

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare - äldreförvaltningen

År 2016

Upprättad av medicinskt ansvarig sjuksköterska

2017-03-01

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Uppföljning av övergripande mål och strategier för 2016	4
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
3. Struktur för uppföljning/utvärdering	6
4. Resultat av internkontroller 2016	6
4.1 Informationsöverföring HSL-SoL SOSFS 2008:14	7
4.2 Delegeringsförfarandet SOSFS 1997:14	7
4.3 Systematiskt arbetsmiljöarbete SAM Stickskador	7
5. Samverkan	8
6. Avvikelse rapportering inom verksamheten	8
6.1 HSL-avvikelse och läkemedelsavvikelse	9
6.2 Fallolyckor	11
7. Inkomna avvikelser och klagomål	12
8. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits	13
9. Informationssäkerhet	16
10. Framtiden	16
11. Övergripande mål och strategier för 2017	17
12. Internkontrollplan för MAS 2017, beslutad av äldrenämnden	17
Källhänvisningar	18

Sammanfattning

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen, PSL 2010:659, senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Kommunens ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inte uppstår.

Enligt HSL-FS 2016:40 7 kap 1§ så ska patientsäkerhetsberättelsen även innehålla uppgifter om informationssäkerhet. Förbättringar, riskanalyser, åtgärder och utvärderingar av informationssäkerheten av större betydelse ska skrivas in i patientsäkerhetsberättelsen. Även den granskning som gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

1. Uppföljning av övergripande mål och strategier för 2016

Utveckling av teamarbetet kring patienten i det geografiska områdena har jobbat med hela året. Sjuksköterskan har sitt ansvarsområde där hon/han är PAS (patientansvarig sjuksköterska) men ansvarar också för att ha ett övergripande ansvar för ett mindre geografiskt område vid ökad arbetsbelastning i gruppen. Det finns fyra geografiska områden där centrala Ronneby är två områden, Kallinge/Johannishus/Listerby ett område och Bräkne-Hoby/Backaryd/Hallabro/Eringsboda är ett. Det ingår 5-6 sjuksköterskor i varje grupp.

Arbetet med att öka sjuksköterskornas patientnära tid fortgår hela tiden. Ett gemensamt problem för all hälso- och sjukvårdspersonal är att den patientnära tiden tärs på pga transport, möten, samverkan, förberedelse och planering inför patientbesök m.m. Dokumentation tar mycket av tiden men är enligt lag tvungen att göras för patientsäkerheten.

Utveckling av samarbetet med Primärvården för att undvika onödiga sjukhusinläggningar fortskrider. Under 2016 infördes läkarbilen vilket innebär att varje vardag mellan 15-17 så fanns läkarbilen tillgänglig för de patienter som var i behov av läkarbesök men inte kunde ta sig till vårdcentralen och ordinarie PAL (patientansvarig läkare) ej hade möjlighet att göra hembesök. Detta var ett projekt från landstinget och resultatet har visat sig effektivt och bra och tiden för läkarbilen ökades från 161201 till varje vardag 8-17 men inbegriper också Karlskrona. Projektet är ett gott exempel på samverkan mellan vårdgivare och förväntas leda till ökad trygghet och ökad patientsäkerhet för gruppen äldre patienter.

Det fortsatta arbetet med att implementera SOSFS 2011:9 i hela verksamheten med fokus på skyldigheten att rapportera avvikelser pågår kontinuerligt. Dels på kvalitetsdagarna 2 gånger/år och dels vid andra möten med personal i verksamheten.

Förtydligande av MAS funktion och ansvarsområde enligt 24§ HSL och 7 kap 3 § PSF har gjorts genom att MAS varit på en 2-dagars Medicinrättslig grundkurs för Medicinskt ansvarig sjuksköterska på Institutet för Medicinsk Rätt i september 2016.

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivare

Vårdgivare i Ronneby kommun är Äldrenämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Patienter ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Verksamhetschef

Verksamhetschef hälso- och sjukvård och rehabilitering svarar för verksamheten och har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. I verksamhetschefens ansvar ingår inte de uppgifter som medicinskt ansvarig sjuksköterska har.

I ansvaret ingår att se till att resursanvändningen och bemanningen är optimal för att uppnå en god och säker vård. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en patientsäkerhetsrisk till IVO.

Verksamhetschefen ansvarar också för att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens så att de, på ett patientsäkert sätt, kan utföra sina arbetsuppgifter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS säkerställer att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boendeformer, dagverksamheter samt i hemsjukvård. I uppgifterna ingår att utarbeta säkra rutiner för verksamheten. MAS har på delegation av vårdgivaren ansvar för att fullgöra anmälningar enligt Lex Maria till IVO. Det gäller om en patient i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt. MAS ansvarar också för att patienterna får en ändamålsenlig rehabilitering med god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal är legitimerade yrkesgrupper såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter som har sin anställning i kommunen. Till dessa grupper finns också läkare knuten via särskilt avtal. Dessa grupper har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och starkt bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls samt att rapportera risker och negativa händelser till MAS och verksamhetschef.

