

# Patientsäkerhetsberättelse 2019



Ann-Chatrine Ewald  
Sektor Omsorg  
046-73 92 44 • [ann-chatrine.ewald@kavlinge.se](mailto:ann-chatrine.ewald@kavlinge.se)  
Kävlinge kommun, Kullagatan 2, Kävlinge 244 80  
[www.kavlinge.se](http://www.kavlinge.se)



# Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten under 2019 varit god i sektor Omsorg. Patientsäkerheten har liksom tidigare år belysts på olika sätt som till exempel samverkan, kompetensförsörjning översyn, upprättande och revidering av rutiner. Detta är ett ständigt pågående arbete och kommer att fortsätta under 2020.

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

Läkemedelshantering var under 2018 ett prioriterat område. På grund av en allvarlig händelse i sektorn fortsatte arbetet med att förbättra läkemedelshandlingen även under 2019. Arbetet har medfört ett säkrare och mer kontrollerat arbetssätt.

Alla mål och aktiviteter för 2019 är inte genomförda och utvärderade som planerat, arbetet pågår och samtliga områden är fortfarande aktuella. En förklaring kan vara att personalomsättning av legitimerad personal varit relativt hög under året. En del vakanser har ersatts med bemanningsföretag och kvalitetsarbetet har fått stå åt sidan. Under senare delen av 2019 är sjuksköterskegruppen stabil. I arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster grupperna finns fortfarande vakanser.

## Innehåll

Sammanfattning .....	2
Allmänt .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	4
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	5
Avvikelse .....	5
Patientnämnd och Lex Maria .....	7
Patientsäkerhetsarbete 2019 .....	7
Hjälpmedel .....	7
Hälsa- och sjukvårdsavtal .....	9
Samordnad individuell planering (SIP).....	9
Samordnad vid utskrivning från slutenvården .....	9
Beslutstöd .....	10
Läkemedel .....	10
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift .....	11
Demensvård .....	11
Inkontinenshjälpmedel .....	12
Informationssäkerhet .....	13
Vårdhygien.....	14
Nationella vårdprogrammet för palliativ vård .....	15
Fallprevention .....	16
Uppföljning genom egenkontroll.....	17
Nationella Kvalitetsregister 2019.....	17
Samverkan med patienter och närstående.....	19
Övergripande mål och strategier för kommande år .....	19

# Allmänt

Av patientsäkerhetsberättelsen skall framgå

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

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

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

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

### Omsorgsnämndens ansvar

Omsorgsnämnden är vårdgivare av hälso-och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att detta integreras med de befintliga system för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Detta innebär ansvar för att verksamheten är organiserad och ges förutsättningar i syfte att upprätthålla god kvalitet och hög patientsäkerhet.

### Sektorchefs ansvar

I sektor Omsorg är sektorchefen verksamhetschef för hälso- och sjukvård (HSL). Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom sektorn. Ansvaret avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Ytterligare information finns i Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

I varje kommun ska en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) finnas. I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetschefen ansvara att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerheten. MAS planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

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

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

## Enhetschefs ansvar

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

## Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal som har delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför de delegerade uppgifterna.

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

# Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

## Avvikelser

Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. Avvikelser ska ses som en viktig del i en lärande organisation. Målet med avvikelshanteringen är att alla avvikande händelser ska rapporteras. Inkomna synpunkter på vården från patient och/ eller anhöriga hanteras och besvaras av MAS. Samtliga synpunkter medförde förbättringsåtgärder i verksamheten.

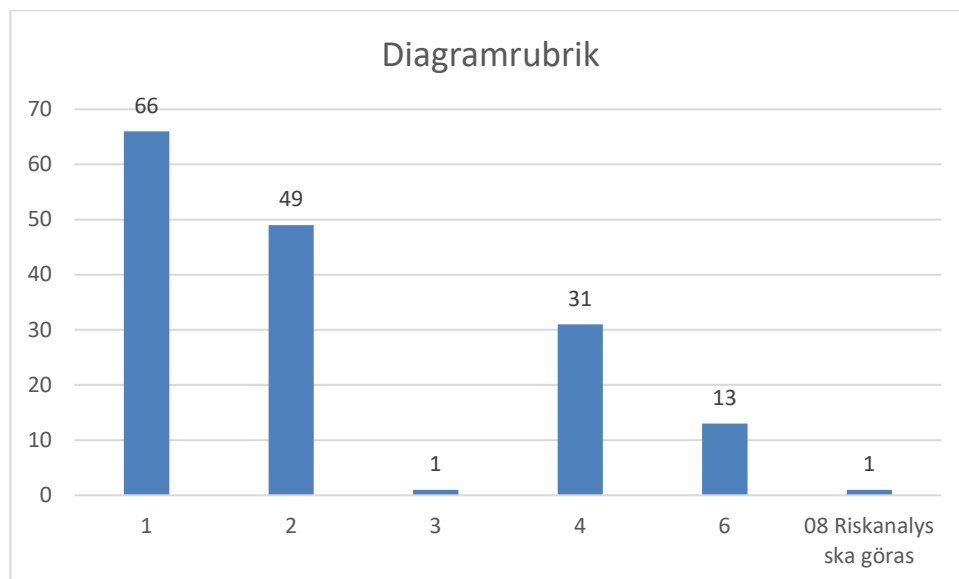
MAS har under året haft regelbundna möten med legitimerad personal. På dessa möten diskuterades aktuella avvikelser, förbättringsområden, genomgång av nya rutiner/reviderade rutiner mm. Aktuella ärenden som medfört eller riskerade medföra både vårdskada och allvarlig vårdskada diskuteras i lärande syfte.

