns vårdplaner och är de kompletta?	52	111	47%
Summa:	828	1480	56%

Nationell Patient Översikt/ NPÖ

Nedan visas antal sökningar per månad som gjorts under 2018. Under hela året gjordes 152 stycken sökningar vilket är en minskning sedan 2017 med 74 stycken sökningar.



Övergripande mål och strategier för kommande år

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar utifrån uppdragsbeskrivning, vision och värdegrundsprofil.

Visionen för sjuksköterskeverksamheten är:

Personer i Bjuvs kommun med ohälsa får alltid en trygg, god och säker vård och kan därigenom uppleva en så god hälsa som möjligt.

Visionen för rehabverksamheten är:

Personer med funktionsnedsättning kan så långt som möjligt leva självständigt och uppleva en god hälsa och livskvalitet

Målen för Vård och omsorgsnämnden är bl.a.:

Verksamhet ska präglas av god kvalitet, trygghet och trivsel.

Vi har ett samhälle där invånare mår bra och kan påverka sitt liv och sin framtid.

Inom dessa mål är nedanstående områden/aktiviteter prioriterade i patientsäkerhetsarbetet.

Demensvård

Fortsätta utveckla demensvården för att implementera och arbeta efter de nationella riktlinjerna och arbetet med specifik omvårdnad vid demenssjukdom. Verksamheterna ska fortsätta att utveckla personcentrerad vård och bemötandepaner för personer med demensdiagnos. Personalen ska ha kännedom om nationella riktlinjer för personer med demensdiagnos och kan få stöd via BPSD registret samt webutbildning Demens ABC.

BPSD registret

Satsar på nytt att fortsätta implementera BPSD registret i alla verksamheter i syfte att kvalitetssäkra personcentrerad vård och gott bemötande till personer med demensdiagnos.

FUNCA

Fortsatt implementering av FUNCA inom funktionshinderverksamheten samt utbilda fler administratörer i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdsjournal i Procapita

Journalgranskning skall genomföras av dokumentationshandledarna två gånger under kommande år. Fortsatt intern handledning i dokumentationsteknik för all hälso- och sjukvårdspersonal när behov finns samt utvärdering den nya granskningsmallen.

Nationell patientöversikt/NPÖ

Fortsätta stimuleringen att använda NPÖ i kvalitetssäkra informationsöverföring från andra vårdgivare samt utifrån resurseffektivitet.

Mina Planer

Arbeta fram en rutin för ett säkert sätt att arbeta i Mina Planer, både i verksamheterna och i samverkan med primär- och slutenvården.

Trygg hemgång

Trygg hemgång kommer fortsätta att utvecklas för att öka trygghet och självständighet för den enskilde, minska undvikbar sjukvård och återinläggning samt en utökning för att möta nya behov i verksamheten.

Samordnade individuella vårdplaner/SIP

Fortsätta stimulera den strategiska planeringen av den enskildes mål och behandling i samordnade individuella vårdplaner/SIP inom Vård och omsorgsförvaltningen i samverkan med Primärvården i Bjuv och slutenvården. Syftet med dessa är att få en god vård för den enskilde, öka delaktigheten för enskilda och närstående samt minska undvikbar ineliggande vård och återinläggningar samt möjliggöra för inskrivning i Mobilt vårdteam. Planerar under kommande år att granska dokumentationen av en SIP tillsammans med närliggande vårdcentraler för att öka kvaliteten på en SIP.

Senior Alert

Att fortsätta främja registreringen inom alla befintliga verksamheter där Vård och omsorgsförvaltningen har hälso- och sjukvårdsansvar samt fortsätta främja användningen av resultaten som ett led i förbättringsarbete ute på respektive enhet. Det är önskvärt att man gör Senior Alert bedömningen tillsammans med patienten första gången för att öka delaktighet för patienten. Senior Alert är nu integrerat i journalsystemet Procapita och ett smidigt och patientsäkert arbetssätt planeras att utvecklas under året.

Palliativ vård

Svenska palliativ registret ska fortsättningsvis användas så att alla enheter där Vård och omsorgsförvaltningen har hälso- och sjukvårdsansvar ska registrera dödsfall med 100 % täckning. Kvalitetssäkra den palliativa behandlingen utifrån Palliativ registret samt bibehålla och fortsätta att arbeta med NVP inom all verksamhet där Vård och omsorgsförvaltningen har hälso- och sjukvårdsansvar.

Läkemedelsgenomgång

Att fortsätta stimulera antal läkemedelsgenomgångar med primärvården för att minska olämpliga läkemedel för äldre.

Munhälsobedömning

Uppdraget och resultatet kommer vi att fortsätta att se över under 2019 för att kvalitetssäkra att enskilda får den tandvård de har rätt till.

Medicintekniska produkter

Arbetet med att utveckla Beslutsstöd kommer att fortsätta med fokus på att få en likvärdig förskrivning av hjälpmedel och ordinationer på träning och främja delaktigheten med medborgarna utifrån prioriteringsordningen.

Basala hygienrutiner

Vård och omsorgsförvaltningen kommer att fortsätta med PPM (Punkt Prevalens Mätning) mätningar enligt SKL:s riktlinjer, två gånger om året samt se över behovet av hygienrund/ hygienmöte tillsammans med Vårdhygien från Region Skåne.

Kvalitetsledningssystem

Stödverktyget Stratsys är under uppbyggnad och kvalitetsledningssystemet kommer införas inklusive egenkontroller och olika indikatorer.

Avvikelsehantering

Fortsätta utveckla det interna arbetet av inrapporterade avvikelser på respektive enhet. Implementeringen av avvikelseråd på alla enheter fortsätter under 2019. Avvikelseflödet följs kontinuerligt.

Synpunkter och klagomål

Detta följs kontinuerligt upp samt utreds i förhållande till kommunens vision.

Hälso- och sjukvårdsavtal

Ett hälso- och sjukvårdsavtal upprättades mellan Bjuvs kommun och Region Skåne och trädde i kraft 1/1 2018, avtalet fortsätter att gälla.