



**LUNDS
KOMMUN**

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Socialnämnden

Innehållsförteckning

1 Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet.....	3
2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
3 Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året.....	3
4 Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	4
5 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten	4
6 Rutiner för händelseanalyser	4
7 Informationssäkerhet	4
8 Samverkan för att förebygga vårdskador	5
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter.....	5
10 Sammanställning och analys.....	5
11 Samverkan med patienter och närstående.....	8
12 Resultat	8

Bilagor

Bilaga 1: Utredningsmall avvikelser

Bilaga 2: Dokumentationsanvisningar HSL 191007

Bilaga 3: rutin avvikelser HSL 190617

1 Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

Socialförvaltningens övergripande mål är att den hälso- och sjukvård som förvaltningen ansvarar för ska vara säker och av god kvalitet och att brukarna ska kunna känna sig trygga och säkra i kontakten med den hälso- och sjukvård som förvaltningen ansvarar för.

Under 2019 har vi haft som mål att:

- Utveckla systematiken i hälso- och sjukvårdsarbetet genom att implementera omvårdnadsprocessen.
- Implementera avvikelssystemet och utveckla effektiva åtgärder.
- Implementera säkert arbetssätt vid egenvård.

2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnden, tillika vårdgivaren, fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet.

Socialdirektören, verksamhetschefen för Socialpsykiatri och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett övergripande ansvar för att kravet på en säker och god vård efterlevs.

Patientsäkerhetsarbetet förutsätter att det finns arbetssätt och rutiner för att främja en god och säker vård. MAS ansvarar för att sådana finns och att de grundar sig på lagar, författningar, nationella riktlinjer, andra evidensbaserade metoder samt beprövad erfarenhet.

All berörd personal är skyldig att känna till och följa de arbetssätt och rutiner som är framtagna av MAS.

Avvikelse rapportering är en lagstadgad grund att utgå ifrån i arbetet med att förbättra patientsäkerheten. All berörd personal har ett ansvar att rapportera avvikelser inom hälso- och sjukvårdsarbetet.

MAS ansvarar för att avvikelser utreds. MAS, sjuksköterskor och enhetschefer kan ansvara för utredningen. All berörd hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka i utredningarna.

Enhetschefer har ett ansvar att återkoppla analys och bedömning av vårdskador till personalen på respektive enhet.

Enhetschefer har ett ansvar att informera brukaren om en vårdskada har inträffat.

3 Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel sker systematiskt. Den görs minst en gång varannan månad av två personal, varav en alltid är sjuksköterska. Vid avvikande värden görs en utredning för att utröna vad som ligger bakom skillnaden. Under 2019 upptäcktes inga avvikelser kring narkotikaklassade läkemedel.

MAS har under 2019 undersökt hur dokumentationen sett ut gällande händelser som anmälts som avvikelser. Resultatet visar att det vid minst en tredjedel av avvikelserna saknas dokumentation kring händelserna. Det ska följas upp under 2020.

4 Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Mål för 2019 var att:

1. Utveckla systematiken i hälso- och sjukvårdsarbetet genom att implementera omvårdnadsprocessen.
2. Implementera avvikelssystemet och utveckla effektiva åtgärder.
3. Implementering av säkert arbetssätt vid egenvård.

1. En förändring av dokumentationen gjordes under senare delen av 2018. Med nyanställda sjuksköterskor har fokus under 2019 legat på att gemensamt gå igenom och ta fram en rutin för dokumentation som innefattar tydlig beskrivning av omvårdnadsprocessen. Den var klar och publicerades i oktober 2019. Läggts som bilaga till patientsäkerhetsberättelsen.

2. Under 2019 infördes en ny avvikelsemodul där första linjens chefer skulle kunna vara mer delaktiga i utredningen av händelser. Samtlig personal har fått utbildning i det.

Arbetet med att införa elektronisk signering av läkemedel slutfördes under december 2019. All delegerad personal och sjuksköterskor har fått utbildning i systemet.

3. Egenvård ingår i implementeringen av återhämtningsinriktat arbetssätt.

5 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

Risker i verksamheten identifieras via avvikelserapportering. Rutiner för avvikelshanteringen läggs som bilaga till patientsäkerhetsberättelsen.

6 Rutiner för händelseanalyser

Händelser som rapporterats som avvikelser utreds enligt en händelseanalysmall som tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Mallen finns i avvikelsemodulen i journalsystemet Lifecare som stöd i utredningen. Läggts som bilaga till patientsäkerhetsberättelsen.