Tabellerna nedan visar antal läkemedelsavvikelser som har registrerats under 2019 samt avvikelser där medicintekniska produkter ingår. Exempel på medicintekniska produkter är rullstol, rollator, och sängar. Under 2019 registrerade 486 avvikelser som handlade om läkemedel. Andelen har ökat sedan föregående år (330) och en analys kommer göras under första kvartalet 2020. Det registrerades 19 avvikelser som berörde medicintekniska produkter.

I följande tabeller redovisas riskbedömningsvärde (konsekvens gånger sannolikhetsbedömning för att händelsen inträffar igen).

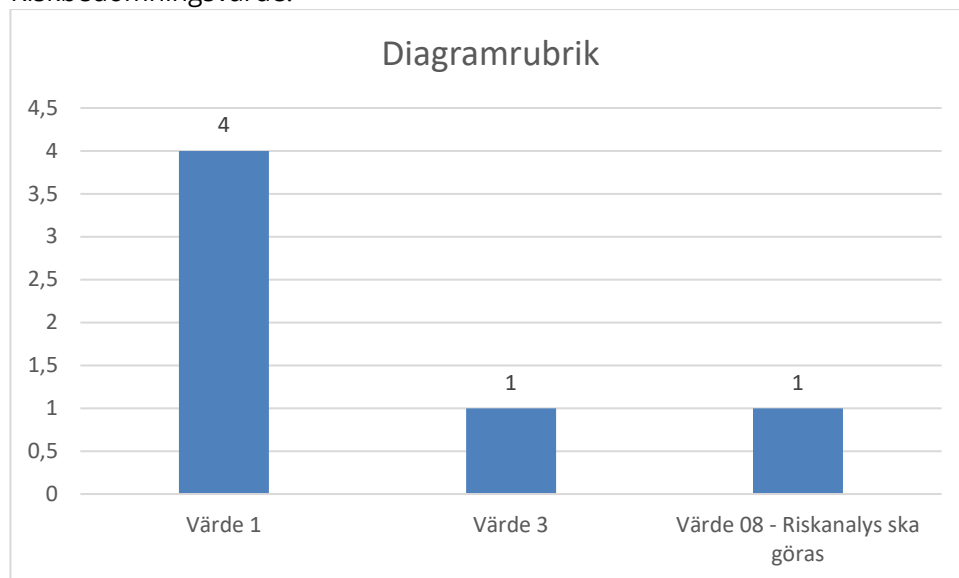
## Läkemedelsavvikelser

Risbedömningsvärde



## Avvikelser gällande medicintekniska produkter

Risbedömningsvärde:



Risbedömningsvärde finns i 32 % av händelserna avseende medicintekniska produkter och 30 % avseende läkemedel. Målet är att samtliga avvikelser ska riskbedömas. Riskbedömningar av avvikelser är ett intern kontroll uppdrag 2020.

## Patientnämnd och Lex Maria

Två ärende/klagomål avseende hemsjukvården i Kävlinge lämnades till Patientnämnden under 2019. Ingen av ärendena utreddes av Patientnämnden då det framkom i klagomålen att sektor Omsorg hade kontaktats av de som lämnade in klagomålen. Patientnämnden avslutade klagomålen då ingen förnyad kontakt togs med Patientnämnden. Båda ärenden utreddes av sektor Omsorg enligt rutin för inkomna klagomål. Ett av ärenden medförde en lex Sarah anmälan.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattade under 2019 beslut i ett klagomål gällande omvårdnad. Klagomålet inkom till IVO under 2018 och omsorgsnämnden yttrade sig i ärendet. Ärendet var känt i verksamheten och händelseanalys var genomförd. MAS bedömde att ärendet inte omfattades av anmälningsskyldigheten för lex Maria. IVO:s beslut stämde överens med MAS bedömning av ärendet.

Under 2019 bedömdes fem händelser medföra allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och anmäldes till IVO enligt anmälningsskyldigheten för lex Maria. Två av händelserna gällde brister i omvårdnaden, övriga tre ärende gällde brister i läkemedelshandlingen. En allvarlig händelse i verksamheten medförde att en legitimerad personal anmäldes till IVO då det bedömdes att hen kunde utgöra en fara för patientsäkerheten. Två av händelserna som anmäldes enligt lex Maria hade sitt ursprung i denna händelse.

Flera händelser bedömdes inte omfattas av anmälningsskyldigheten, dessa hanterades enligt rutin i den egna verksamheten.

I samtliga händelser identifierades brister i verksamheten vilket medförde åtgärder som förbättrade verksamheten och ökade patientsäkerheten. Bland annat har utbildningsinsatser och nya arbetssätt införts i verksamheten. En brist som identifierades under 2018 var att vidtagna och planerade åtgärder som identifierades i händelseanalyser inte alltid genomfördes. Under 2019 säkrades detta genom bland annat workshops med samtliga enhetschefer och oanmälda tillsynsbesök för att kontrollera följsamhet till beslutade åtgärder.

## Patientsäkerhetsarbete 2019

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

## Hjälpmedel

### Registervård

10-gruppen (som består av nio skånska kommuner) har avtal med Sodexo avseende hjälpmedelstjänster. Dessa tjänster beställs i ett IT baserat beställarstöd. I beställarstödet finns register på patienter med de hjälpmedel och tjänster de tillhandahållits. För att efterfölja GDPR lagen behövdes ett gemensamt dokument i 10-gruppen och Sodexo om hur personuppgifterna ska hanteras. Rutiner för loggningskontroll och gallring behövdes.

Det fanns ett stort behov av att gallra bort icke aktuella uppgifter i beställarstödet. Det har funnits svårigheter att hålla registret aktuellt av olika anledningar. Under 2019 har två kommuner i 10-gruppen varit pilotkommuner för projekt om registervård. Sodexo har ansökt om slagning med

selektivt urval i folkbokföringsregistret Navet. Den sorterade informationen lämnas till kommunerna 1 ggr/år. Därefter är det kommunens ansvar att göra gallringen. Under 2020 kommer samtliga kommuner i 10-gruppen att ta del av detta. Utöver ett register som är förenligt med GDPR får kommunen andra vinster. Förskrivare får information om vilka patienter som inte längre är aktuella och kan begära tillbaka förskrivna hjälpmedel.

