

Patientsäkerhetsberättelse

2021

Socialnämnden



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Övergripande mål och strategier	4
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
3.1	Socialnämndens ansvar	5
3.2	Verksamhetschefens ansvar	5
3.3	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	5
3.4	Enhetschefens ansvar	5
3.5	Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar	5
4	Struktur för uppföljning / utvärdering	6
5	Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	10
5.1	Senior Alert	10
5.2	Svenska Palliativregistret	10
5.3	Avvikelser	10
5.4	Vårdhygien	11
5.5	Dokumentation	11
5.6	Delegering	12
5.7	Läkemedelshantering	12
5.8	Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom	12
5.9	Medicintekniska produkter	13
6	Uppföljning genom egenkontroll	14
7	Samverkan för att förebygga vårdskador	15
8	Riskanalys	16
9	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
10	Hantering av klagomål och synpunkter	18
11	Sammanställning och analys	19
12	Samverkan med patienter och närstående	20
13	Resultat	21
13.1	Strukturmått	21
13.2	Processmått	21
13.3	Resultatmått	24
14	Övergripande mål och strategier för kommande år	29

1 Sammanfattning

Sävsjö kommun ansvarar i egenskap av vårdgivare för god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska, på socialnämndens uppdrag och i enlighet med gällande författningar, se till att både kvalitet och patientsäkerhet är hög. Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska hållas tillgänglig genom publicering på Sävsjö kommuns hemsida. Av patientsäkerhetsberättelsen skall framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Enligt SOFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet inom LSS, Lag om service för vissa funktionshindrade, varje år även upprätta en kvalitetsberättelse. Sävsjö kommun har enligt förslag från Socialstyrelsen lagt samman dessa berättelser i ett dokument. Kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården i Sävsjö kommun är en del av det kvalitetssystem som används för hela socialförvaltningen. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

För en säker vård av god kvalitet har verksamheterna riktlinjer och rutiner till hjälp som kontinuerligt hålls aktuella av MAS. MAS har även utarbetat gemensamma rutiner för avvikelshantering inom socialförvaltningen. Patientsäkerheten har under året följts upp genom deltagande i nationella kvalitetsregister, mätning av vårdrelaterade infektioner, analys och reflektioner kring inkomna avvikelser och tillsyn.

Aktiviteter för ökad patientsäkerhet

Under 2021 har en mycket stor del av patientsäkerhetsarbetet handlat om att upprätta nya rutiner och arbetssätt relaterat till covid-19. Folkhälsomyndigheten och smittskydd har gång på gång justerat riktlinjer och rutiner, vilket krävt ett omfattande arbete att omsätta inom kommunens vård- och omsorg. Det har handlat om hygienrutiner, information, smittspårning, provtagning, vaccinationer och skyddsutrustning. Sjukfrånvaron har varit stor vilket resulterat i personalbrist. Sammantaget har covid-19 inneburit höga krav på flexibilitet för att bibehålla patientsäkerheten. Mycket av det planerade patientsäkerhetsarbetet har fått stå tillbaka.

Under året har en del utbildningar genomförts. Personal inom äldreomsorgen har genomgått utbildning Psyk E-bas senior, som delvis givits online. Inom hela socialförvaltningen har personalen utbildats i dokumentation i det nya datajournalssystemet Combine som infördes under november. Superanvändare i Combine har utbildats inom alla verksamheter för att kunna stötta sina kollegor på plats. Inom hemsjukvården har ett samverkansprojekt ägt rum under hösten i syfte att förbättra den palliativa vården.

2 Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger patienten en god och säker vård. Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för risk att skadas.

All personal som arbetar utifrån hälso- och sjukvårdslagen ska:

- arbeta utifrån gällande författning och lagstiftning
- arbeta följsamt till utarbetade riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården
- arbeta preventivt i syfte att förebygga skador
- arbeta för att öka patientens och/eller närståendes delaktighet i hälso- och sjukvården
- arbeta med kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring

För att uppnå ovanstående krävs att all personal använder riktlinjer och rutiner som ett levande dokument samt att riktlinjer och rutiner kontinuerligt ses över och revideras. Vidare krävs att:

- avvikelshantering alltid sker när någon händelse inträffat
- patientjournal förs i den omfattning lagen föreskriver
- läkemedelshanteringen följer gällande direktiv
- preventionsarbete sker dagligen i allt vårdarbete
- tvärprofessionell samverkan sker på varje område/enhet
- riskbedömningar görs och att resultatet återfinns i patientjournalen

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

3.1 Socialnämndens ansvar

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, planera, leda och kontrollera verksamheten. Socialnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera områden där förbättringsarbete behövs.

3.2 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 29§ säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården utses av socialnämnden.

3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS bevakar att patientsäkerhet upprätthålls inom den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. Ansvaret regleras i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientsäkerhetsförordningen. MAS ansvarar även för att vid behov göra anmälningar enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, samt att anmäla felaktigheter på medicintekniska produkter till läkemedelsverket.

MAS ansvarar för att det finns rutiner för hög patientsäkerhet och att rutiner och avtal för tillgång till läkare finns utarbetat. Vårdgivaren ska också snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Ansvaret är delegerat av socialnämnden till MAS.

3.4 Enhetschefens ansvar

Enhetscheferna ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens. De ansvarar även för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer riktlinjer och rutiner som är utarbetade av MAS. Enhetscheferna ansvarar också för att avvikelser rapporteras samt för utredning och uppföljning av avvikelser i egna verksamheten. De leder teamarbetet och samverkar med övriga yrkesfunktioner som sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och biståndshandläggare för en god patientsäkerhet.

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen ska följa upprättade rutiner och riktlinjer för en god och säker vård samt rapportera avvikelser om en patient drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

4 Struktur för uppföljning / utvärdering

Mätmetod

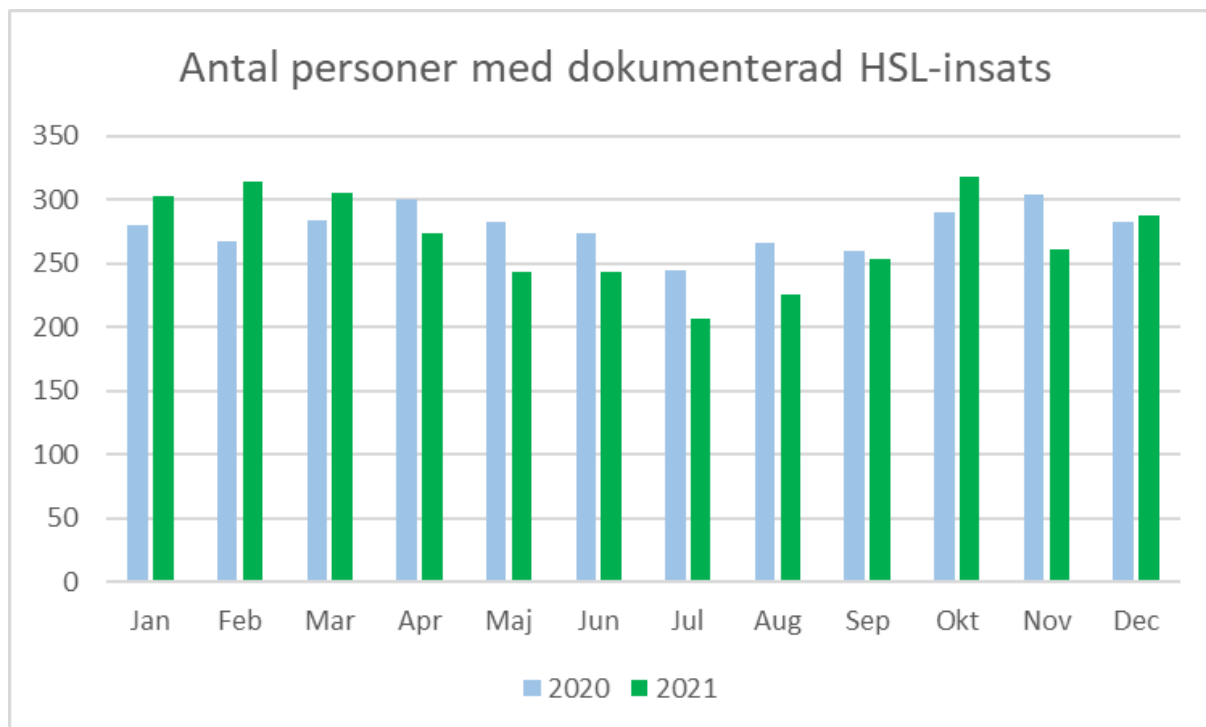
Kvalitetsbrister mäts genom avvikelshanteringssystemet vilket innefattar uppföljning av inkomna avvikelser, klagomål/synpunkter och förbättringsförslag samt uppföljning av journaldokumentation.