Den som utreder en avvikelse ansvarar för att genomföra händelseanalysen tillsammans med berörda parter.

7 Informationssäkerhet

Grunden för informationssäkerhet för hälso- och sjukvårdsarbetet är den samma som för övriga verksamheter inom Socialförvaltningen. Det bygger på samtycke från brukare om informationsöverföring mellan vårdgivare, samt på säkra inloggnings- och behörigheter till systemen.

Sjuksköterskor inom Socialförvaltningen arbetar i Procapita, Lifecare, Mina planer, PASCAL ordinationsverktyg, Tandvårdsfönstret och MCSS elektronisk signering.

Tillgänglighet i Procapita och Lifecare tilldelas sjuksköterskorna efter behov i enlighet med Socialförvaltningens interna rutiner. Alla sjuksköterskor omfattas av de rutiner och regelverk som finns kring sekretess inom förvaltningen.

Sjuksköterskorna tilldelas behörighet till PASCAL, Mina planer, Tandvårdsfönstret och MCSS elektronisk signering via SITHS-kort med personlig kod för inloggning. SITHS står för säker teknik inom hälso- och sjukvård. SITHS-kort är en personlig e-legitimation som utfärdas via IT-avdelningen i Lunds kommun.

IT-avdelningen inom Lunds kommun tillhandahåller varje år en systemöversikt av journalsystemen Procapita och Lifecare. Loggkontroller av sjuksköterskornas journalföring sker i enlighet med Socialförvaltningens gemensamma rutiner.

8 Samverkan för att förebygga vårdskador

Psykiatriska öppenvårdsmottagningar genomför besök på de särskilda boendena för uppföljning av brukares behandlingar.

Gemensam rutin för egenvård är framtagen tillsammans med LARO-mottagningen på Vuxenpsykiatriska kliniken i Lund.

Det finns en överenskommelse om samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen kring hälso- och sjukvårdsinsatser.

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

All personal som arbetar med hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter är skyldiga att anmäla brister i den hälso- och sjukvård som Socialförvaltningen ansvarar för. Rapporteringen sker via en länk på Inloggad.

När rapporten är skriven uppmärksammas detta genom att berörda chefer, sjuksköterskor och medicinskt ansvarig sjuksköterska får ett mejl om att en rapport kommit in.

Under 2019 inkom 228 avvikelserapporter. Ingen av dem bedömdes som allvarlig.

Klagomål och synpunkter kan också nå verksamheten från andra parter, som skickar avvikelser och synpunkter direkt till medicinskt ansvarig sjuksköterska, eller till förvaltningen. De utreds enligt samma mall som interna avvikelser.

Socialförvaltningen har även en länk- kallad Tyck till - som ger möjlighet för personal och allmänhet att framföra synpunkter via förvaltningens webbsidor.

10 Sammanställning och analys

2019 har sammanlagt 228 avvikelserapporter gällande hälso- och sjukvård kommit in, av dem är det åtta som ej varit avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen (exempelvis sänggrökning). Två av dem har utretts enligt Lex Sarah (ej fungerande larm, brister i egenvård) övriga 220 avvikelser fördelar sig som följande:

Avvikelserna sorteras efter inom vilket område som avvikelsen inträffat; läkemedel, fall, medicinsk omvårdnad, allmän eller samverkan.

- 115 avvikelser berör läkemedel.
- 85 avvikelser är fallrapporter.
- Sju avvikelser berör annat, exempelvis bristande informationsöverföring och underlåtenhet att följa handlingsplan kring omvårdnad.
- 13 avvikelser gäller brister i samverkan.

Avvikelserrapporter som inkommer analyseras i ett första steg huruvida de är avvikelser eller inte. Kriteriet är om avvikelsen kan härledas till att verksamheten eller annan vårdgivare brustit utifrån ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Därefter utreds avvikelserrapporter enligt en särskild mall, som bygger på händelseanalys enligt en modell framtagen av SKR. En gradering av vårdskadenivå görs i enlighet med den matris som ingår som en del i arbetet med avvikelser. Där beaktas om händelsen lett till en vårdskada för brukaren på något sätt, eller inneburit en risk för vårdskada.

Inom varje område kategoriseras avvikelserna, de identifierade bakomliggande orsakerna och insatta åtgärder, och sammanställs för att se mönster i avvikelserapporteringen.