### **Ökad efterfrågan av poolhjälpmedel**

10-gruppen har gemensamt ägda begagnade hjälpmedel i en s.k. hjälpmedelspool. Poolens omfattning styrs av hjälpmedel återlämnade från patienter. Sodexo rekonditionerar, lagerhåller och förmedlar dessa hjälpmedel. Nyttjandet av hjälpmedelspoolen har ökat. Det fanns behov av att se över de fysiska processerna för att effektivisera poolen och få ut hjälpmedel till patienter snabbare. Det är viktigt att skyndsamt hämta hjälpmedel hos patienten när behovet upphört. Antal dagar som Sodexo har på sig att hämta hjälpmedel har fastställts.

En prioriteringsordning vid återlämnade hjälpmedel upprättades för att rekonditionera efter behov snarare än turordning. Uppföljning sker under 2020.

### **Avvikelsehantering**

Vid avvikelser till Sodexo har inte återkopplingen till kommunerna varit tillräckligt tydliga eller försenade. Förskrivare har inte vetat om eller hur felet på hjälpmedlet har åtgärdats. Sodexo har samverkat med kommunen för att möta upp mot våra krav. Det fungerar bättre nu och uppföljning sker under 2020.

### **Specialanpassning**

Förskrivare har känt sig osäkra om tillvägagångssättet vid specialanpassning av hjälpmedel och vem som har ansvaret. Informationsmaterial och rutin är framtaget och finns tillgänglig för alla förskrivare i beställarstödet.

### **Produktvisningar**

Efter varje ny upphandling av hjälpmedel ska förskrivare gå på produktvisning. Syftet med produktvisning är att ha kunskap om de upphandlade hjälpmedlen. Upphandlade hjälpmedel under 2019 var hygienhjälpmedel, träningshjälpmedel och trycksårsmadrasser.

### **Fortbildning**

För att förskrivare ska kunna göra utprovningar, ordinera, instruera samt göra uppföljningar behövs fördjupande kunskaper om hjälpmedel. De 10-gruppen samverkar med Sodexo för att anordna utbildningar.

Exempel på utbildningar som erbjöds under 2019 var:

- Tre olika rullstolsutbildningar av komfortrullstolar, aktivrullstolar och allroundrullstolar. Syftet var att förskrivare ska kunna göra professionella bedömningar och viktiga inställningar som förbättra sittande i rullstol samt öka köregenskaperna och att kunna göra riskanalyser för att ex. förhindra tipprisk, in mobilitet.
- Manuella förflyttningar. Syftet med utbildningen var att öka kunskapen om ergonomiska principer vid förflyttning, bedömning av patienter med olika funktionsnivåer, analys och riskbedömning vid olika förflyttningssituationer, förflyttningslösningar och positioneringslösningar anpassade efter patientens behov av assistans.
- Förflyttning med lyftselar. Syftet med utbildningen var att metodiskt kunna prova



ut en individuell lyftsele, applicera lyftselen på korrekt sätt och göra riskanalys.

- Workshop trycksår sittande med fokus på trycksårsavlastning vid sittande.
- Två workshopar med inriktning på kognitiva hjälpmedel. Syftet var att öka kunskap om hur förskrivningsbara tekniska lösningar kan stötta personer med kognitiva funktionsnedsättningar i deras dagliga aktiviteter. Öka förskrivarens kunskap i vilka hjälpmedel man kan välja och hur de fungerar,
- Utbildning i förskrivarportalen. Förskrivarportalen är ett IT stöd som Sodexo men nyttjas av förskrivare. IT- systemet ger förskrivare och utförare tillgång till artikelregister så att de kan beställa hjälpmedel och tjänster.
- Samverkansorganisationen för hjälpmedelsfrågor erbjöd juridisk utbildning. Syftet med utbildningen var att stärka förskrivare i sin roll och förtydliga ansvarsfrågor.

## Hälso- och sjukvårdsavtal

Syftet är med hälso- och sjukvårdsavtalet är att säkerställa ett bra och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser både från kommunerna och från Region Skåne. Avtalet innebär bland annat en vårdform där mest sjuka ska erbjudas att skrivas in i ett mobilt vårdteam som består av en läkare från Region Skåne samt en sjuksköterska från kommunen. Även personer som sviktar tillfället ska kunna skrivas in tillfälligt i hemsjukvårdsteamet. Avtalet innebär även ett utvecklingsåtagande för att stödja en utveckling mot att fler sjukvårdsinsatser kan utföras i hemmet. I utvecklingsarbetet ingår att skapa gemensamma lösningar över ansvarsgränserna som ska leda till en trygghet för alla inblandade parter.

En lokal samverkansgrupp med parter från primärvården och kommunen har träffats regelbundet under 2019 för samverkan med inskrivningar i mobilt vårdteam och andra frågor. Verksamheten har inte nått det önskade målet med andelen inskrivna i teamet. En identifierad orsak visade sig vara att de chefer som efter omorganisationen blev chefer för legitimerad personal saknade kunskap om hälso- och sjukvårdsavtalet och mobilt vårdteam. Regelbundna möten med MAS och enhetschefer genomfördes och planeras under nästkommande år.

## Samordnad individuell planering (SIP)

Samordnad individuell plan, SIP, är en plan som ska upprättas tillsammans med patienten om denne har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och om det finns behov av samordning. Antal genomförda SIP:ar ökade under 2019 vilket kan härledas till ny lagstiftningen vid utskrivning från slutenvården samt arbetet med inskrivningar i mobilt vårdteam.

