

Patientsäkerhetsberättelse

2018

2018

Hälsa- och sjukvård



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	8
5.1 Senior Alert	8
5.2 Svenska Palliativregistret	8
5.3 Avvikelser	8
5.4 Vårdhygien.....	8
5.5 Dokumentation.....	8
5.6 Delegering	9
5.7 Läkemedelshantering	9
5.8 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom	9
5.9 Medicintekniska produkter.....	10
6 Uppföljning genom egenkontroll	11
7 Samverkan för att förebygga vårdskador	12
8 Riskanalys	13
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
10 Hantering av klagomål och synpunkter	15
11 Sammanställning och analys	16
12 Samverkan med patienter och närstående	17
13 Resultat	18
13.1 Strukturmått	18
13.2 Processmått	18
13.3 Resultatmått	22
14 Övergripande mål och strategier för kommande år	33
15 Bilaga 1 Läkemedelsgenomgångar	34

1 Sammanfattning

Anvisning

Här skriver du en kort inledning....

Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den genom publicering på Sävsjö kommuns hemsida.

Av patientsäkerhetsberättelsen skall framgå

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

Vårdgivaren, Socialnämnden i Sävsjö Kommun, ansvarar för god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska, på nämndens uppdrag och i enlighet med gällande författningar, till se att kvalitet och patientsäkerhet är hög.

Kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården är en del i det kvalitetssystem som ska finnas för socialförvaltningen enligt SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, socialstyrelsen. Gemensamma rutiner för avvikelshantering inom socialförvaltningen har utarbetats av MAS och beslutats av Socialnämnden under år 2015.

För en säker vård av god kvalitet har verksamheterna riktlinjer och rutiner till hjälp som kontinuerligt hålls aktuella av MAS. En översyn av innehåll och struktur i hälso- och sjukvårdens kvalitetssystem är genomförd under året. Riktlinjer som uppdaterats är bla.delegering, samverkan vid utskrivning och hygienombud.

Patientsäkerheten har följts upp genom deltagande i nationella kvalitetsregister, mätning vårdrelaterade infektioner, egna kvalitetsmätningar samt tillsyn av och besök i verksamheterna.

Aktiviteter för ökad patientsäkerhet

För vårdpersonal, utbildning inom hygien och infektioner och hygienombud har utsetts och utbildats. Införande av digital signering av läkemedel.

För sjuksköterskor, införande av digital signering av läkemedel.

För arbetsterapeuter och sjukgymnaster, uppföljning av hjälpmedelsförskrivning och användning tillsammans med hjälpmedelscentralen.

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

Anvisning

Kompletterande text.

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 29§ säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården utses av socialnämnden. Under året har ansvaret förfunktionshinderomsorgen och myndighetsenheten förändrats och överförs till individ och familjeomsorgen.

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, patientsäkerhetslag och patientsäkerhetsförordning. MAS har ansvaret att göra anmälningar enligt lex Maria till IVO samt att anmäla felaktigheter på medicintekniska produkter till läkemedelsverket. MAS ansvarar att det finns rutiner för hög patientsäkerhet. MAS har ansvar för 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. Utöver detta har MAS delegation från socialnämnden som handläggare för lex Sarah samt klagomåls/synpunktshantering inom vård och omsorg.

3.4 Enhetschefens ansvar

Enhetscheferna ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens. Ansvarar för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer riktlinjer och rutiner utarbetade av MAS samt att avvikelser rapporteras. Leder teamarbetet och samverkar med övriga yrkesfunktioner som sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och biståndshandläggare.

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 MAS upprättade rutiner och rapportera avvikelser om en patient drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada.

4 Struktur för uppföljning/ utvärdering

Mätmetod

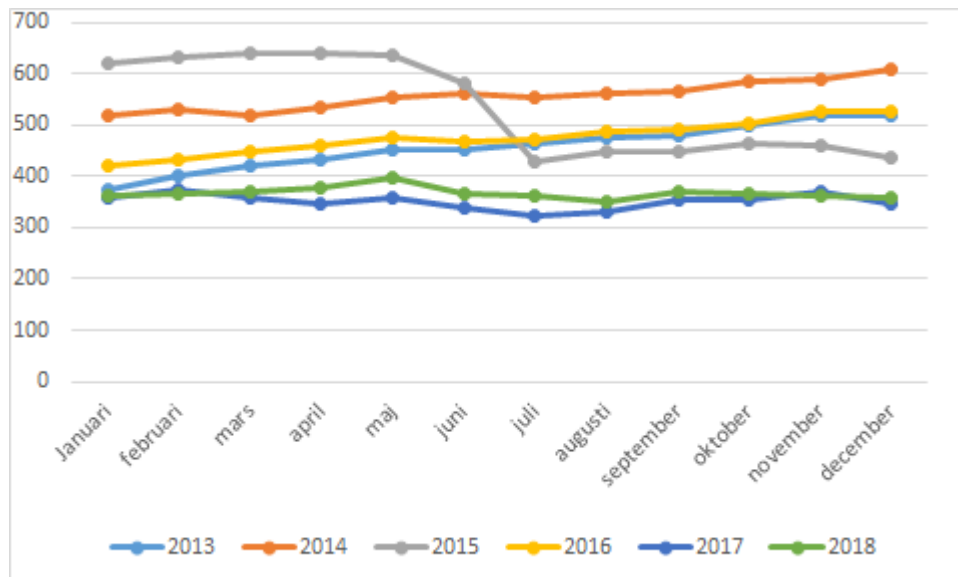
Kvalitetsbrister mäts genom avvikelshanteringssystemet vilket innefattar uppföljning av inkomna avvikelser, klagomål/synpunkter och förbättringsförslag samt uppföljning av journaldokumentation.