Under 2020 infördes ett nytt databaserat system för rapportering av avvikelser, DF respons. I systemet registreras avvikelser för läkemedelshantering, fall, vård och behandling, informationsöverföring externt och internt samt avvikelser gällande medicintekniska produkter (MTP). Uppföljning av aktuella avvikelser sker av ansvarig enhetschef på respektive område. Avvikelser i samverkan och avvikelser som av utredaren skattas som grad 3 och 4 i allvarlighetsgrad, går vidare till MAS. Rutin för strukturerad analys på övergripande nivå saknas. Ett händelseråd finns med Höglandets kommuner och Höglandssjukhuset för genomgång och uppföljning av avvikelser i samverkan. Händelseråd äger rum sex gånger årligen och ger en gemensam bild av vilka samverkansproblem som behöver förbättras.

Användningen av och uppföljning i nationella kvalitetsregister, Senior Alert, BPSD-registret och svenska palliativregistret medverkar till att patientsäkerhetsrisker identifieras. Registren gör det även möjligt att följa vårdens kvalitet genom kvalitetsindikatorer. Sedan 1996 har egna mätningar genomförts när det gäller antal läkemedel/person lugnande läkemedel, sömnmedel, förekomst av kateter i urinblåsan samt trycksår. Under 2020 och 2021 har inte dessa mätningar gjorts på grund av pandemin.

Omfattningen av hälso- och sjukvårdsinsatser redovisas månadsvis till Statistiska Centralbyrån (SCB) och Socialstyrelsen. Återrapportering/månad av HSL-insatser individuppgifter, hämtas direkt ifrån journalsystemet.

Diagram 1 - Personer med en dokumenterad HSL-insats under månaden



I statistiken ingår personer med en aktuell dokumenterad insats under månaden ifrån sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Under sommarmånaderna är antalet insatser färre än under resterande del av året. Den största delen av insatserna ges till personer över 80 år. En liten del (0,5–2 %) av HSL-insatserna ges till barn. Hälso- och sjukvårdens

ansvar omfattar äldreomsorg, funktionshinderomsorg, socialpsykiatri och dagliga verksamheter i socialförvaltningens regi.

Personer med behov av regelbundna hemsjukvårdsinsatser blir inskrivna i hemsjukvård. Det gäller även personer som behöver hjälp med sina läkemedel. Bedömningen är alltid individuell. Utöver antalet inskrivna finns personer med planerade och/eller akuta tillfälliga insatser samt de personer i ordinärt boende som får hjälpmedel förskrivna genom kommunen.

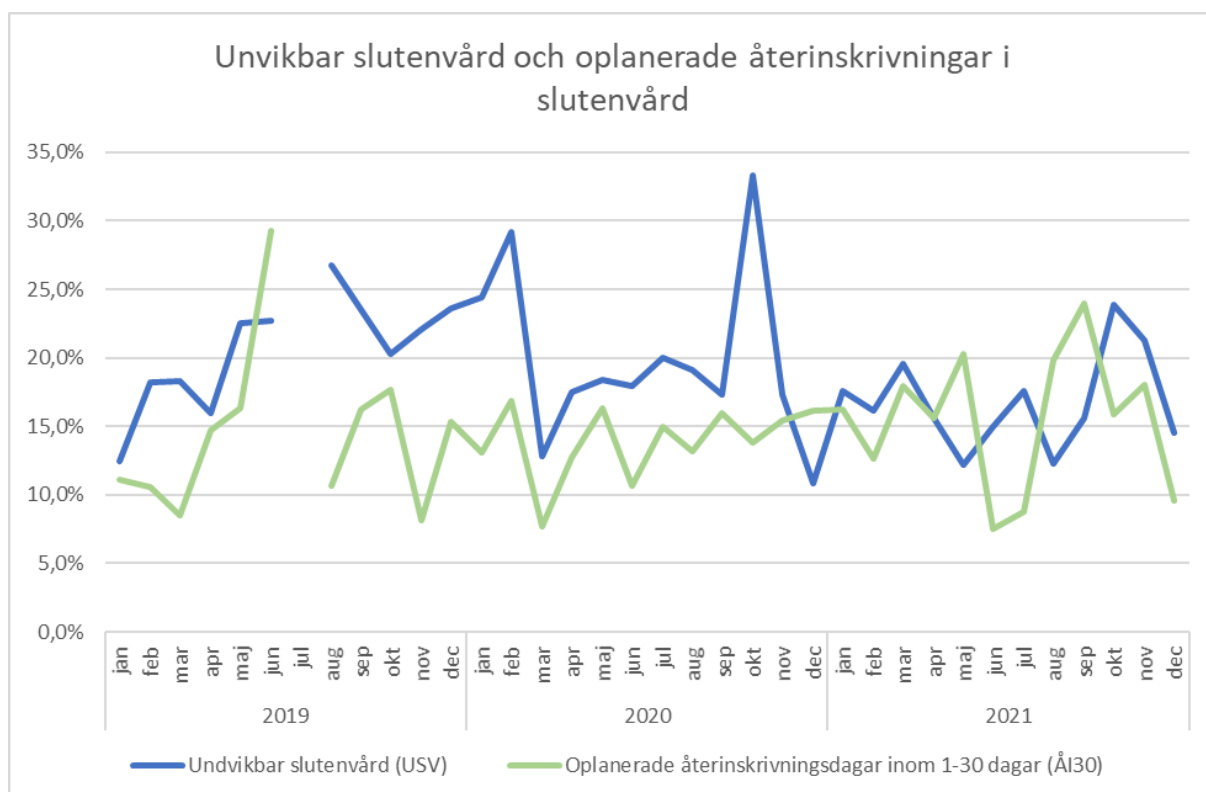
Diagram 2 - Inskrivna i hemsjukvård ordinärt boende



I december 2021 fanns det 112 patienter som var inskrivna i hemsjukvård och 85 personer boende på särskilt boende inom vård och omsorg.

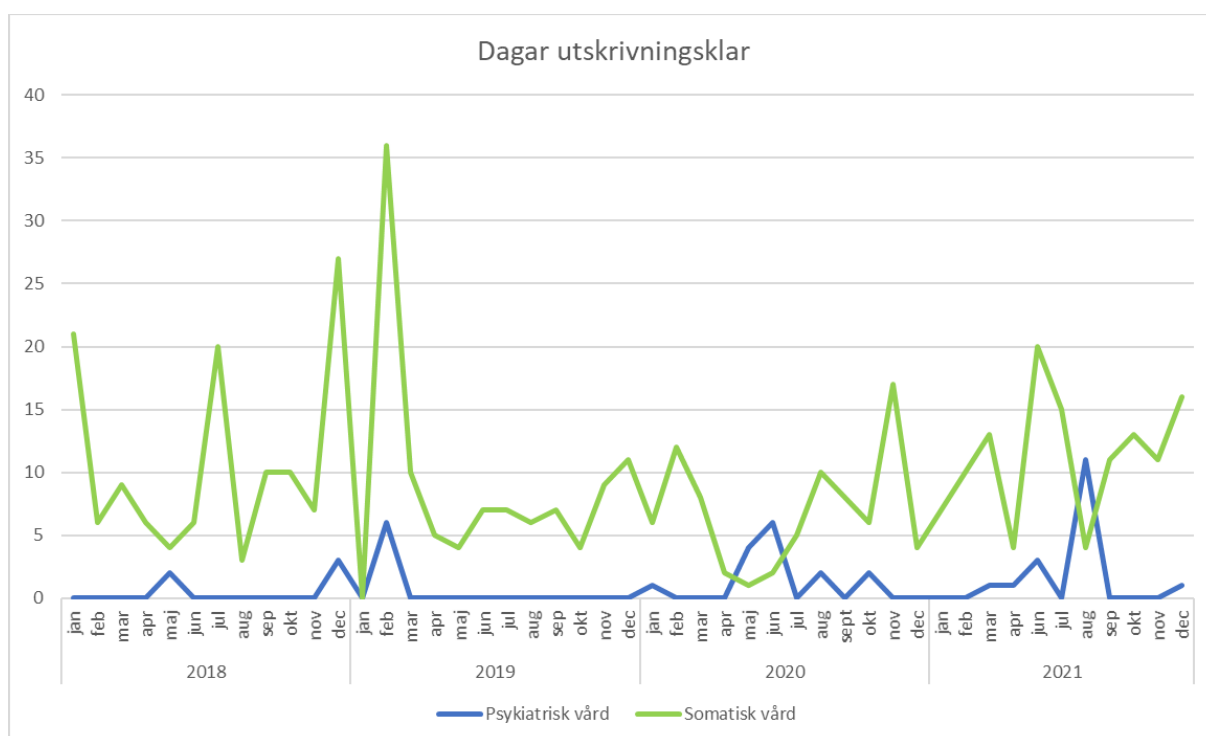
I samverkan med regionen förs statistik över återinläggningar på sjukhus inom 1–30 dagar, undvikbar slutenvård samt dagar efter utskrivningsklar som patienten kvarstannar på sjukhus på grund av att kommunen inte kan ta emot patienten. Undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar inom 1–30 dagar syftar till att fånga inläggningar som sannolikt hade kunnat förebyggas genom bättre samverkan eller tidigare planering av insatser. Under 2021 har något fler oplanerade återinläggningar skett samtidigt som undvikbar slutenvård legat på en lägre nivå.