Enhetschef

Enhetschefens ansvar är att säkerställa att gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner är kända och efterföljs av all hälso- och sjukvårdspersonal. Enhetschefen ansvarar också för att analysera och vidta åtgärder för att minska eller förhindra vårdskador. Det ska ske tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal. Enhetschefen ska liksom övriga ansvariga i verksamheten arbeta för en hög patientsäkerhet.

Sjuksköterska

I de särskilda boendeformerna och i hemsjukvården finns sjuksköterskor anställda, en del är grundutbildade medan andra har specialistutbildningar framförallt inom distrikt, vård av äldre och psykiatri. Sjuksköterskan arbetar utifrån ett områdesansvar och i nära dialog med patientens läkare och övriga team.

Läkaransvaret ligger oftast på vårdcentral och i vissa fall specialistsjukvård.

I sjuksköterskans uppdrag ligger bl.a. att säkerställa att patienten får de läkemedel som är ordinerade. Delar av detta arbete sköts via delegering/instruktion till baspersonal. Uppdrag som lämnas till baspersonal att utföra skickas via HSL-uppdrag i verksamhetssystemet.

Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut

Paramedicinskpersonal ingår i de team som arbetar nära patient. Man har det yttersta ansvaret för hjälpmedel, specifik rehabilitering samt riktad träning.

Specifik rehabilitering innebär riktad träning som är tidsbegränsad och målinriktad och utförs av arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Baspersonal utför rehabilitering på delegation/instruktion av rehabiliteringspersonal i vissa fall. Uppdrag skickas till baspersonal via HSL-uppdrag i verksamhetssystemet.

Paramedicinsk personal genomför regelbundet förflyttningsutbildningar för baspersonal.

Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel kontrolleras och följs upp enligt de lokala riktlinjer som upprättats.

Baspersonal

Baspersonalen är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på uppdrag/ordination/delegering av legitimerad personal. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska också medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst.

Vårdhygien och Smittskydd

Inom områdena vårdhygien och smittskydd har verksamheten tillgång till stöd av specialistutbildad personer inom Landstinget Blekinge.

3.Struktur för uppföljning/utvärdering

Internkontrollerna beslutas i äldrenämnden i oktober varje år och redovisas 1 gg/år.

Egenkontroller gör MAS på indikationer från verksamheten eller enligt nationella direktiv och råd.

Resultatet av egenkontroller och internkontroller redovisas för förvaltningschef och verksamhetschefer (ledningsgrupp) på förvaltningens stödgrupps möten. Åtgärder och uppföljningar planeras i samråd med ledningsgrupp och stödgrupp.

4. Resultat av internkontroller 2016

Äldrenämnden antog redovisning av internkontrollerna 2016 till protokollet vid äldrenämndsmötet 161214.

4.1 Informationsöverföring HSL – SoL SOSFS 2008:14

Kontrollmoment var hur rapporteringen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal sker. Ny rutin för informationsöverföring infördes i början av 2016 och det kom även till en lathund hur dokumentation/rapport mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal skulle ske i verksamhetssystemet Procapita.

På vårens internkontroll var inte rutinen och lathunden känd fullt ut men på höstens internkontroll visade det sig att de enheter som kontroll gjordes på hade fått till sig både rutin och lathund. I lathunden står vid vilka två händelser som omvårdnadspersonal ska skriva i hälso- och sjukvårdsjournalen:

1. På uppdrag av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal efter personlig kontakt
2. När det står i ordinationen eller instruktionen att uppföljningen skall dokumenteras i journalen

I stor utsträckning är telefonsamtal första alternativet för kontakt mellan HSL och SoL personal och vid akut behov av kontakt med HSL personal är det alltid kontakt via telefon.

4.2 Delegeringsförfarandet SOSFS 1997:14

Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har man strukturerat delegeringsundervisningen så att ett par sjuksköterskor håller i all grundutbildning och genomför kunskapstest. Därefter tar den patientansvariga sjuksköterskan över och genomför den praktiska undervisningen samt utfärdar delegeringsbeslut. Detta har visat sig vara ett framgångsrikt arbetssätt. Utvärdering av arbetssättet görs regelbundet för att få bästa resultat. Under 2016 har bara SKL:s ”Jobba säkert med läkemedel” använts inte KIVO. SKL har även ett avsnitt om insulingivning med teori och kunskapstest som verksamheten använder.

Vid kontroll på olika enheter så var alla nöjda med utbildningen och alla har aktuella delegeringar men tyvärr är uppföljning av delegeringsbeslut en brist fortfarande. Denna brist arbetas med lokalt i verksamheten och har redan under året förbättrats.

All personal som MAS träffat under internkontrollerna har varit nöjda och kände sig trygga med att de får den handledning och information/instruktion de behöver av hälso- och sjukvårdspersonalen för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsinsatser.

4.3 Systematiskt arbetsmiljöarbete SAM stickskador

Denna kontroll utgjordes av att MAS och kvalitetsutvecklare ställde frågor till varje enhetschef. Frågorna var:

Vet du var rutinen vid stickskada finns?