## Samordnad vid utskrivning från slutenvården

Samverkanslagen vid utskrivning från slutenvården trädde i kraft 180101. Från början gällde lagen för somatisk vård men från och med 190101 gäller den även för patienter som vårdats inom psykiatrisk vård. Lagens syfte är att patienten ska lämna slutenvården på ett tryggt och säkert sätt. För säkerställa lagens syfte behöver berörda vårdgivare samverka i en planeringsprocess. I processen ingår flera olika moment som kartläggning, ställningstagande och planering för hemgång. Processen kan mynna ut i en samordnad individuell planering som i de flesta fall sker i hemmet efter utskrivningen. Kommunikationen mellan vårdgivarna sker i ett IT-stöd, Mina planer. Gemensamma rutiner för processen är upprättade mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne.

Ett hemtagningsteam som består av sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter finns i verksamheten. Teamets uppgift är att ge stöd och omsorg till personer som är nyutskrivna från sjukhuset och behovet identifieras under planeringsprocessen. Antal kallelser i Mina planer från slutenvården uppgick till 638 under 2019. 204 personer fick insatser från hemtagningsteamet i genomsnitt 11,3 dygn/ person.

## Beslutstöd

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

För att säkerställa att patienterna får vård på lämplig vårdnivå och för att minska risken för att svårt sjuka missas infördes 2016 ett beslutstöd för sjuksköterskor. Beslutsstödet antogs under 2017 i hälso- och sjukvårdsavtalet och är en del av vårdformen. En sjuksköterska genomförde instruktörsutbildning för beslutsstödet under 2019 vilket innebär att det nu finns tre sjuksköterskor som kan utbilda nya sjuksköterskor. Under 2019 genomfördes två utbildningar av sjuksköterskor och undersköterskor i beslutstödet.

## Läkemedel

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

Under 2019 var läkemedelshantering ett fokusområde på grund av en allvarlig händelse. Ett nytt arbetssätt infördes vilket bland annat medför att ett kriterium för att sektorn ska överta läkemedelsansvaret är att läkemedel dosdispenseras. Iordningsställande av läkemedel i dosett sker endast i enstaka fall. Kontroll av narkotikaklassade läkemedel sågs över och säkrades under året.

För att öka säkerheten kring läkemedelshantering beställdes 108 digitala läkemedelsskåp. Skåpen säkras hanteringen genom behörighetsstyrning och spårbarhet, dessutom blir det smidigare för personalen eftersom skåpen är nyckelfria och öppnas via en applikation i mobiltelefonen.

Även hanteringen av läkemedelsavfall har setts över under 2019. Läkemedelsavfall omhändertas nu på ett säkert och miljömässigt bättre sätt.

### Läkemedelsgranskning

En läkemedelsgranskning utfördes av extern aktör på en gruppbostad. Ett flertal förbättringsområde identifierades, åtgärder vidtogs och planeras. Granskningar för 2020 är inplanerade.

### Läkemedelsgenomgångar

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

Läkemedelsgenomgångar gjordes under året både i ordinärt och särskilt boende.

## Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

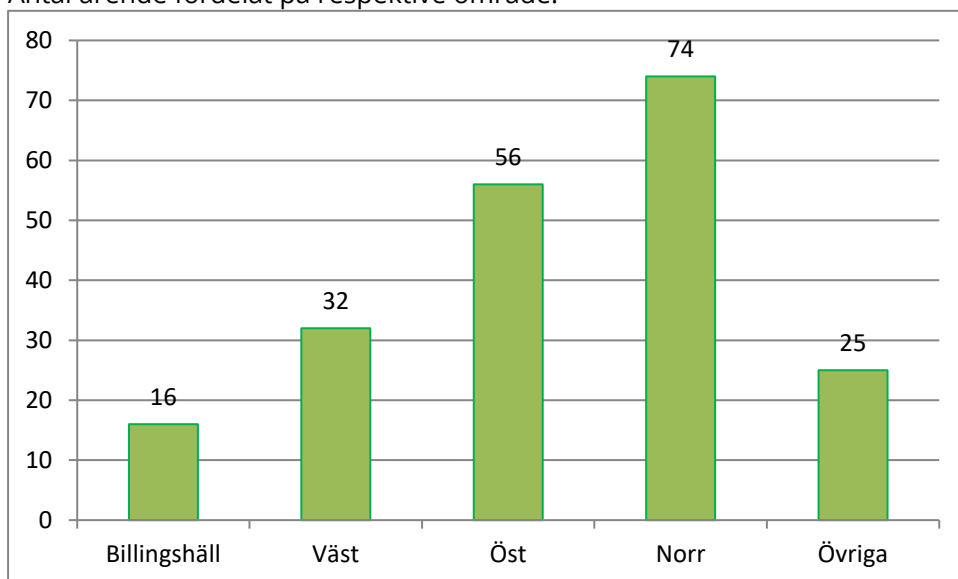
Delegering innebär att en legitimerad person överlåter en eller flera medicinska arbetsuppgifter till en annan person. Syftet med delegering är att begränsa antalet personer som är inblandade i vården av den enskilde och ändå fylla kravet på en god och säker vård samt tillgodose patientens behov av trygghet. Arbetsgruppen för översyn och revidering av delegeringsprocess och rutin träffades regelbundet under året.

Under våren 2019 digitaliserades delegeringsprocessen fullt ut. Alla delegeringar sker nu via signeringssystemet e-läkemedel. Detta bidrar till en ökad patientsäkerhet eftersom personalen inte kan signera överlämnade eller administrerade läkemedel om det inte finns en gällande delegering. Mottagaren av delegeringen får nu även en påminnelse i mobilappen när dennes delegering håller på att gå ut.