Diagram 3 - Undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar inom 1–30 dagar.



Enligt överenskommelse mellan kommunerna och regionen räknas ett genomsnitt på antalet dagar som patienter ligger kvar inom slutenvård efter att läkare har gjort bedömningen att patienten är utskrivningsklar, vilket ska ha meddelats i Cosmic Link. Betalningsansvar inträder då enskild kommun överträder ett snitt på 2,0 dagar under en kalendermånad. Patienter i somatisk slutenvård som vårdas mer än sju kalenderdagar beräknas individuellt och exkluderas helt vid snittberäkningen.

Diagram 4 - Dagar utskrivningsklar



Statistiken visar att Sävsjö kommun inte haft några betalningsansvariga dagar varken

2018, 2019 eller 2020. Under 2021 fortsatte samma trend med undantag för augusti, då Sävsjö kommun hade åtta betalningsansvariga dagar.

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

5.1 Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister för vårdprevention.

Registret är till för att identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Att använda bedömningsinstrument skapar en möjlighet att göra den kommunala hälso- och sjukvården säkrare genom att förebygga undernäring, trycksår och fallolyckor. De risker som upptäcks ska alltid följas av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen. I journalen dokumenteras vårdplan samt ordinationer från sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast till omvårdnadspersonalen. Vårdplaner ska följas upp och utvärderas regelbundet. Uppföljningen av vårdplaner visar att följsamheten till kraven på vårdplan behöver förbättras inom verksamheten.

5.2 Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där uppgifter registreras som visar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vård och omvårdnad bedrivits under den sista levnadsveckan. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras och utvecklas för att uppnå en god palliativ vård.

5.3 Avvikelser

Under 2020 infördes DF respons, som är ett digitalt system för avvikelshantering som är gemensamt för hela socialförvaltningen. DF respons följer processen för utredning på ett tydligt sätt och utredning och åtgärd görs av ansvarig chef.

Tabell 1- Avvikelser

Typ av händelse	Antal
Fall	640
Läkemedelshändelse	169
Brist i/utebliven insats/vårdåtgärd	73
Brist i informatio, kommunikation, samverkan	31
Överigt	28
Övergrepp	14
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	13
Brist i/ytebliven rehabilitering	9
Brister i bemötande av brukar/patient	5
Stöld	2
Brist i handläggning	3
Tryckskada/trycksår	2
Bruten sekretess	1
Totalt	995

Varje verksamhet ska själv följa upp sina avvikelser och vidta åtgärder som ett led i ett kontinuerligt förbättringsarbete. Avvikelshantering sker kontinuerligt och process för sammanställning och analys för avvikelser på aggregerad och övergripande nivå görs av MAS.

5.4 Vårdhygien

Pandemi Covid -19

Pandemin har under 2021 haft stor påverkan på kommunens arbete med patientsäkert. Målet har varit att genom hygienrutiner, skyddsutrustning och kohortvård hindra smittspridning i våra verksamheter i syfte att skydda våra patienter mot smitta och sjukdom. MAS har under året haft regelbundna möten med smittskydd för information och diskussion kring förändringar som gjorts i riktlinjerna för vaccination, provtagning, smittspårning, screening, skyddsutrustning, kohortvård med mer. Basala hygienrutiner har fått stort fokus.

Därutöver har det kontinuerligt hållits möten inom kommunens egen covid-grupp där del av arbetet har varit kommunikationen inom kommunen och till allmänheten. Kommunen har under delar av året avrått från besök på särskilda boenden. Riktlinjer finns för säkra besök i den närståendes lägenhet. Mötesplatser, aktivering och balansträning har periodvis legat nere. Under året har vård- och omvårdnadspersonal som arbetar vårdnära använt visir eller munskydd av typen 11R. Vid konstaterad smitta har munskydd bytts mot andningsskydd FFP2 som burits tillsammans med visir. Det har inte saknats skyddsutrustning men då ordinarie leverantörer ibland haft svårt att leverera har inköp även skett från andra företag, vilket krävt en del extra arbete. Inköp har i vissa fall fått ske centralt.

Hälso-sjukvården har haft en god och nära samverkan med vårdcentralerna Bra Liv i Sävsjö och Vrigstad för provtagning av patienter och personal. Samverkansmöten har ägt rum en gång i veckan. Rutin för kontroll av konstaterade sjuka patienter i samverkan med vårdcentralerna Bra Liv har tagits fram och följs av verksamheten. Vaccinering för covid -19 påbörjades på särskilt boende under sista veckan i december 2020. Under 2021 har alla brukare erbjudits dos 1, 2 och 3. Under hösten erbjöds våra boende på särskilt boende för första gången ett förstärkt vaccin mot säsongsinfluensa.

Övrigt runt vårdhygien

Mätning av risk för och förekomst av vårdrelaterade infektioner görs en gång/månad såväl i särskilt som ordinärt boende. Statistiken skickas vidare till smittskydd. Under 2021 har en del områden inte fullgjort mätningarna vilket gjort att en del av statistiken saknas. Detta kan förklaras av att kommunen rekryterade ny MAS samtidigt som en del av sjuksköterskorna var nya och inte förtrogna med systemet.

5.5 Dokumentation

Dokumentation har under 2021 gjorts i verksamhetssystemet Procapita med ett journalträd upplagt efter ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health). I november infördes det nya verksamhetssystemet Combine. I Combine är dokumentationen uppbyggd på ICF och KVÅ (Klassifikation Av vårdåtgärder) enligt Socialstyrelsen. KVÅ är en åtgärdskod för statistisk beskrivning av olika vårdåtgärder. KVÅ är obligatoriskt att rapportera till Socialstyrelsen hälsodataregister. Combines upplägg skiljer sig markant från Procapita och dokumentationen har ett annorlunda flöde. Personalen kan inte lika enkelt hoppa över något steg i dokumentationen, utan tvingas till att skapa vårdplaner med åtgärder. Patientsäkerhetsmässigt och juridiskt är detta en fördel.

Uppföljning av dokumentationen sker fortlöpande genom granskning samt genom information till personalen i hemsjukvården och andra delar av socialnämndens verksamhet. Det har framkommit att flera områden och särskilt inom LSS har stora behov av mer omfattande utbildning inom dokumentation. Tidigare utbildningsinsatser som gjorts under 2020 upplevdes som för teoretiska av personalen.

Nationell Patientöversikt, NPÖ, används bland annat för att få information efter en

sjukhusvistelse. Cosmic Link används för att samverka med slutenvård, viss specialistvård och vårdcentraler. Allt fler mottagningar ansluter sig till meddelandefunktioner i Cosmic, vilket underlättar kommunikation och samverkan.

Arbetslistan i Procapita har varit ett patientsäkert hjälpmedel som givit ett bra stöd i det dagliga arbetet. Arbetsuppgifterna kunde läggas upp på arbetslistan direkt från åtgärden i journalen eller skrivas in direkt på listan. Combine har ett liknande system som fungerar bra. Att byta verksamhetssystem är ett stort projekt som kan äventyra patientsäkerheten. Superanvändare utbildades och ledde arbetet med att bygga upp det nya systemet. De höll sedan utbildningar för sina kollegor och fanns som bollplank ute i verksamheterna. Superanvändarna gjorde ett otroligt bra och viktigt arbete både inför, under och efter införandet av Combine.

Hemsjukvården bytte lokaler i november. I samband med flytten blev en internetkabel skadad av en byggarbetare, vilket resulterade i en hel del datastrul. Sjuksköterskorna fick inte ut sina arbetslistor och många av datorerna fungerade inte. Problemen äventyrade patientsäkerheten och frestade på personalen. Situationen klarades ut.