Har ni haft någon incident under 2016?

Följs rutinen?

Två av 14 enhetschefer visste inte var rutinen fanns. Fem stickskador hade förekommit fram till 160830 och från 160901 när Företagshälsovården tog över så har fyra stickskador rapporterats.

5. Samverkan

I det kommunala uppdraget avseende kommunal hälso- och sjukvård levereras vård upp till nivå av legitimerade utförare, dvs sjuksköterska/distriktssjuksköterska samt arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. I uppdraget att bedriva kommunal hälso- och sjukvård förutsätts ett samarbete med andra vårdgivare för att vården runt den enskilde ska fungera optimalt. Närmsta samarbetspartners utgörs av primärvården men också Blekinge sjukhuset. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det högst väsentligt att samarbetsformerna definieras varför samarbetsavtal tecknats. Lagen om samverkan som beräknas träda i kraft 1 januari 2018 visar på vikten av samverkan över huvudmanna gränserna samt tidig planering av patientens hemgång från slutna vård för att säkerställa en god och säker vård.

Under hösten 2016 togs ett beslut av MAS och primärvårdens verksamhetschef att starta upp terminsträffar för att säkerställa en dialog och samarbete kring gemensamma patienter och hur samarbetet ska säkerställa god och säker vård. I träffarna deltar förutom MAS och verksamhetschef representanter från båda verksamheterna.

Kommunen och primärvården ingår även i Triaden som är ett lokalt samverkansorgan i respektive kommun där representanter från slutna vården också finns med. Triaderna för respektive kommun arbetar med uppdrag från verksamhetsgruppen äldre/somatik.

Inför och under sommaren och inför julhelgerna förekommer korta veckomöten där representanter för Blekingesjukhusets ledning/administration, varje klinik, primärvården, psykiatri, kommunerna och de fackliga förbunden. Där får varje verksamhet framföra hur det ser ut i sin verksamhet vilket är mycket bra för att få kännedom om varandras verksamheter och hur det ser ut.

Samverkan sker också med olika instanser som Senior Alert, BPSD, Vårdhygien, hjälpmedelscenter och läkemedelskommittén. Senior Alert och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) ingår i nationella kvalitetsregister och har olika seminarium, inspirationsträffar och utbildningar under året.

6. Avvikelse rapportering inom verksamheten

Systemet att rapportera avvikelser i Procapita som infördes under våren 2014 fungerar bättre och bättre. Verksamheten har även blivit bättre på att genomföra riskbedömningar och åtgärder på enhetsnivå. De enskilda rapporterna är också genomgående bättre ifyllda så att det går att följa ett händelseförlopp. Den som skriver avvikelserna skriver också en text som tillägg till avvikelserna där händelsen beskrivs.

I början av 2016 tillkom tre andra typer av avvikelser i verksamhetssystemet Procapita – HSL-hjälpmedel, HSL-insats och HSL- fel från annan huvudman. Riskbedömning sker på samma sätt som för fallolyckor och läkemedel. Dessa går alltid till MAS för kännedom och när det är fel från annan huvudman vidarebefordrar MAS till den huvudman det gäller.

6.1 HSL-avvikelser och läkemedelsavvikelser

Utöver nedan rapporterade avvikelser från verksamhetssystemet så har det även inkommit avvikelser på fysisk blankett:

Avvikelse läkemedel	1 st.
Avvikelse insats	3 st.
Avvikelse hjälpmedel	3 st.
Avvikelse annan huvudman	23 st.

I tabell 1 kan ses att antal avvikelser för läkemedel har ökat rejält i olika områden för ordinärt boende som Ronneby syd och väst och nattpatrull. Beror det på bättre rapportering eller har avvikelserna ökat så mycket? Glädjande är att se att Johannishus/Listerby har minskat sina avvikelser. I vård och omsorgsboende är det Olsgården och Ålycke där avvikelserna ökat rejält. MAS kommer att under 2017 följa utvecklingen i de områdena som ökat och göra egenkontroller där.

Tabell 1. Registrerade avvikelser i verksamhetssystemet per område ordinärt boende 2016 jämfört med (resultat 2015) endast läkemedel fanns innan 2016

Område	Läkemedel	HSL – fel från annan huvudman	HSL- insats	HSL- hjälpmedel
Ronneby syd	27 (17)	5 (0)	4 (0)	0 (0)
Ronneby norr	6 (5)	2 (0)	1 (0)	0 (0)
Ronneby väst	26 (8)	5 (0)	5 (0)	0 (0)
Bräkne-Hoby	6 (9)	3 (0)	1 (0)	5 (0)
Eringsboda	2 (1)	0 (0)	4 (0)	0 (0)
Hallabro/ Backaryd	9 (10)	5 (0)	1 (0)	0 (0)
Johannishus/ Listerby	5 (14)	1 (0)	2 (0)	0 (0)
Kallinge	17 (18)	4 (0)	7 (0)	2 (0)
Nattpatrull	13 (4)	4 (0)	6 (0)	0 (0)