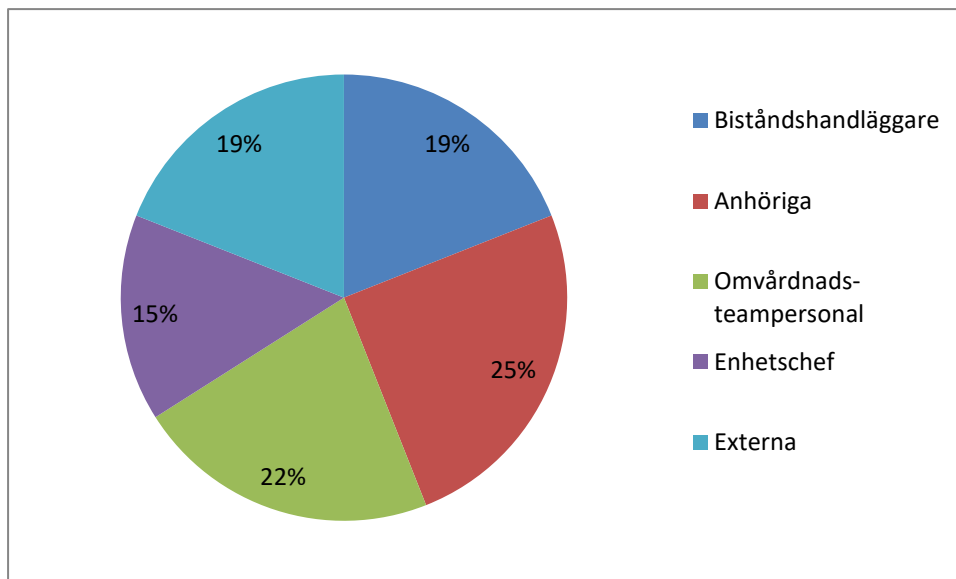
## Demensvård

Demensverksamheten består av Silviasystrar som ska verka för att underlätta för den enskilde och dess närstående att bo kvar i ordinärt boende. Ärende som kommer till demensstödsgruppen kan vara att enhetschef på särskilt boende önskar handledning/tips eller att anhöriga själv kontaktar och ber om hjälp. I tabellen och i cirkeldiagrammet nedan framgår antal ärende som demensstödsgruppen handlagt under 2019 samt vem som initierat olika ärende.

Antal ärende fördelat på respektive område:



Fördelning av vem som initierar kontakt:



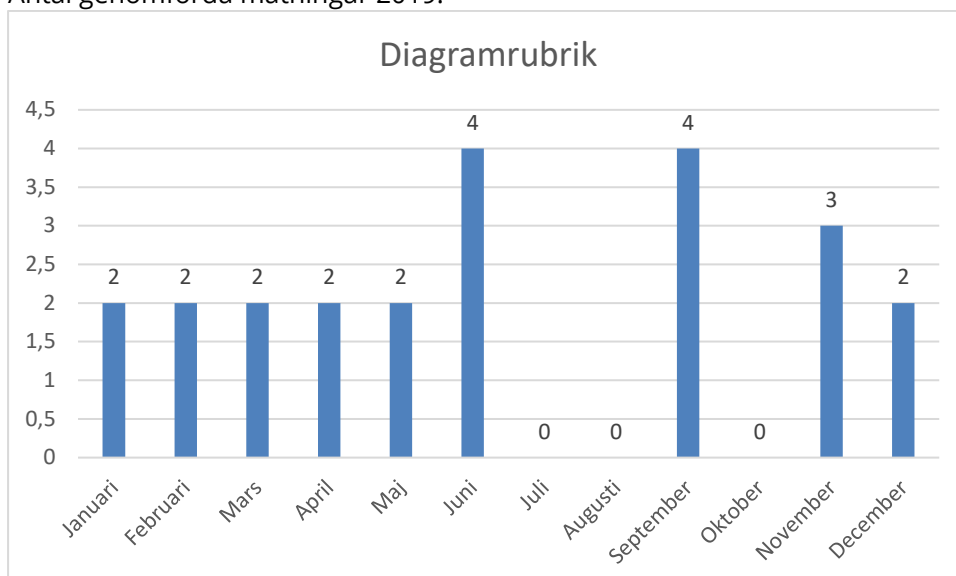
## Inkontinenshjälpmedel

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

För att kvalitetssäkra förskrivningen av inkontinenshjälpmedel används en speciell mätning. Mätningen genomförs genom individuella urinmätningar med sensorskydd som loggas till en webbportal under tre dygn. En analys görs därefter av urinläckage med mera.

En brist som identifierades under 2018 var att antal genomförda mätningar hade minskat. Trots åtgärder som utbildningsinsatser som genomfördes under 2019 sågs ingen ökning av antal mätningar. Enhetschef för samordnad hemsjukvård har i uppdrag att säkra processen och öka antal mätningar.

Antal genomförda mätningar 2019:



# Informationssäkerhet

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

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

## Journalgranskning

Ett led i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete är journalgranskningar. Journalgranskningen sker genom att ett antal journaler väljs ut och oidentifieras och granskas av leg personal tillsammans med MAS och IT-samordnare. Syftet med att granska dokumentationen är att säkerställa dokumentationen, kvalitetsutveckling samt tillförsäkra patienten en god och säker vård. Resultatet av granskningen sammanställs, goda exempel lyfts fram och förbättringsområden identifieras. Ett flertal journalgranskningar genomfördes under året vilka medförde förbättringarna. Målet för året var att samtliga team ska vara med på minst en journalgranskning/år vilket inte genomfördes fullt ut. Fortlöpande journalgranskning kommer att fortsätta under 2020. Nytt för året var att dokumentationsträffar för sjuksköterskor infördes.