5.6 Delegering

Delegering sker av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal med kompetens för arbetsuppgiften, enligt lokala riktlinjer framtagna av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Delegeringar registreras i Alfa eCare SignIt, som är en app för signering av läkemedel. För att få en delegering ska en webbaserad delegeringsutbildning, Jobba säkert med läkemedel, genomföras. Ett kursintyg ska laddas ner efter godkänt kunskapstest. Godkänt kursintyg krävs för att få ny samt förnyad delegering. Utbildningen är framtagna av SKL och är tillgänglig via Svenskt Demenscentrum. Särskild utbildning krävs för delegering av insulinadministration.

Den som genomgått webbutbildningen har grundläggande baskunskaper för att:

- ge läkemedel i rätt tid, till rätt person och på rätt sätt,
- ge god omvårdnad som komplement och alternativ till läkemedel,
- känna igen risker och uppmärksamma, reagera och kontakta sjuksköterska vid förändringar
- förstå roll och ansvar vid delegering,
- uppmärksamma symtom vid diabetes och ge insulin.

Efter godkänd utbildning ska delegeringssamtal hållas med ansvarig sjuksköterska som gör en individuell bedömning av förståelsen av riktlinjer och vad en delegering innebär. Om mottagaren av en delegering visar sig sakna förmåga att utföra uppgiften, eller har lämnat oriktiga uppgifter om sin förmåga att fullgöra åtagandet, ska delegeringen återkallas.

5.7 Läkemedelshantering

Följsamheten mot lokal riktlinje för läkemedelshantering följs löpande via avvikelser. Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt enligt gemensam rutin med vårdcentral.

Verksamheten har ett gemensamt förråd med akutläkemedel och läkemedel för generella ordinationer. Listan över läkemedel som ska ingå i förrådet uppdateras årligen i samråd med regionen. Två särskilt utsedda sjuksköterskor ansvarar för läkemedelsförråden. För kontroll av narkotika finns särskild rutin. Följsamhet till rutinerna för läkemedelsadministration finns med i internkontrollplanen för socialförvaltningen.

5.8 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom

Fortsatt arbete sker med att förbättra den personcentrerad omvårdnaden med stöd av BPSD-

registret som är ett nationellt kvalitetsregister. Kommunens demenssjuksköterska har utbildat i BPSD-registret inom kommunen. En arbetsterapeut har som spetskompetens att göra kognitiva test vid basal demensutredning. Arbetsterapeuten har tillsammans med demenssjuksköterska haft samordningsansvar för demensvården. Under året har en specialistsjuksköterska med inriktning vård av äldre anställts i kommunen. Sjuksköterskan planeras gå utbildning i att genomföra BPSD-utbildning för att kunna stötta demenssjuksköterskan i utbildningsarbetet. MAS, som har specialistutbildning på demens har också anslutit till demensteamet.

5.9 Medicintekniska produkter

På högländet finns en samverkan mellan kommunerna i upphandling av sjuk- och förbandsmaterial. Avtalen följs upp årligen. Kontroller av medicinteknisk utrustning sker enligt schema av MTA, medicintekniskas avdelning på Högländssjukhuset. MTA:s uppdrag har under år 2021 ändrats så att kommuner inte längre kan upphandla produkter genom dem. Det går dock bra att få rådgivning kring inköp. Reparation och service är de behjälpliga med som tidigare. Genom hjälpmedelsmodulen i verksamhetssystemet Procapita har hantering, placering och uppföljning av produkterna kvalitetssäkrats genom att information om personliga hjälpmedel har gått direkt över till patientjournalen.

6 Uppföljning genom egenkontroll

Arbetsplatsträffar är ett forum för uppföljning av kvalitetsförbättringar inom olika områden. Förbättringar initieras genom information till enhetschefer och arbetsgrupper. Egenkontroll för ökad patientsäkerhet har genomförts inom nedanstående verksamhetsområden:

- Resultat av registrering i Senior Alert.
- Resultat i svenska palliativregistret.
- Resultat i BPSD-registret.
- Vårdhygien
- Risk för samt förekomst av vårdrelaterade infektioner, mätning en gång/månad .
- MAS uppföljning av narkotikakontroller i läkemedelsförråden.
- Mätning av nattfasta.
- Statistikmätning ifrån hälso-och sjukvårdsjournalen t.ex. antalet utförda läkemedelsgenomgångar.
- Sammanställning av klagomål och synpunkter.
- Uppföljning av fallrapporter och avvikelser på enhetsnivå
- Egenkontroll vårdhygien.

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i kommunens patientsäkerhetsarbete består i samverkan med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Länsavtal om läkarmedverkan från primärvård för hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer.
- Lokalt läkaravtal med vårdcentralen Bra Liv.
- Riktlinjer för akutläkemedel och generella ordinationer från länets läkemedelskommitté.
- Länsgemensam rutin för dosexpedierade läkemedel.
- Överenskommelse Sävsjö kommun-primärvård om läkemedelsgenomgångar .
- Pandemiplan Sävsjö kommun och Sävsjö vårdcentral Pandemiplan Sävsjö kommun
- Riktlinjer för uppsökande tandvård, bedömningsenheten för tandvård.
- Demensteam i samverkan med primärvården.
- Regelbundna samverkansmöten med verksamhetschefer primärvården.
- Samverkan med enheten för smittskydd och vårdhygien.
- Samverkan med barnkliniken.
- Samverkan med regionens specialiserade sjukvård i hemmet, SSIH.
- Samverkansmöten med habiliteringen högländet 2 ggr/år.
- Samverkansmöte via Skype varje vecka med Högländssjukhuset.
- Regelverk för samordnad vårdplanering.
- Länsgemensam rutin för egenvård.
- Länsgemensamt införande av beslutsstöd för sjuksköterskor.
- Länsgemensamt införande av beslutsstöd för förskrivning av hjälpmedel, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.
- Tillgång till nationell patientöversikt (NPÖ) för information.
- Gemensamt avtal sjuk- och förbandsmaterial kommunerna på högländet.
- Avtal med medicintekniska avdelningen Högländssjukhuset för kontroll av medicinsk utrustning.
- Gemensamma träffar i länet respektive på högländet för medicinskt ansvariga sjuksköterskor.
- Länsgemensamma avtal kommun, landsting ex. inkontinens-, nutrition- kompressions, hjälpmedelsprodukter.

Arbetsterapeutens insatser

Arbetsterapeuten bedömer, stödjer och tränar förmågor som behövs för att klara ett vardagligt liv. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och att sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Arbetsterapeuten förskriver hjälpmedel som kan underlätta rehabiliteringsprocessen.

Sjukgymnastens och Fysioterapeutens insatser

Sjukgymnast och fysioterapeut ansvarar för sjukgymnastik, träning, rådgivning och utprovning av till exempel gånghjälpmedel. Träningen ska leda till att bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras vidare till rehabassistent.

8 Riskanalys

Det ska fortlöpande göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra skada eller risk för skada. Vid tillbud och händelser görs analyser. Inträffade händelser återkopplas till personalen och diskuteras för att förhindra återupprepning. Riskanalys är en del i arbetsprocessen i det dagliga arbetet. Riskområden identifieras genom avvikelssystemet, kvalitetsregistren, synpunkter/klagomål och HSL-dokumentationen. Riskbedömningar görs enligt vedertagna bedömningsinstrument avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Strukturerad riskanalys görs vid allvarigare avvikelser. Under 2021 har två anmälningar gjorts till inspektionen för vård och omsorg.

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Rapportering av avvikelser sker sedan i DF Respons. Att rapportera negativa händelser och tillbud är en skyldighet för all personal i verksamheten och utgör en av grunderna för patientsäkerhetsarbetet. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras. En väl fungerande kommunikation mellan vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient är grundläggande. Varje verksamhet följer upp sina avvikelser kontinuerligt under året. MAS gör sammanställningar ifrån avvikelssystemet som delges verksamheterna. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas en övergripande sammanställning. MAS har ansvaret att bedöma och göra anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till läkemedelsverket gällande händelser med läkemedel eller medicintekniska produkter (MTP).

10 Hantering av klagomål och synpunkter

Rutin finns på att inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas. Inga klagomål har inkommit via patientnämnden under 2021. Inga klagomål har heller inkommit från IVO (inspektionen för vård- och omsorg). Flera synpunkter har inkommit och hanterats.