Tabell 2. Registrerade avvikelser i verksamhetssystemet per Vård- och omsorgsboende 2016 jämfört med (resultat 2015) endast läkemedel fanns innan 2016

Boende	Läkemedel	HSL – fel från annan huvudman	HSL- insats	HSL- hjälpmedel
Backen	0 (1)	0 (0)	4 (0)	0 (0)
Lindebo	27 (31)	2 (0)	3 (0)	4 (0)
Olsgården	59 (88)	0 (0)	2 (0)	2 (0)
Vidablicksvägen 1-3	16 (12)	1 (0)	0 (0)	2 (0)
Vidablicksv.8 pl.1-3	3 (4)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Vidablicksv.8 pl.4-7	15 (12)	2 (0)	9 (0)	4 (0)
Ågårdbo	6 (11)	0 (0)	1 (0)	1 (0)
Ålycke	58 (36)	2 (0)	4 (0)	0 (0)
Parkdala Korttids	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Läkemedelsavvikelsena har ökat mot föregående år 2015, från 283 stycken till 301 stycken 2016. Vissa enheter har fler avvikelser än andra och tyvärr verkar ”glömska” och ”slarv” vara övervägande orsaker. Även förväxling har skett ett par gånger varav en händelse ledde till Lex Maria anmälan med efterföljande utredning av IVO.

I verksamheten jobbas hela tiden med förbättring av läkemedelshanteringen. Utbildningen för omvårdnadspersonalen har blivit mer omfattande eftersom SKL:s ”Jobba säker med läkemedel” används. Det har bildats en grupp med sjuksköterskor som jobbar med att se över och förbättra säkerheten kring läkemedelshanteringen. Denna grupp träffar enhetschef och MAS en gång i månaden där rutiner och egenkontroller diskuteras.

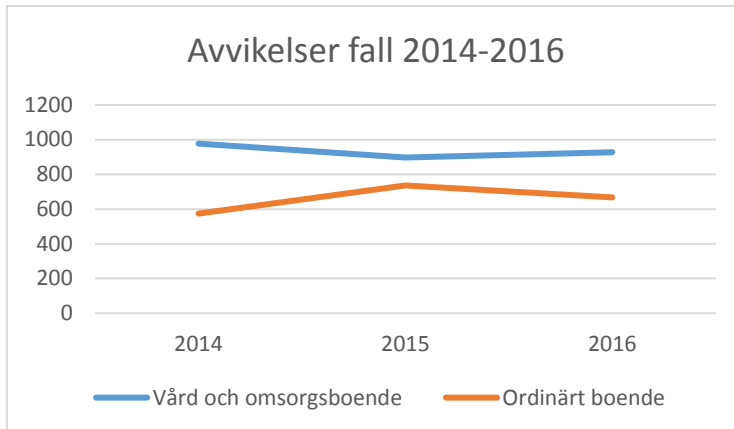
Övervägande avvikelser till annan huvudman är om patienters osäkra utskrivningar från sjukhuset, brist i kommunikationen. Övervägande är att det saknas epikris, aktuell medicinlista, överrapportering vid utskrivningen. 25 stycken är avvikelse till Blekingesjukhuset. 3 stycken avvikelser till annan huvudman är till dosapoteket, 2 till Jetpak, 9 stycken är till Primärvården, 4 till Tunstall, 1 till Blekingetrafiken och 2 är till Psykiatrin. Övriga är felställda och är riktade till vår egen verksamhet.

Till de avvikelserna tillkommer 8 st. enbart fel i Prator. Där är avvikelsen oftast att patienten redan är hemma när utskrivningsmeddelande kommer i Prator.