## Åtkomstkontroller (loggar)

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

Granskningen för omsorgspersonal sker genom att slumpmässig personal väljs ut en gång per kvartal och en månads läsaktiviteter i hälso- och sjukvårdsjournaler granskas av enhetschefen. En rutin för handläggning av misstanke av olovlig åtkomst eller dataintrång upprättades under 2019.

EY har under 2019 på uppdrag av kommunrevisionen i Kävlinge granskat omsorgsnämndens och kommunstyrelsens arbete med behörigheter, åtkomst och loggkontroller i Procapita och NPÖ (Nationell patientöversikt). Den sammanfattande bedömningen är att arbetet med behörigheter, åtkomster och loggkontroller inte fungerade helt ändamålsenligt, därtill bedömer vi att den interna kontrollen inte är fullt ut tillräcklig. Under 2019 påbörjades ett förbättringsarbete enligt rekommendation:

- Stärka styrningen vid behörighetstilldelning.
- Säkerställa att åtkomstkontroller sker i den utsträckning som krävs i fråga om frekvens och omfattning.
- Upprätta systemförvaltarplaner i enlighet med systemförvaltarmodellen

## Riskanalys

Enligt föreskrift från Socialstyrelsen HSLF-FS 2016:40 ska riskanalyser göras för att bedöma om det i verksamheten finns risk för händelser som påverka efterlevandet av föreskriften. Under 2018 tillsattes en arbetsgrupp, i gruppen fanns sjuksköterska, fysioterapeut, enhetschef, MAS och IT-samordnare. Uppdraget för gruppen var att göra riskanalysen. Då inga nya händelser identifierades gjordes ingen riskanalys 2019.

## SITHS kort inloggning

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på Internet, såsom Pascal, Mina planer,

Nationell Patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret samt utfärdande av tandvårdskort. All legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i befintligt journalsystem samt i olika kvalitetsregister.

En åtgärd som vidtogs för att förbättra informationssäkerheten 2019 var att öka antal medarbetare som loggar in i journalsystemet med SITHS-kort. Detta gjordes delvis genom att inloggning för administratörer i andra system ställdes om till SITHS-kort. Övergång till en högre säkerhetsnivå på SITHS-korten inleddes sista kvartalet 2019 och ska vara slutförd under 2020.

### **Nationell patientöversikt – sammanhållen journalföring**

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

I Kävlings kommun syns nyttan av sammanhållen journalföring i olika sammanhang då antalet sökningar ökat jämfört med förra året. För perioden januari-oktober 2019 gjordes 1250 slagningar vilket kan jämföras med 2018 då 973 slagningar gjordes under hela året.

Beslut om att påbörja arbetet med att bli producent i NPÖ togs under 2019 då det finns ett önskemål om att även kommunernas dokumentation ska bli synligt för Region Skåne. En avsiktsförklaring till kommunförbundet Skåne skickades in och workshop med legitimerad personal genomfördes.

### **Uppgiftsskyldighet – vårdåtgärder**

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, börjar gälla från och med 1 januari 2019.

Föreskrifterna innebär bland annat att kommunerna ska komplettera de patientuppgifterna lämnas idag till Socialstyrelsen med nya uppgifter om vårdåtgärder som vidtagits (utförts) av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och där kommunen är vårdgivare. Vårdåtgärderna ska vara klassificerade enligt den mest detaljerade nivån i KVÅ.

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

## **Vårdhygien**

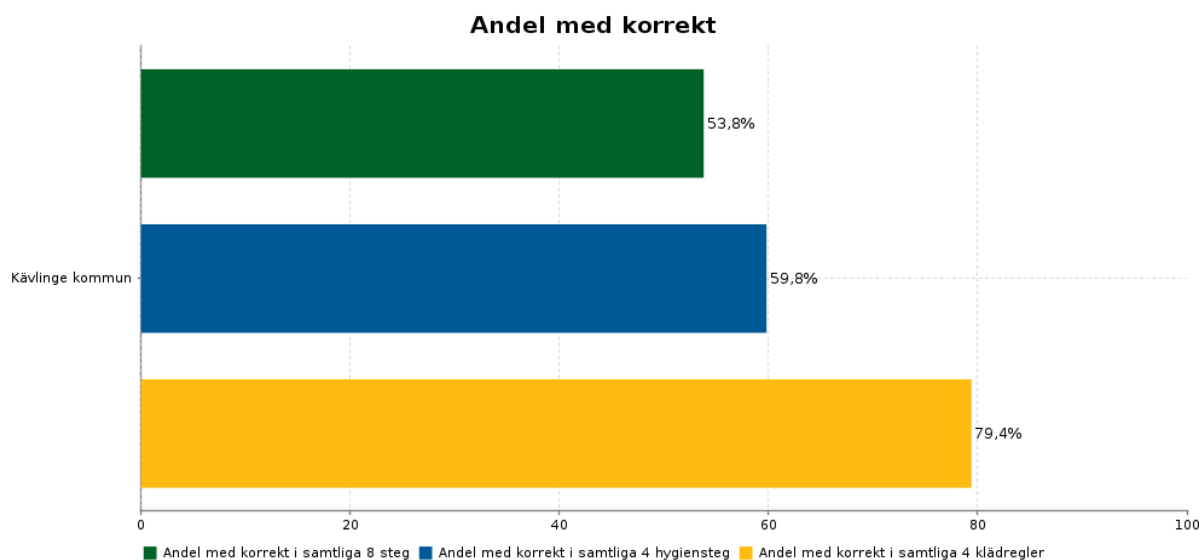
God vårdkvalitet förutsätter bland annat en god hygienisk standard och anges som ett specificerat krav i Hälso- och sjukvårdslagen. För patienten innebär en god hygienisk standard att risken för drabbas av en vårdrelaterad infektion ska vara så liten som möjligt. Risken för smittspridning begränsas genom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

Varje år deltar verksamheterna i SKR:s nationella mätning av följsamheten av basala hygienrutiner och arbetskläder. Under vecka 12-13 genomfördes mätningen i verksamheten, 199 (208 föregående år) medarbetare deltog i mätningen. Mätningen genomförs i åtta steg varav fyra berör basala hygienrutiner och fyra berör arbetskläder. På grund av ett kommunikationsmissförstånd genomfördes inga mätningar på gruppbestäder.