11 Sammanställning och analys

Sammanställning av klagomål och synpunkter görs enligt rutin för vård och omsorg. Beslutade och fastställda rutiner gäller för hela socialförvaltningen. Information om möjlighet att lämna klagomål och synpunkter görs enligt socialförvaltningens rutin. Synpunkter från enskilda individer och närstående är en källa till information som ska värdesättas och tas omhand av verksamheten. Inkomna avvikelser ska hanteras med analys, åtgärd, återkoppling och uppföljning.

12 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet enligt följande:

- Ankomstsamtal vid inflyttning till särskilt boende och ifyllnad av levnadsberättelse.
- Bli informerade vid utredning av vårdskador.
- Bli informerade om anmälan till IVO och eller läkemedelsverket.
- Broschyr med information om vart den enskilde/närstående kan vända sig vid klagomål/synpunkter.
- Bjuds in att delta i läkemedelsgenomgångar.

13 Resultat

Uppgifter inhämtade från:

- DF Respons
- Statistikuppgifter från hälso- och sjukvårdsjournal Procapita och Combine
- Senior Alert
- BPSD-registret
- Utdata ifrån palliativregistret
- Kvalitetsportalen
- Kvalitetsmätningar utförda under året
- Mätavla - Indikatorer för samordnad vård och omsorg i Jönköpings län - kommuner

13.1 Strukturmått

Utrustning

Skyddsutrustnings såsom, visir, munskydd med högre klassning samt långärmade förkläden har införskaffats till följd av pandemin.

Utbildning

Utbildning i BPSD

Utbildning inkontinens för nya förskrivare (SSK)

Delegeringsutbildning via webutbildning pågår kontinuerligt i verksamheten

Dokumentationsutbildning och utbildning i det nya datasystemet Combine

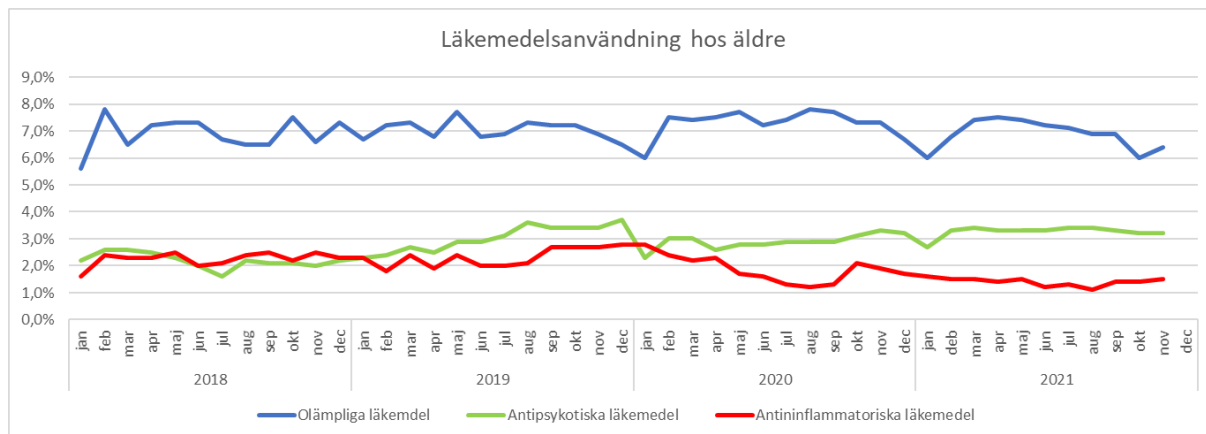
13.2 Processmått

13.2.1 Läkemedelsgenomgång

13.2.1 Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt särskild rutin utarbetad i samverkansprojekt med vårdcentralerna bra Liv i Sävsjö och Vrigstad och kommunen. Rutinen har varit förebild till de övergripande riktlinjerna för läkemedelsgenomgångar som landstingets läkemedelskommitté. Under 2021 har läkemedelsgenomgångar genomförts i samband med de utlagda besöken läkaren gör på särskilt boende samt bokad läkartid. Utöver strukturerade läkemedelsgenomgångar sker det kontinuerligt läkemedelsavstämning varje vecka vid läkarens metodstöd på särskilt boende.

Diagram 6 - Läkemedelsanvändning hos äldre (75 år +).



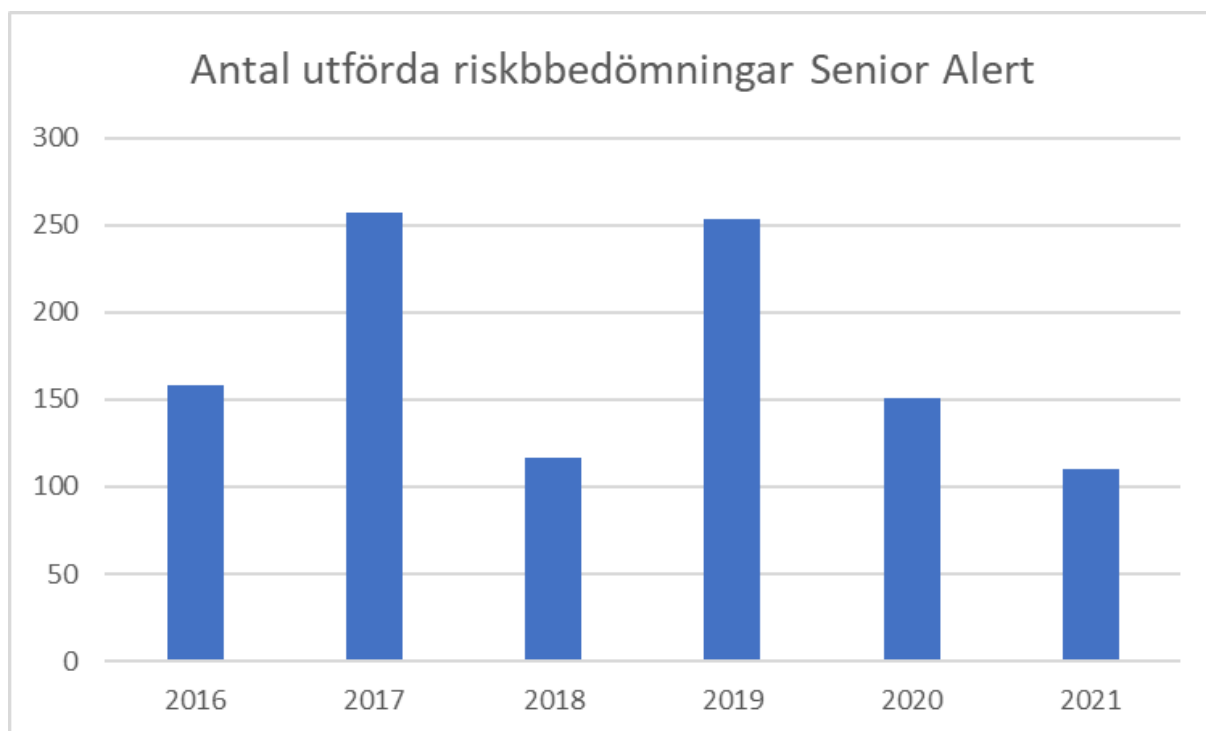
Andelen av olämpliga läkemedel för äldre har under 2021 varit relativt oförändrad. Andelen antiinflammatoriska läkemedel har minskat medan mängden antipsykotiska läkemedel har

ökat.

13.2.2 Senior Alert

Riskbedömningar ska göras i syfte att upptäcka risker och sätta in åtgärder i förebyggande syfte. Riskbedömningar görs inom fyra områden som sedan registreras i Senior Alert. De fyra områdena är, fall, nutrition, munhälsa och trycksår.

Diagram 7 - Antal utförda riskbedömningar Senior Alert 2016–2021.



13.2.3 Riskområde fall - fallprevention

Fallprevention i särskilt boende

I samband med inflyttning görs en bedömning inom 2 veckor av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut. Bedömningen består av instrumentet Downtown Fall Risk Index som används för att identifiera patienter med fallrisk. Bedömningsinstrumentet ingår även i kvalitetsregistret Senior Alert. Bedömningen innefattar att arbetsterapeut och/eller fysioterapeut går igenom en checklista för att se över vårdmiljö, hjälpmedel och andra faktorer som kan påverka risken för fall. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Uppföljning genom Senior alert görs 2 gånger/år genom att arbetsterapeut/fysioterapeut/sjuksköterska gör en riskbedömning. Ny bedömning i teamsamverkan ska göras vid behov samt när någon fallit 3 gånger. Färre skattningar har gjorts under 2021 och det har varit svårt att få teamsamverkan att fungera eftersom fokusträffarna inte ägt rum.