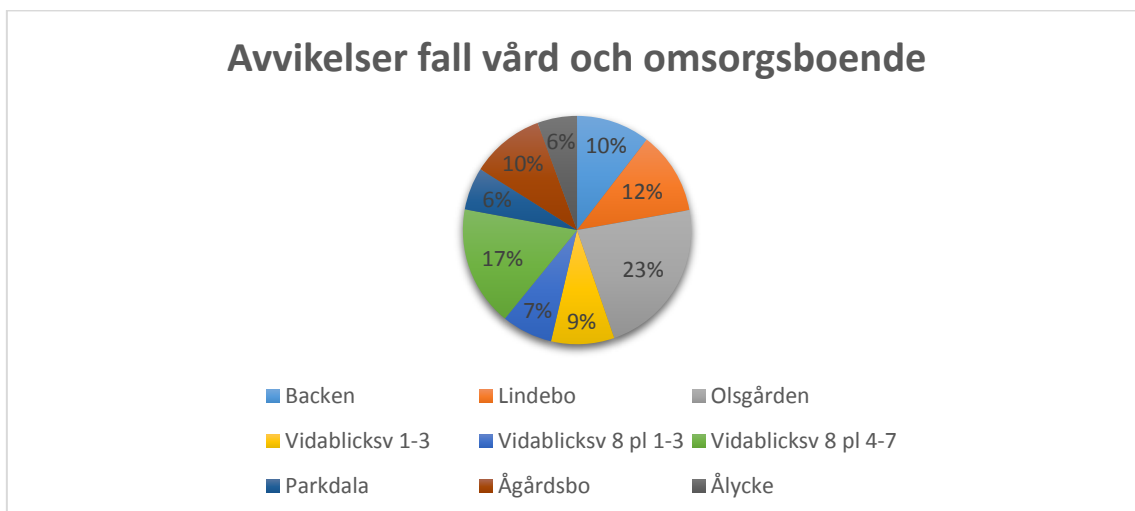
6.2 Fallolyckor

Antalet fallolyckor har på vård och omsorgsboende minskat något till 2015 men har ökat igen med 31 fall under 2016. I ordinärt boende har det ökat till 2015 men därefter gått ner något igen under 2016, se tabell 3. Övervägande del av fallen har ej lett till någon allvarlig skada. Men tyvärr har en del lett till frakturer, mjukdelsskada, sår och sjukhusvistelse.

Tabell 3. Avvikelser fall 2014-2016



Tabell 4. Sammanställning fallolyckor vård och omsorgsboende 2016

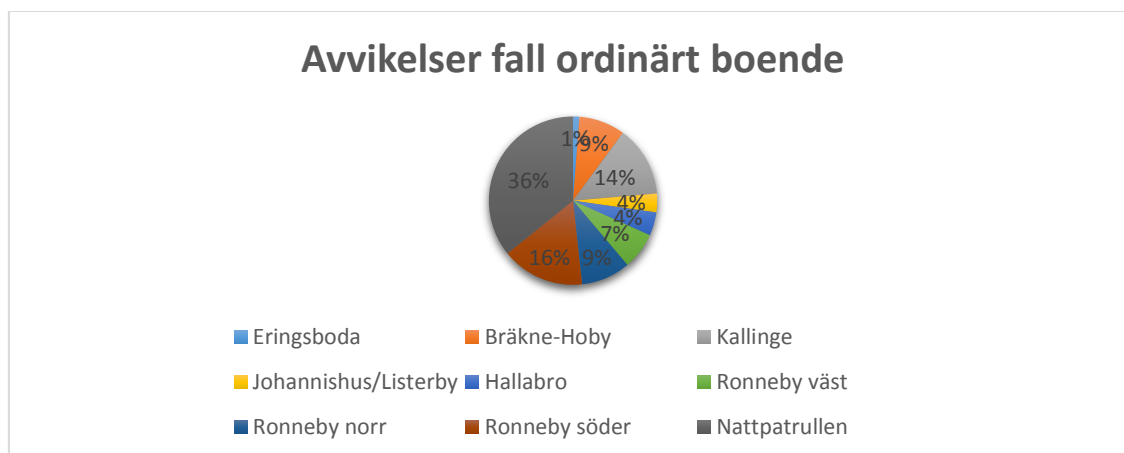


Antal fallolyckor i vård och omsorgsboende är totalt 928 stycken 2016.

En närmare analys av de höga antalet fallolyckor som ses för några av boendena visade att siffrorna kunde härledas till att det finns ett mindre antal patienter som faller väldigt ofta. Trots att olika åtgärder som tex läkemedelsgenomgång, översyn av inomhusmiljö och nutritionsstatus vidtagits så fortsätter dessa patienter att falla. Ibland kan det handla om en specifik diagnos som tex leder till yrsel och balansproblem och ibland kan det handla om

bristande insikt eller glömska hos patienten som i sin tur leder till att tex gånghjälpmedel inte används eller används fel.

Tabell 5. Sammanställning fallolyckor ordinärt boende 2016



Antal fallolyckor i ordinärt boende är 667 stycken 2016.

I ordinärt boende är andelen fall högst nattetid (36%). Det finns olika orsaker till fallen som sker nattetid – kan bero på oro, hunger, sömnsvårigheter, yrsel m.m. Även här kan en bristande insikt bidra liksom balansproblem.

7. Inkomna avvikelser och klagomål

Nedan görs en sammanställning av avvikelser och klagomål som inkommit till verksamheten.

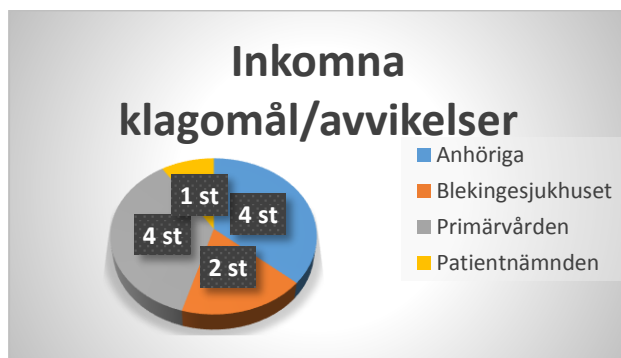
De klagomål som kommit in från anhöriga är två stycken avsaknad av information från den kommunala hälso- och sjukvården, en är brist i bemötande från omvårdnadspersonal och enhetschef och den sista är ett klagomål där anhöriga inte tycker att en händelse inte är tillräckligt utredd. Alla klagomål har besvarats och hanterats enligt rutin och har överlag mottagits väl av den som lämnat klagomål.