Tidigare mätningar har överlag uppvisat dåliga resultat överlag för sektorn, mätningen för 2019 visade att knappt 54 % följde de basala hygien- och klädregler vilket innebär endast en marginell förbättring sedan föregående år.

Under 2020 planeras ett omtag då fler hygienombud har utsetts och ett uppstartsmöte med Vårdhygien Skåne med workshops och utbildning är inplanerat i mars 2020. Ny mätning genomförs 2020. Samtliga enhetschefer får ut resultaten på respektive enheter.

Resultat från mätningen:



## Nationella vårdprogrammet för palliativ vård

Nationella vårdprogrammet (NVP) för palliativ vård syftar till att kvalitetssäkra vården i dess olika skeden. NVP har ett tydligt fokus på vården i livets slutskede och lyfter patientens och närståendes behov utifrån olika frågeställningar. Vårdprogrammet vänder sig till alla professioner och vårdformer och ska användas som ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda enskilda patienters vårdbehov. Under 2018 implementerades vårdprogrammet för palliativ vård i verksamheten. Arbetet stannade upp då flera personer i arbetsgruppen slutade sina tjänster och en ny sjuksköterska utsågs som ansvarig för införandet av vårdprogrammet. På en enhet användes vårdprogrammet hos samtliga personer som vårdades i livets slutskede.

## Bedömningsinstrument

Flertalet bedömningsinstrument används för att möjliggöra ökad patientsäkerhet. Nedan redovisas antal utförda bedömningar. En tydlig minskning av smärtskattning och riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munhälsa sågs redan under 2018. Antal genomförda riskbedömningar 2019 var ungefär samma som under 2018. Nytt arbetssätt gällande riskbedömningar har framarbetats och resultat av arbetssättet förväntas bli tydligt under 2020.

Tabell över antal gjorda bedömningar:

Bedömningsinstrument	Bedömer	2019	2018	2017
Abbey Pain Scale	Smärtskattning	27	7	51
ADL Taxonomin	Aktivitet i det dagliga livet	133	244	185
Bergs Balansskala	Balansförmåga	29	85	84
Downton Fall Risk Index	Fallrisk	128	130	246
FES-I	Självskattning av oro att falla	1	73	72
Mini Nutritional Assessment (SF MNA)	Risk för undernäring	129	138	226
Modifierad Nortonskala	Risk för trycksår	156	168	304
ROAG - Riskbedömning munhälsa	Munhälsa	75	58	95
SAFFE	Självskattning fall	1	75	71
<b>Summa</b>		<b>689</b>	<b>978</b>	<b>1334</b>

## Fallprevention

Orsak till att en person faller upprepade tillfällen beror många gånger på en rad olika anledningar t. ex. medicinsk bakgrund, sociala faktorer och den enskildes hemmiljö. Det förebyggande arbetet ska därför inriktas på systematik och samarbete mellan yrkesfunktioner och lagrum. Fallrapport fyller en viktig funktion i analys och ställningstagande till förebyggande åtgärder efter att ett fall har inträffat. Syftet med det preventiva arbetet är att systematiskt arbeta förebyggande med fallhändelser och fallskador. Målsättning är att med systematisk hantering och analys av fallrapporter kunna minska antalet fallhändelser samt förebygga vårdskador till följd av fallhändelser.

Sammanställningen av rapporterade fallhändelser:

Antal fallrapporter/händelser	1324
Antal unika personer	352
Antal riskbedömningar	94

Enligt rutin ska sjuksköterska kontaktas i samtliga fallhändelser. Sammanställningen visar att detta gjorts i 92 % av fallhändelserna.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Samverkan regleras i diverse samverkansdokument

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Samverkan vid utskrivning från slutenvården. Rutiner vid utskrivning från slutenvården mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om rehabilitering i Skåne.
- Lokalt avtal beträffande samverkan kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom.



- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.
- Policy och allmänna riktlinjer för hjälpmedelsverksamheten i Skånes kommuner och Region Skåne.

# Uppföljning genom egenkontroll

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

## Nationella Kvalitetsregister 2019

### Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat den avlidne besvarar ett 30-tal frågor. Syftet med kvalitetsregistret är att förbättra vården i livets slutskede genom att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede.

I Kävlinge Kommun har 199 personer avlidit under 2019, av dessa var 44 väntade dödsfall. Totalt sett under året registrerades drygt 27 % av de i Kävlinge kommun folkbokförda avlidna i registret.

Under 2019 utfördes validerad smärtskattning hos 31,4 % av alla väntade dödsfall i Kävlinge kommun. Motsvarande siffra för 2018 var 25 %. Man kan alltså konstatera en liten förbättring på denna kvalitetsindikator. De som avlider ska ha fått sin smärta bedömd på ett validerat sätt under sin sista levnadsvecka. Kvalitetsindikatorn *utförd validerad smärtskattning* var för Skåne län 55 % och för hela Sverige 52 % år 2019.

Andelen som har fått sin munhälsa bedömd under sista levnadsveckan kan bli ännu bättre, det målvärde som Palliativregistret har satt upp är 100 %. Denna indikator var för Kävlinge 32,5%, Skåne 58,8 % och för hela Sverige 60,3 % under 2019.