Personer på korttidsboende

Vid inflyttning görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut. ADL-bedömningen bidrar till att kunna identifiera eventuell fallrisk. Arbetsterapeut lämnar ut skriftlig och muntlig information gällande fallprevention. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Efter tre fall görs en riskbedömning. Balansträning i grupp har tidigare erbjuds vid behov under

ledning av rehab assistent. Under 2021 har balansträningen legat nere på grund av pandemin. Balansträningen behöver startas upp igen under 2022.

Personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård

Vid behov utförs en bedömning av arbetsterapeut. Bedömningen görs på samma sätt som i särskilt boende. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Efter tre fall görs en riskbedömning. Riskbedömningar och fallrapporter dokumenterades i journalsystemet Procapita samt i avvikelssystemet DF Respons. I december 2021 ersattes Procapita av Combine.

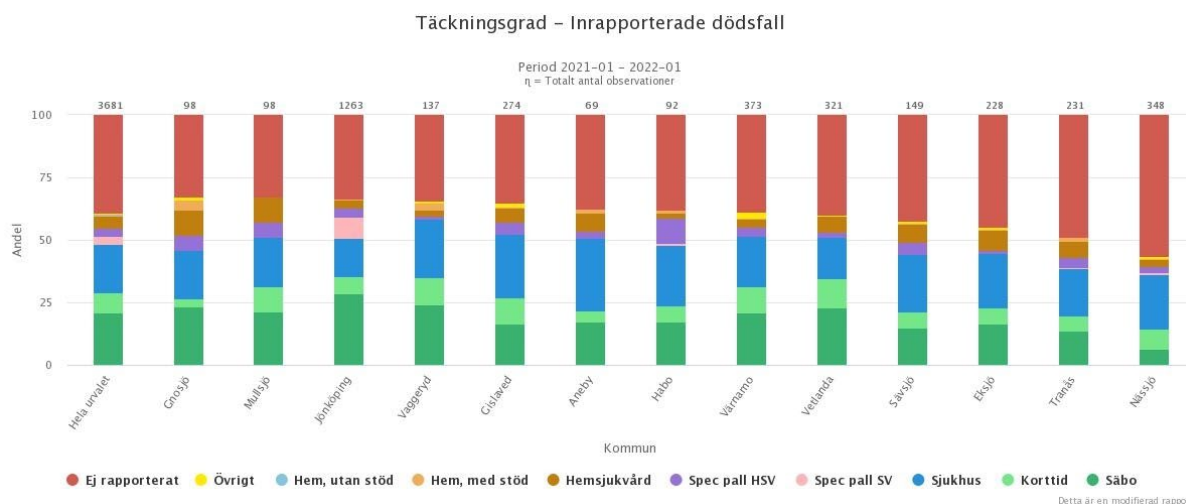
Utförda fallförebyggande åtgärder under 2021

- Läkemedelsgenomgång
- Larm/extra tillsyn
- Assistans vid förflyttning
- Gångträning
- Balansträning
- Assistans vid personlig vård
- Stöd vid personlig vård
- Hjälpmedelsförskrivning
- Annan åtgärd - Muskelfunktions och styrketräning
- Anpassning av möblering och inventarier
- Antihalksockar
- Styrketräning
- Förflyttningsträning
- Höftskyddsbyxor
- Träning av fysisk prestationsförmåga
- Träning av på- och avklädning
- Omgivningsanpassning

13.2.4 Svenska palliativregistret

Samtliga verksamheter inom kommunens vård, omsorg och hemsjukvård registrerar i palliativa registret. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en förväntad död ska känna sig trygga, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Att få vårdas där patienten vill vara, inte behöva vara ensam samt veta att de närstående får stöd är också viktiga faktorer.

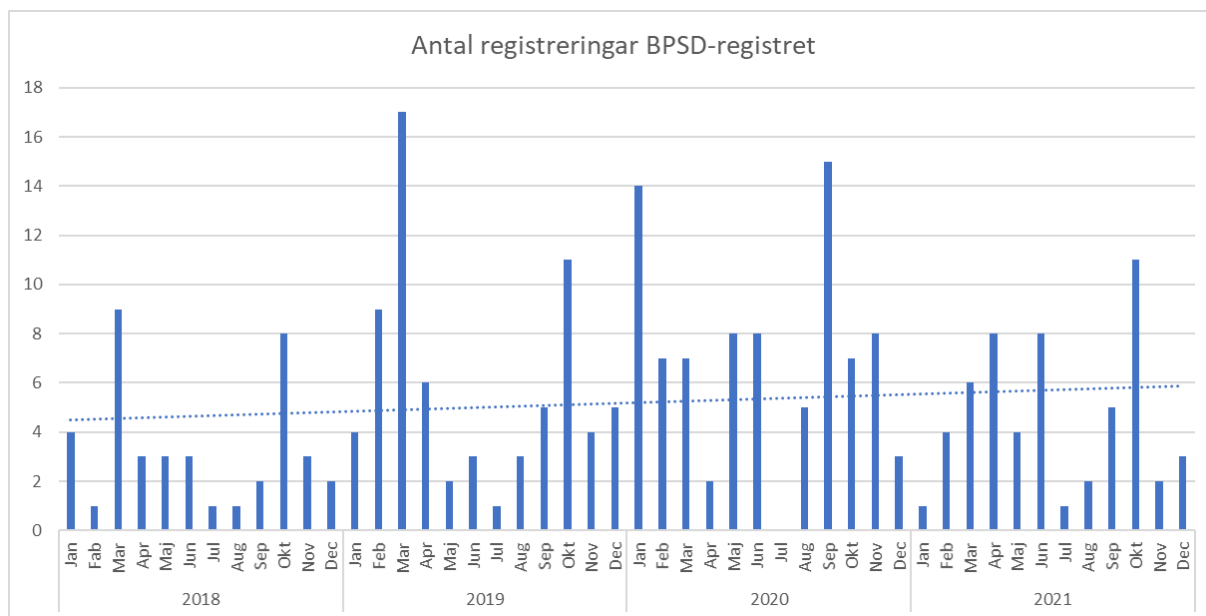
Diagram 8 - Täckningsgrad Palliativregistret



13.2.5 BPSD-registret

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer. BPSD-registret är ett stöd i processen med att komma tillrätta med symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp.

Diagram 9 - Antal registreringar BPSD-register



Antalet registreringar har ökat något (se trendlinje) sedan införandet, men ökningen har gått långsamt. Arbetet med BPSD-registret behöver lyftas i kommunen för att säkerställa en god omvårdnad. Genom kontinuerliga registreringar, som mynnar ut i bemötandeplaner, kan BPSD-problematiken ofta minska. Utöver ökat välbefinnande hos personer med demens leder arbetet med BPSD till ökad trivsel på avdelningarna och att kostsamma externa placeringar kan undvikas.