De två som inkommit från Blekingesjukhuset är dels miss i kommunikation och en är utredning som görs och kommunen behöver bidra med vad som gjorts från vår sida.

Primärvårdens avvikelser är mestadels kommunikationsbrist och okunskap om varandras verksamhet.

Patientnämndens avvikelse gäller en specifik händelse som var i behov av utredning där bristande kommunikation var anledningen till fördröjd avresa till akuten.

Tabell 6. Inkomna klagomål/avvikelser 2016



8. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits

Under hösten 2016 har MAS tillsammans med Vårdhygiens hygiensjuksköterskor gjort hygienronder på alla vård och omsorgboende i kommunen. I dessa deltar enhetens hygienombud, enhetschef och PAS. Vårdhygien har ett standardprotokoll som går igenom och därefter görs en ”rond” där man tillsammans tittar på hygienutrymmen såsom toaletter, kök, tvättstuga och sköljrum. Det har varit ett stort engagemang från alla som deltagit och många brister har upptäckts men det har också framkommit bra och effektiva lösningar. Protokollet lämnas ut till enheterna för vidare hantering och MAS rapporterar till ledningsgruppen. Vidare kommer MAS och Vårdhygien att genomföra föreläsningar under våren för övrig personal i verksamheten som inte är på vård och omsorgsboende. Viktigaste syftet är att påminna och aktualisera författningen ”Basal hygien i vård och omsorg” SOSFS 2015:10 så att författningen efterlevs fullt ut.

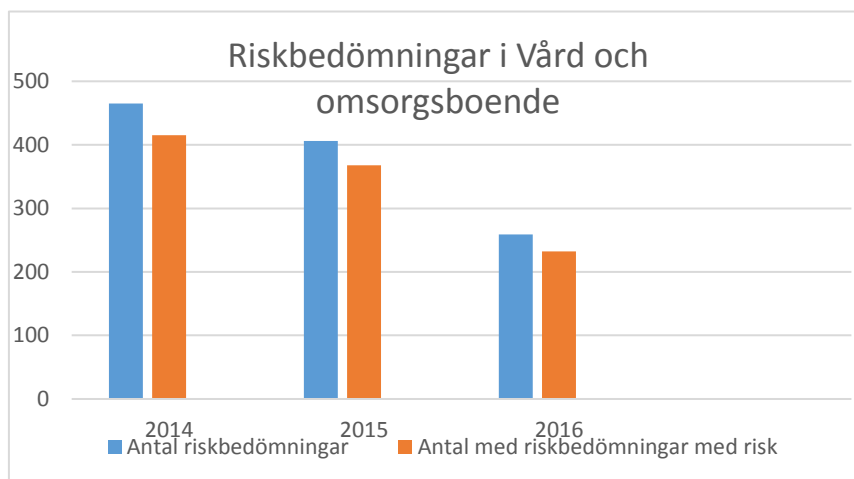
MAS har också infört en egenkontroll av basala hygienrutiner med ett självskattningsdokument som innehåller 9 enkla ja och nej frågor om det senaste vårdtagarna arbetet som gjordes.

Sjuksköterskorna har deltagit i HALT, punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning i särskilt boende, vecka 46 och 47 under hösten. 129 kommuner i Sverige deltog och 18 613 personer. Folkhälsomyndigheten kommer att presentera sin rapport av mätningen under våren 2017. Resultatet finns redan att hämta i Senior Alert och i Ronneby deltog 216 vårdtagare från vård och omsorgsboende. Totalt fanns 6 antibiotikabehandlingar aktuella veckor.

I vård och omsorgsboende förekom också en punktprevalensmätning av trycksår och fall under vecka 11 med Senior Alert. I Ronneby registrerades 183 st mätningar under aktuell vecka och det var 3 personer med trycksår och 25 fall.

Senior Alert har sedan starten 2010 ökat och spridit sig bra. I Ronneby har vi flera år haft ett högt deltagande i registret med patienter på vård och omsorgsboende. Tyvärr är trenden att vi tappar fart av någon anledning. Senior Alert är ett samverkansverktyg och ger bäst resultat för patienten när hela teamet kring patienten är delaktiga. Teamet är arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, sjuksköterska, undersköterska/kontaktperson och enhetschef.