Inom Socialpsykiatrins verksamheter 2019 har inga vårdskador med observerade men för brukarna inträffat. Däremot har det funnits risk för vårdskador, oftast relaterat till missad dos av läkemedel. I många fall har personalen arbetat enligt gällande rutiner vid upptäckta brister, vilket har inneburit att brukare inte har drabbats. Exempelvis när det saknats läkemedel, eller när signeringslistan inte varit korrekt.

En del brukare har dragit på sig smärre skador i samband med fall. Dessa kan inte härledas till brister i verksamheten. Personalen har i samtliga fall tillsett att brukarna får den vård de behöver.

Den vanligaste bakomliggande orsaken till avvikande händelser är att rutiner inte har följts. Den vanligaste åtgärden har varit att prata med involverad personal och att tillsammans reflektera över arbetssätt och följsamhet till rutiner.

Läkemedel

Inom Socialpsykiatri administreras ca 80 000 läkemedelsdoser varje år. Av dem missade personalen att administrera 68 doser, helt eller delvis, till sammanlagt 35 brukare under 2019. Det motsvarar mindre än en promille av alla läkemedelsdoser som Socialförvaltningen ansvarar för att administrera. För den enskilde brukaren kan det vid varje tillfälle ha en skadlig inverkan på hälsan att inte få sin läkemedelsdos och målet är att inga läkemedelsdoser ska missas. Det finns dock ingen rapportering om att de missade läkemedelsdoserna inneburit några men för någon brukare. Sedan januari 2020 använder Socialpsykiatri ett elektroniskt signeringssystem MCSS, som ska vara till hjälp att minska antalet missade doser.

Läkemedelsavvikelserna fördelar sig enligt följande:

- 56 avvikelser rör läkemedelsdoser som helt missades att administreras till brukare.
- Tolv avvikelser rör doser som administrerades delvis.
- Åtta avvikelser rör doser som administrerats vid en annan tidpunkt än de var ordinerade.
- Tre avvikelser rör händelser där brukarna fått högre dos av läkemedlet än vad som ordinerats.
- Vid sju tillfällen har personal glömt att låsa in läkemedel i brukarnas läkemedelsskåp.
- Vid två tillfällen har personal utfört arbetsuppgifter som de inte har delegering för.

- Vid fjorton tillfällen har personal rapporterat om enstaka upphittade tabletter i brukares lägenheter.
- Vid elva tillfällen har läkemedel inte varit iordningställt, eller dosett har varit felmärkt.
- Vid elva tillfällen har det funnits brister i signeringslistor.
- Vid ett tillfälle har det saknats ordination på ett läkemedel.
- Vid ett tillfälle har det saknats personal med läkemedelsdelegering på ett arbetspass.

Bakomliggande orsaker och åtgärder

35 brukare har någon eller flera gånger inte fått sin ordinerade läkemedelsdos. En brukare har inte fått alla sina läkemedelsdoser vid sju olika tillfällen. I det fallet verkar det röra sig om att han har haft flera olika läkemedel på samma tid, och en del tillfälliga ordinationer som verksamheten har missat att administrera. Två brukare har verksamheten missat att ge läkemedelsdos vid fyra tillfällen vardera och tre brukare har personal missat att ge deras läkemedelsdos vid tre tillfällen vardera. Övriga 29 brukare har personal missat att administrera läkemedelsdoser till vid en eller två tillfällen vardera.

Den vanligaste bakomliggande orsaken är att rutiner inte har följts. Den vanligaste åtgärden har varit att prata med involverad personal och att tillsammans reflektera över arbetssätt, och hur de kan göras säkrare.

Det framkommer att det finns en större risk att missa att överlämna delar av en dos, om läkemedel finns i olika förpackningar, exempelvis två dospåsar istället för en. Sedan januari 2020 används ett nytt elektroniskt signeringssystem. I det systemet kommer det att finnas en tydligare påminnelse om att det finns olika former av läkemedel och när de ska ges. Sjuksköterskorna i organisationen bedömer att risken att missa doser när läkemedel finns i olika förpackningar minskar med det nya signeringssystemet. Det kommer att utvärderas under 2020.

Det förekommer också att personal hittar enstaka tabletter lösa i brukarnas lägenheter. För att minimera risken att tappa läkemedel arbetar verksamheten hela tiden med att hitta fungerande arbetssätt. Det kan innebära att undersöka var dospåsar och dosetter öppnas samt vilka förberedelser som görs, exempelvis att ställa fram ett glas vatten.