13.3 Resultatmått

13.3.1 Vård i livets slutskede

Diagram 10 - Täckningsgrad inrapporterade dödsfall

Täckningsgrad – Inrapporterade dödsfall

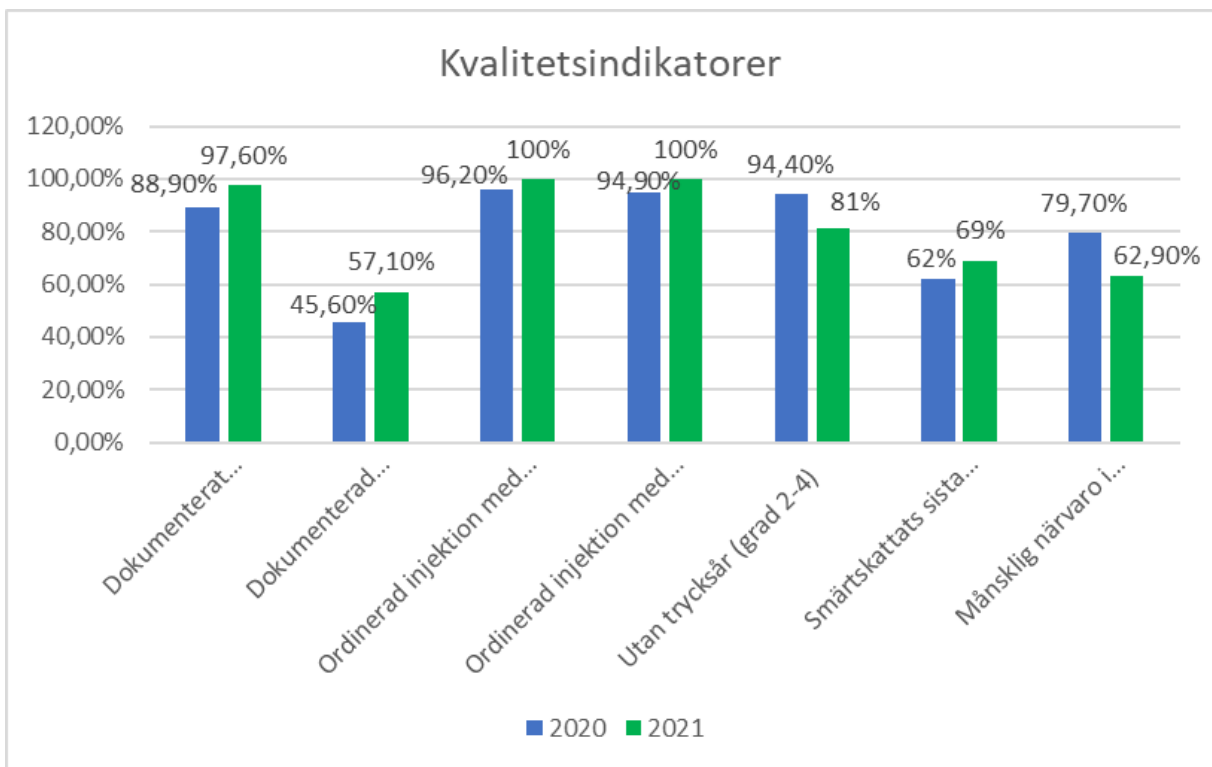
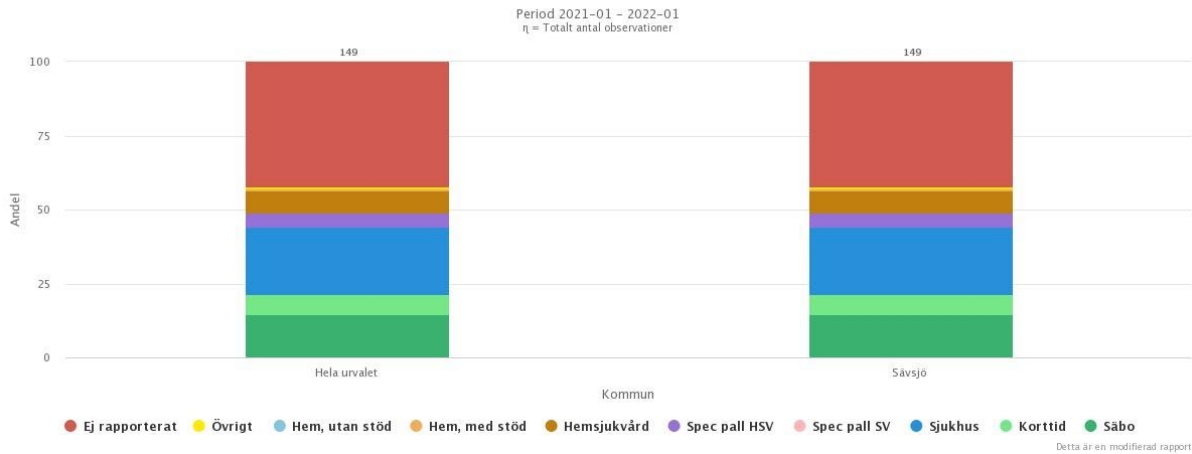
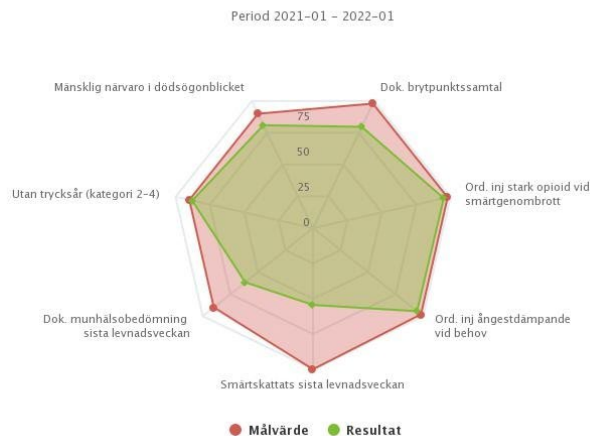


Diagram 12 - Uppfyllnadsgrad kvalitetsindikatorer

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

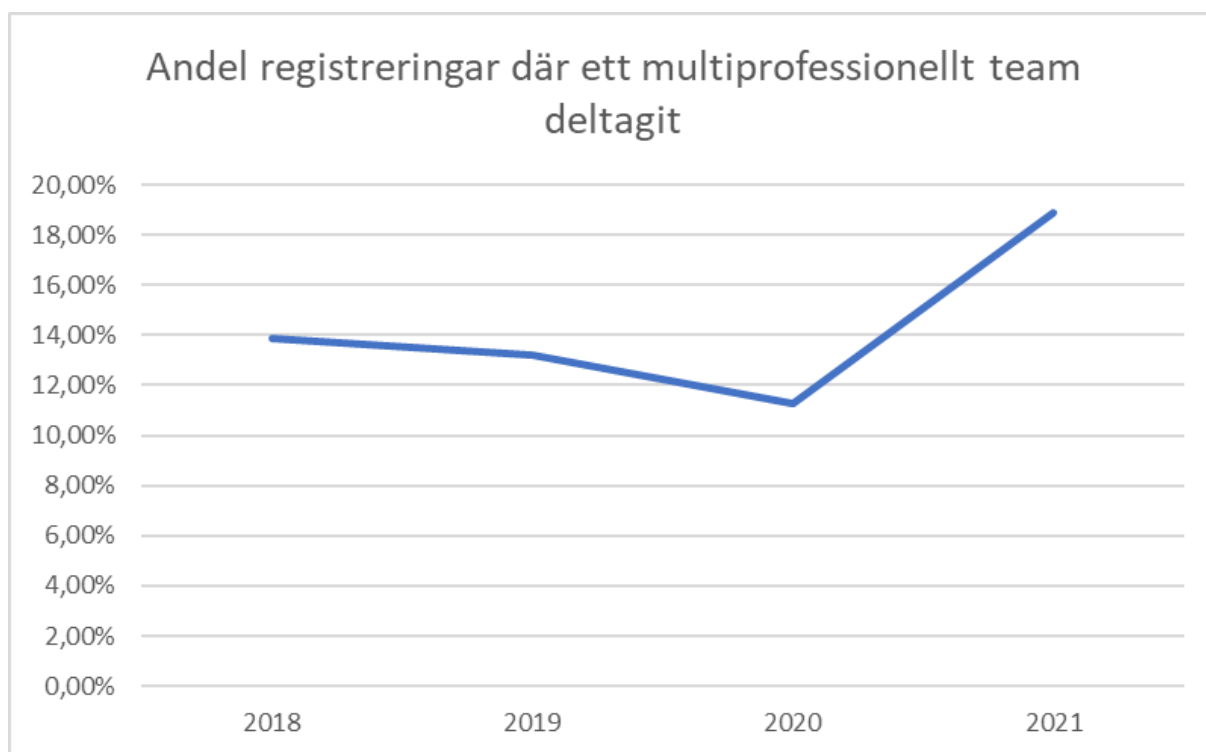


Täckningsgraden för registrering i Svenskt palliativregister ligger under måluppfyllelse på alla mätområden men har ändå ökat något sedan 2018 på alla områden utom mänsklig närvaro vid dödsögonblicket och trycksår. De största bristerna är smärtskattning under sista levnadsveckan och dokumenterad munhälsobedömning. Här finns en stor förbättringspotential som kommer att diskuteras vid de träffar som MAS har med sjuksköterskegruppen under 2022. Ordinerade läkemedel vid behov mot ångest och smärta finns vid palliativ vård, vilket gör att patienten snabbt kan få lindring vid dessa symptom.

13.3.2 Personcentrerad vård vid demenssjukdom

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) mäts i BPSD-registret med NPI-skalan (Neuropsychiatric Inventory), som är ett validerat skattningssinstrument. Skattningsskalan mäter både frekvens och allvarlighetsgrad av BPSD. Antalet registreringar har ökat med totalt två per månad under de senaste fyra åren. Efter skattningen ska olika åtgärder beslutas. Åtgärden sinnesstimulering kan till exempel bestå i att träffa ett robothusdjur. Under 2021 har två robothusdjur inhandlats till demensboenden.