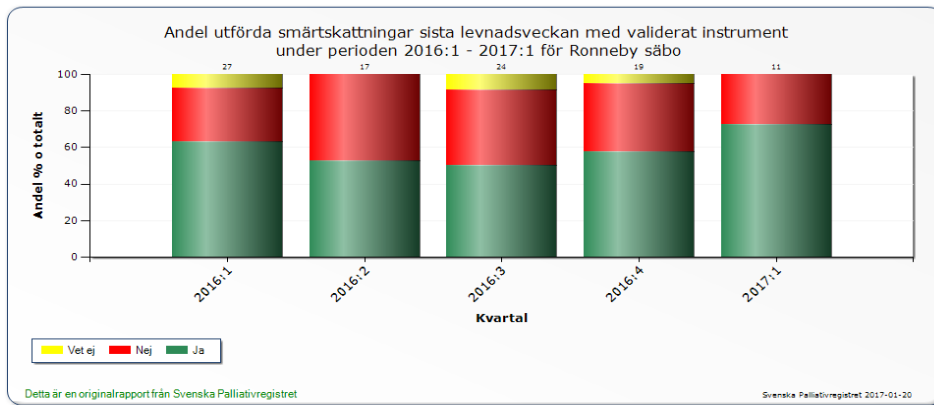
Tabell 7. Riskbedömningar Senior Alert i vård och omsorgsboende



I ordinärt boende har Senior Alert aldrig fått riktigt fäste men ett av målen för 2017 är att få igång ett aktivt registrerande. Motsvarande siffror för 2014 till 2016 är 4-11 registreringar varav alla med risk. Även i ordinärt boende är det av största vikt med teamsamverkan för att nå bästa resultat för patienten.

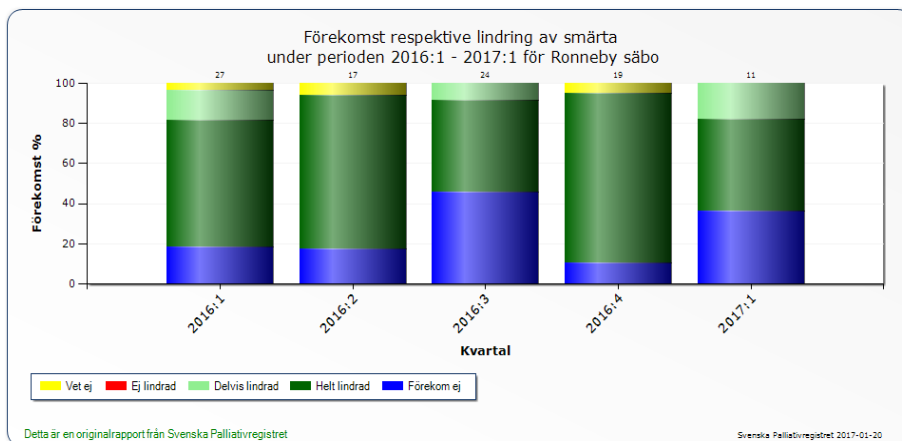
När en patient avlider registrerar sjuksköterskan i Palliativa registret. Palliativa registret är som Senior Alert ett nationellt kvalitetsregister. I det registreras hur sista tiden varit innan dödsfallet. Smärta är en av indikatorerna i registret och har stor inverkan på den döende patienten. Obehandlad smärta ger minskad livskvalitet och ökar risken för medicinska komplikationer. För att i tid fånga och därmed minimera smärtupplevelsen för patienten krävs systematisk smärtskattning. Är det möjligt bör ett validerat skattningssinstrument användas, men i livets slut kan inte alltid patienten svara och då är det viktigt att alltid göra en klinisk bedömning för att undvika obehandlad smärta. Från 2011 till 2015 har smärtskattningen under sista levnadsveckan ökat i riket från 15% till 38%. Socialstyrelsen anser att en större andel patienter borde ges möjlighet att skatta sin smärta. I Kalmar skattades 57% (högst andel i riket), riket 38% och Blekinge 32% (1). Nedan i tabell 7 visas Ronnebys statistik för 2016 och Ronneby ligger mellan 50-70% med andelen utförda smärtskattningar sista levnadsveckan med validerat instrument.

Tabell 8. Andel utförda smärtskattningar sista levnadsveckan



I tabell 8 redovisas förekomst respektive lindring av smärta och där kan ses att det ej fanns någon patient där inte smärtan lindrades. Ett mål för 2017 måste vara att öka smärtskattning i livets slut med validerat instrument.

Tabell 9. Förekomst respektive lindring av smärta



Under hela året 2016 har det aktivt arbetats med att förbättra delegeringsförfarandet. En grupp med sjuksköterskor har tillsammans med enhetschef och MAS haft träffar 1 gg/månad för att förbättra och utveckla både kunskapstest och själva delegeringsutbildningen.

Rehabiliteringspersonalen i kommunens hälso- och sjukvård, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukkymnaster, har återkommande förflytningsutbildningar för omvårdnadspersonalen. Under 2016 har de haft 12 halvdagar och 4 heldagar för ordinarie omvårdnadspersonal i vår verksamhet och utöver det så arrangeras två halvdagar för alla

semestervikarie i juni. 54 semestervikarie på särskilt boende och 68 semestervikarie i hemtjänsten deltog sommaren 2016.