En del avvikelser har berott på brister hos andra vårdgivare, genom att det saknats ordinationer, att recept inte förnyats och läkemedel inte iordningställts. I dessa fall har brev skickats till berörd verksamhet för information samt för att den verksamheten ska kunna göra en egen utredning av orsakerna till bristerna. Personalen inom Socialförvaltningen har oftast på olika sätt kunnat lösa den akuta situationen, vilket har inneburit att det varit små eller inga konsekvenser för brukarna. Det har dock medfört merarbete för medarbetarna.

Fallrapporter

85 fallrapporter för 21 brukare inkom från verksamheten under 2019. Inget av fallen kan härröras till brister i hälso- och sjukvårdsarbetet inom verksamheten.

Bakomliggande orsaker och åtgärder

Den brukaren med flest fallrapporter (22 fall), faller på grund av drogpåverkan. Ett arbete pågår kontinuerligt med att stötta hen i att avsluta sitt pågående sidomissbruk.

Ytterligare fem brukare har mer än två fallrapporter var, och står för 44 av fallrapporterna. Av dem har tre haft känd fallrisk sedan tidigare och pågående åtgärder som rullator och andra hjälpmedel, handlingsplaner, kontakt med rehabpersonal och larm etc. De andra två brukarna med fler än två fallrapporter har tillfälligt haft en ökad fallrisk på grund av sjukdom.

Av resterande 15 brukare som det inkommit fallrapporter på har de flesta fallit någon enstaka

gång i rena olyckshändelser som inte kan knytas till att någon ökad fallrisk.

Några av fallen ledde till smärta och småsår, och en brukare fick en blåttira. Dessa togs om hand och behandlades korrekt och via andra vårdgivare när det fanns sådant behov. En brukare som hade fallit kunde inte larma, vilket utmynnade i en Lex Sarah-utredning.

Övriga avvikelser

Ett fåtal avvikelser beror på annat. Exempelvis att personal inte har kommunicerat väsentlig information kring brukaren i tillräckligt hög grad, eller inte genomfört arbetsuppgifter enligt pågående omvårdnadsplan. De åtgärder som satts in är samtal och reflektion i arbetsgrupperna och att personalen följer gällande rutiner och arbets sätt.

Några avvikelser rör dåligt bemötande mot brukare från representanter för andra vårdgivare. Beskrivning av händelserna har skickats till andra vårdgivare för information och egen utredning av orsakerna till bristerna.

Andra upptäckta brister

Det brister i dokumentation av händelserna och åtgärderna. De kan finnas beskrivna i utredningsdokumentet, men inte i löpande journal. Under 2020 kommer det att vara ett av fokusområdena för patientsäkerhetsarbetet att dokumentationen ska vara korrekt.

11 Samverkan med patienter och närstående

Ingen brukare eller närstående har bjudits in att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

12 Resultat

I stort bedöms arbetet med hälso- och sjukvård fungera bra genom tydliga rutiner. De avvikelser som rapporterats under år 2019 är ungefär lika många som tidigare år. Det visar att verksamheten har en fortsatt utmaning att analysera ytterligare, vilka de bakomliggande orsakerna är för att komma tillrätta med avvikelser.

En satsning på elektronisk signering har gjorts och används sedan årsskiftet. Önskad effekt är att antalet avvikelser gällande missade läkemedelsdoser ska minska. Elektronisk signering är den metod som i studier har visat sig ha god effekt för att minska antalet missade doser. Antalet fallrapporter är svårt att påverka. Preventiva insatser kan ha effekt, men hur många fall som undviks genom dem är svårt att mäta. Här kommer verksamheten undersöka i vilken utsträckning fallriskbedömningar görs och att det finns adekvata åtgärder.

En del avvikelser har handlat om att verksamheten internt inte observerat att det skett förändringar i brukarnas läkemedelsbehandling. I dessa fall verkar det finnas en osäkerhet om var den informationen kan finnas och vem som ska kommunicera det och på vilket sätt.

Utifrån ovan så kommer fokus på patientsäkerhetsarbetet 2020 att vara:

- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen ska granskas med fokus på om avvikande händelser gällande hälso- och sjukvård har dokumenterats och följts upp. Likaså om riskbedömningar gjorts i tillräcklig utsträckning och om omvårdnadsprocessen följs.
- Fortsätta att implementera avvikelssystemet och utveckla effektiva åtgärder.
- Titta på kommunikation och samverkan mellan olika personalgrupper och vårdgivare vid förändringar i läkemedelsbehandlingen.