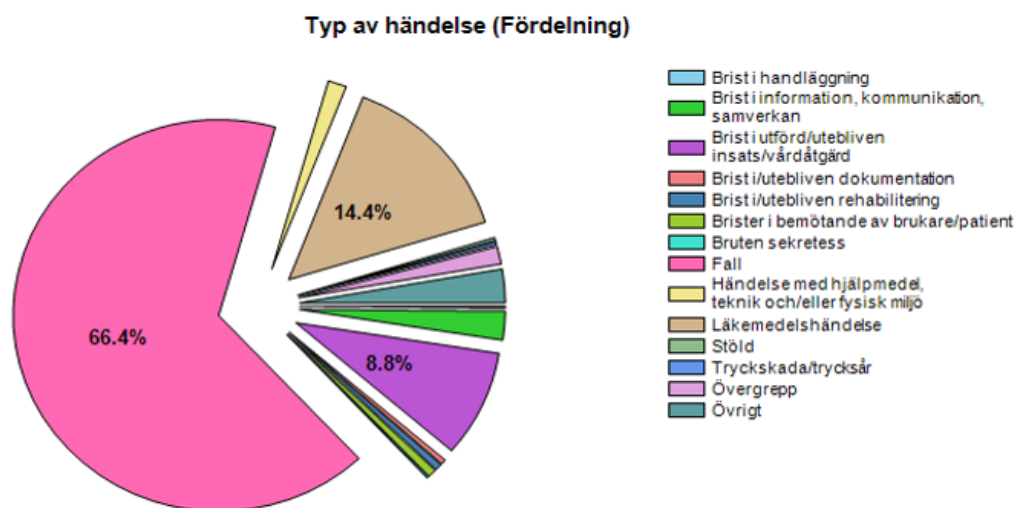
Diagram 13 - Registreringar där ett multiprofessionellt team deltagit



13.3.3 Avvikelser

Under 2021 har 995 avvikelser dokumenterats i DF respons.

Diagram 14 - Typ av avvikelser



Fall utgör en stor del av alla avvikelser. Därefter kommer avvikelser i läkemedelshandlingen och brist i utförd/utebliven insats/vårdåtgärd. Avvikelse informationsöverföring och dokumentation handlar ofta om brister i information som ges från slutenvården vid hemgång från sjukhus. En del avvikelser visar även på intern brist i information vid byte av vårdgivare. Ett händelseråd för avvikelser i samverkan finns på Högländet för uppföljning och åtgärder av avvikelser i samverkan.

Läkemedel



Utebliven läkemedelsdos är den vanligaste typen av läkemedelsavvikelse. Glömska anges som den största orsaken. Läkemedelsskåp med digitala lås har under året installerats i för patienter i ordinärt boende. De digitala skåpen har medfört en ökad säkerhet där behörigheter och logg kan skrivas ut på vilka som öppnat skåpet. Skåpen har fungerat bra och servicen från

leverantören har varit god.

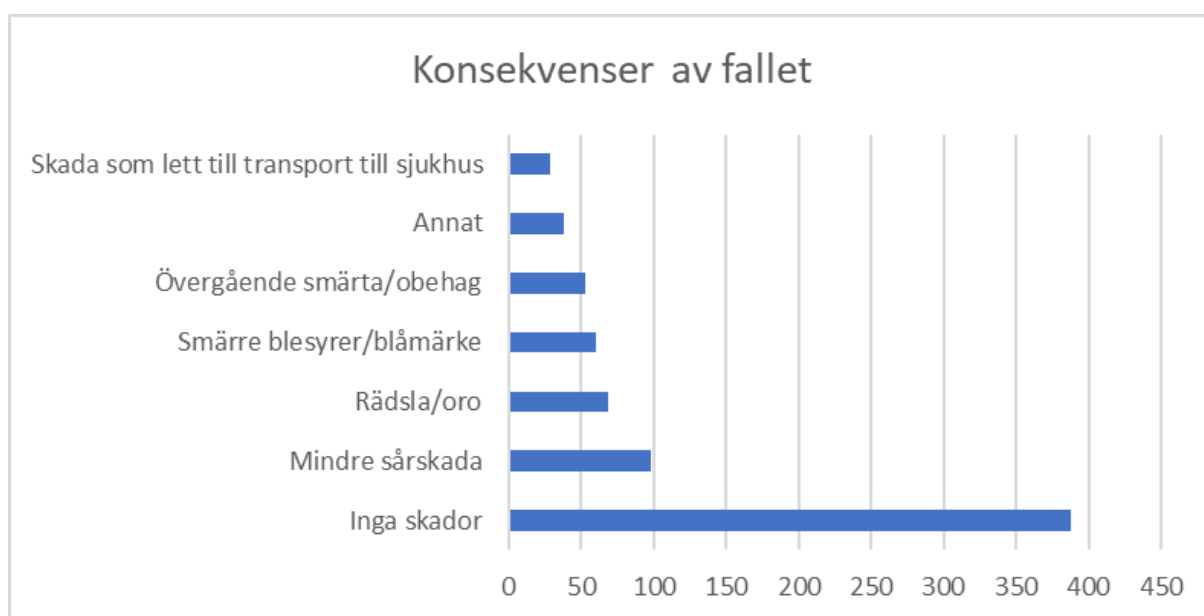
Fallavvikelse

Fall definieras som ”en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller på marken oavsett om skada inträffat eller ej och oavsett orsak”.

Tabell 2 - Plats för fall

Var hände fallet?	Antal	Fördelning
Sovrum	240	37,5 %
Dagrum vardagsrum	115	18,0 %
Badrum/toalett	110	17,2 %
Korridor/hall	75	11,7 %
Kök	68	10,6 %
Ute	16	2,5 %
Annat	13	2,0 %
Trappa	3	0,5 %
Totalt	640	100 %

Den största andelen fall sker inomhus.



Av alla fall som inträffar i verksamheten är det en liten del som leder till skador som kräver sjukhusvård.

13.3.4 Kvalitetsmätningar

Inom Sävsjö kommuns hälso- och sjukvård görs lokala mätningar inom olika områden. Inom området riskfaktorer för infektion och infektioner görs registreringar varje månad i samarbete med regionens avdelning för smittskydd/vårdhygien. Kvalitetsmätning inom hälso-sjukvården har tidigare gjorts årligen men har inte utförts under 2020 och 2021 på grund av den rådande pandemin.

14 Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål

- Kommunen skall bedriva en trygg och säker hälso- och sjukvård.
- Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för risk för skada i vårdarbetet.
- Personalen ska arbeta preventivt i syfte att förebygga vårdskador.
- Personalen ska arbeta följsamt till riktlinjer och rutiner.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska genom personcentrerad vård arbeta för att öka patientens delaktighet i vårdarbetet.

Strategi

För att uppnå ovan krävs att all personal använder riktlinjer och rutiner som ett levande dokument.

- Ledningssystemet för hälso- och sjukvården ingår som en del i Socialförvaltningens övergripande ledningssystem för kvalitet.
- Samverkan ska ske internt och med vårdcentral och slutenvård vid utskrivning från slutenvården
- Dokumentation ska ske enligt IBIC (Individens Behov i Centrum) och KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder).
- Fortsatt följa utvecklingen genom olika kvalitetsregister och använda resultat till fortsatt utveckling och förbättringsarbete för att ytterligare höja kvalitén på vården till kommunens vårdtagare.
- Utöka vårdpreventionsarbetet genom återinförande av teamträffar för att få ett fungerande teamarbete med registrering i Senior Alert.
- Riskbedömningar genomförs och resultat skrivs in i patientjournalen.
- Uppföljning av eget resultat och jämförelse med andra genom att våren 2022 delta i de nationella punktprevalensmätningarna (PPM) av:
 - o Trycksår
 - o Basala hygienrutiner och klädregler
 - o Vårdrelaterade infektioner
- Att mätningen av nattfastan år 2022 genomförs två gånger (vecka 14 och 47) under tre sammanhängande dygn.

En stor utmaning är att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens. Alltmer avancerad vård sker inom kommunen. Det innebär att kunskapsbehoven är stora för både legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Under 2022 planeras förbättringsarbeten inom följande områden:

- Utbildning för omvårdnadspersonal i Psyk E Senior under våren.
- Utbildningar i dokumentation med särskild satsning på LSS.
- Utveckling av demensvården genom utbildning till HSL-personal, BPSD-utbildningar och utveckling av demensteam.
- Sårutbildning för sjuksköterskor.
- Återinförande av fokusträffar.
- Riskbedömningar med Senior Alert införs som HSL-åtgärd.