Under tre veckor i april/maj 2016 rapporterade varje kommun alla hemkomster från sjukhuset till chefsjuksköterskan på sjukhuset, både de som fungerat bra och de som fungerat mindre bra. Det rapporterades i detalj vad som saknades eller blev fel. Detta har hon sedan sammanställt och presenterat för ledningen för sjukhuset och även i Triaderna. Målet är patientsäkra utskrivningar från sjukhuset.

Medicinkliniken i Blekinge har under hösten 2016 startat upp internmedicinsk utbildning för sina sjuksköterskor och där har 2 sjuksköterskor från varje kommun också fått varsin plats. Utbildningen är en halvdag i månaden och varje tillfälle har en speciell inriktning. Under hösten har inriktningen varit Neurologi, Stroke, Lungmedicin och Diabetes.

9. Informationssäkerhet

Patientsäkerheten ska säkerställas med att de uppgifter som finns dokumenterade ska vara överskådliga och vårdprocessen bör hållas samman. Genom journalgranskning kan ses att det finns en del brister i journalföringen. Åtgärd som vidtagits är en planerad länsövergripande dokumentationsutbildning av Tieto under våren 2017. Den hälso- och sjukvårdspersonal som kommer att gå utbildningen kommer därefter att ansvara för fortlöpande utbildning av sina kollegor och när nya kollegor börjar i verksamheten.

Inom Äldreförvaltningen skall loggar från Procapita VoO kontrolleras. Systemförvaltaren och Medicinskt ansvarig sjuksköterska är ansvariga för att kontroller sker enligt utarbetade rutiner. Personal informeras vid anställning om att loggkontroller görs.

Avsikten med kontrollen är att regelbundet undersöka om inloggade personer är behöriga till ärendet. Kontrollen skall ske regelbundet enligt rutin samt vid misstanke om olovlig läsning/användning. Systemansvarig tar ut loggen ur Procapita, för över data till en Excelfil och lämnar filen med loggar inklusive följebrev och en signaturlista till verksamhetschef för granskning. Signaturlistan återlämnas med underskrift att logglistan är utan anmärkning, alt. med anmärkning till Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Det senare fallet kompletteras med kommentar om det inträffade samt vidtagna åtgärder. Vid anmärkning skall det även på logglistan markeras vilken logg/användare det gäller. Denna lämnas sedan vidare till Ledningsgruppen för bedömning om åtgärd.

10. Framtiden

De fem kommunerna i Blekinge kommer att satsa på utbildning i dokumentation för hälso- och sjukvårdspersonalen. En representant från Tieto kommer att hålla i heldagsutbildning för

respektive dokumentationsgrupp i varje kommun. Systemförvaltare och MAS kommer också att delta.

Enligt SOU 2016:2 ”Effektiv vård” (3) så måste framtidens hälso- och sjukvårdsresurser förskjutas mot primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. I en internationell jämförelse framstår Sverige som ett land som har jämförelsevis lite resurser i primärvården jämfört med resurserna för sjukhusvård.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är många patienter multisjuka och sköra och de mår ofta bäst om så mycket som möjligt av den nödvändiga sjukvården kan ges i hemmet så att transport till sjukhus, med kanske lång väntan på en akutmottagning, kan undvikas. Ofta är det inte heller så mycket som akutsjukvården kan tillföra denna patientkategori utan det är ofta ökade omvårdnadsinsatser som behövs. Vården i hemmet kan tillgodoses av den kommunala hälso- och sjukvården i mycket stor utsträckning om bara samverkan är optimal med primärvård och slutenvård. Den kommunala hälso- och sjukvården har ej tillgång till aktuella läkemedelslistor och epikriser om inte landstinget ”lämnar över” detta till kommunerna i fysisk form. Likaså behöver ansvarsfrågan beslutas om innan patienten övergår till kommunal hälso- och sjukvård genom vårdplanering alternativt SIP (samordnad individuell plan) för att säkerställa att patienten får rätt vård på rätt nivå och instans.

11. Övergripande mål och strategier för 2017

- Att fortsätta förbättra samarbetet med Primärvården för att säkerställa att patienten får god och säker vård
- Att förbättra och utveckla dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalen Procapita
- Att fortsätta arbetet med att implementera SOSFS 2011:9 i hela verksamheten med fokus på skyldigheten att rapportera avvikelser
- Att utveckla och förbättra arbetet med Senior Alert i ordinärt boende
- Att fortsätta förbättra smärtskattning i livets slut med validerat instrument
- Att följa lagrådsremissen ”Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård” som föreslås träda i kraft 1 januari 2018.

12. Internkontrollplan för MAS 2017, beslutad av Äldrenämnden

- Teamsamverkan kring gjorda riskbedömningar i Senior Alert både i hemtjänst och vård och omsorgsboende
- Delegering och läkemedelshantering i hemtjänsten SOSFS 1997:14

Källhänvisningar

1. Palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen.
2. <https://data.palliativ.se/app/utdata/changeReg.aspx>
3. <https://senioralert.kvalitetsregister.se/senioralert/qrepStart.jsp>
4. Effektiv vård. Statens offentliga utredningar, SOU 2016:2.
5. Lagrådsremiss: Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