*Eftersamtal erbjudit* är en annan kvalitetsindikator i registret. Andelen närstående som erbjudits eftersamtal i Kävlinge kommun under 2019 var 60,4 %. Motsvarande siffra för 2018 var 49,1 %. Registrets målvärde är 100 % så även här finns förbättringsutrymme. Denna indikator var för hela Skåne 58,7 % och för hela Sverige 67,2 % under 2019.

### Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som i första hand vänder sig till äldre personer. Det övergripande målet med Senior Alert är vårdprevention, alltså att förebygga skador och främja hälsan hos äldre personer. Riskbedömningar, planerade och vidtagna åtgärder som rör fall, undernäring, trycksår och munhälsa registreras. Under 2019 utfördes 58 riskbedömningar i Kävlinge kommun, att jämföra med 2018 då 84 riskbedömningar utfördes. Även om det är förväntat att antalet individer som skrivs in i Senior Alert minskar när majoriteten av personerna i målgruppen är registrerade så har användandet och registreringarna i Senior Alert till viss del stannat på grund av personalomsättningar och omorganisation. Bland annat har "organisationsträdet" i registret uppdaterats så att det nu harmoniserar med vår egen nya organisation

2019 års strategier att specialistundersköterskorna gjordes ansvariga för registrering och uppföljning

föll inte ut som förväntat. 2020 är kommer ansvaret för registreringar att spridas ut på fler personer och sjuksköterskorna ska vara drivande i registreringsarbetet och uppföljningarna.

Munhälsobedömningar är en viktig riskbedömning då ohälsa i munnen kan påverka även de övriga riskdiagnoserna (fall, trycksår och undernäring). Under 2019 utfördes i kommunen munhälsobedömningar i 99 % i alla riskbedömningar vilket jämfört med 2017 är en förbättring då samma siffra var 75 %. Rapporter över antalet utförda riskbedömningar och övrig statistik som har gjorts på respektive enhet skickas ut till samtliga berörda två gånger per år.

## **BPSD**

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

I sektorn har arbetet med att utbilda personal till administratörer samt att jobba systematiskt med BPSD skattningar kommit olika långt. Målet har varit att ha utbildade administratörer på samtliga avdelningar men på grund av personalbyte på många avdelningar så målet inte uppnåtts överallt. På vissa enheter finns utbildade administratörer på samtliga avdelningar men behov av fler är av största vikt. Under 2020 kommer fler administratörer utbildas för att man kontinuerligt ska kunna göra fler registreringar utifrån förändringar hos patientern. Målsättningen är att ta ett omtag kring BPSD under våren för samtliga enheter i kommunen.

Under 2019 så har 101 personer registrerats varav 86 registreringar har utförts. Önskvärt är att antalet registreringar ska överstiga antal personer som registrerats, då man minst bör göra en registrering per år per person. Detta innebär att man arbetar kontinuerligt med uppföljningar. Och det är här som vi ser att vi har arbete kvar att utveckla och arbeta vidare med under 2020.

En positiv aspekt som är tydlig när 2019 sammanfattas är att patienterna upplevs få en smärtfriare vardag. 2019 skattades 74 % vara smärtfria av våra patienter med demens. Personer med demenssjukdom är oftast äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta. Samtidigt kan det för personen vara svårt att uttrycka smärta på grund av nedsatt kommunikationsförmåga till följd av demenssjukdomen. Därav är det av största vikt att vi använder BPSD för att utläsa detta. Målet är att vi ska kunna sätta in smärtlindrande åtgärder tidigt.

Vid senaste BPSD mötet så lades förslag fram om en sk BPSD tavla för att tydliggöra hur man ska arbeta och bemöta var och en av våra patienter samt göra det lätt tillgängligt och synligt för all personal, ordinarie som vikarie. Tavlorna har vi kommit olika långt med men är under utveckling. BPSD skattningar görs av administratör i samråd med ssk och kontaktperson, skattningarna i sin tur används för att diskutera metodik och tillvägagångssätt i bemötande. Informationen är tänkt att sättas upp på tavlan vid förändring för att all personal snabbare ska kunna se hur man på bästa sätt kan hjälpa och bemöta patientern i sitt mående. Det ska vara lättbegripligt, tillgängligt och ett hjälpmedel i vardagen. Samt ska det underlätta för vikarierande personal att arbeta likvärdigt till ordinarie personal för att tillgodose patienterns behov och ge en god och jämn kvalitet.

# Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

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

## Övergripande mål och strategier för kommande år

- Det långsiktiga och strategiska utvecklingsarbetet i lokala samverkansgruppen fortsätter med fortsatt fokus på hälso- och sjukvårdsavtalet. Arbetet syftar till att förbättra kvalitet och möjliggöra en mer sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka. Ett mål för samverkansgruppen är att öka antal inskrivningar i mobilt vårdteam. Visionsvärdet för 2022 är att 400 patienter är inskrivna i teamet.
- Läkemedelshantering är ett ständigt förbättringsområde. En strategi är att genomföra läkemedelsgenomgångar och läkemedelsgranskningar. Målet för 2020 är att genomföra minst fem granskningar inom ordinärt boende.
- Palliativ vård skall ge högsta prioritet. Den palliativa vården omfattar alla patienter oavsett diagnos. Under 2020 ska sektorn fortsätta arbeta utifrån det nationella vårdprogrammet för palliativ vård.
- Ett strategiskt mål för 2020 är att legitimerad personal i sektor Omsorg ska arbeta utifrån systematiska arbetssätt som till exempel omvårdnadsprocessen och riskbedömningar.
- Följsamheten till rutiner för basal vårdhygien och arbetskläder visade under 2019 ett fortsatt dåligt resultat. Under 2020 ska workshops och utbildningsinsatser genomföras för att förbättra resultat och säkra följsamheten. Visions värdet för 2022 är att 90 % av personalen följer basala hygienrutiner vid nationell mätning.