Avvikelse läkemedelshandling, fall, vård och behandling, informationsöverföring externt och internt samt med medicintekniska produkter (MTP) läggs in i databaserat avvikelssystem. Avvikelsesystemet är en del av verksamhetssystemet Pro-Capita. För avvikelser till sjukhus/primärvård, apotek och hjälpmedelscentralen finns särskild rutin. Uppföljning av aktuella avvikelser och fallrapporter sker på teamträffar på respektive område. MAS tar ut övergripande verksamhetsbaserad statistik från avvikelssystemet för uppföljning i verksamheterna. Ett händelseråd har bildats med Höglandets kommuner och Höglandssjukhuset för genomgång och uppföljning av avvikelser i samverkan.

Användningen av och uppföljning i nationella kvalitetsregister, Senior Alert, BPSD-registret och svenska palliativregistret medverkar till att patientsäkerhetsrisker identifieras.

Sedan 1996 har egna mätningar genomförts när det gäller antal läkemedel/person lugnande läkemedel, sömnmedel, förekomst av kateter i urinblåsan samt trycksår. Jämförelse har gjorts mellan enheter och resultatet har redovisats till socialnämnden. MAS följer upp samt ger information till verksamheten, genom tillsyn, besök verksamheten samt deltagande i arbetsplatsträffar. Omfattningen av hälso- och sjukvårdsinsatser redovisas halvårsvis till SCB och Socialstyrelsen. Återrapportering/månad av HSL-insatser individuppgifter, hämtas direkt ifrån Pro-Capita.

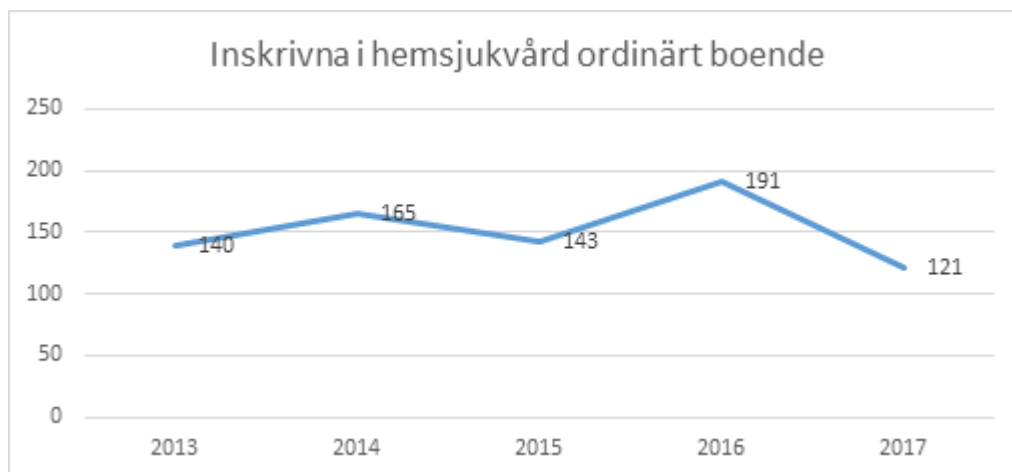
Diagram 1 - Personer med en dokumenterad HSL-insats under månaden



I statistiken ingår personer med en aktuell dokumenterad insats under månaden ifrån sjuksköterska/arbetsterapeut/ sjukgymnast.

Hälso- och sjukvårdens ansvar omfattar äldreomsorg, funktionshinderomsorg, socialpsykiatri, dagliga verksamheter samt HVB-hem i socialförvaltningens regi.

Diagram 2 - Inskrivna i hemsjukvård ordinärt boende



Utöver antalet inskrivna finns personer med planerade och akuta tillfälliga insatser samt de personer i ordinärt boende som får hjälpmedel förskrivna genom kommunen.

I december 2018 fanns det 122 personer på SÄBO (särskilt boende) inom vård och omsorg.

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. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av undernäring trycksår, och fallolyckor.

De risker som upptäcks ska alltid följas av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen. I journalen dokumenteras hälsoplan samt ordinationer från sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast till omvårdnadspersonalen. Hälsoplanen ska följas upp och utvärderas regelbundet. Uppföljningen av vård/hälsoplaner visar på att följsamheten till kraven på vårdplan behöver förbättras inom verksamheten.

5.2 Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där uppgifter registreras 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 vården varit sista veckan i livet. Sedan använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning. Registret är en registrering hur personens sista levnadvecka varit efter fastställda parametrar t.ex. brytpunktsamtal av läkare vid beslut om palliativ vård, lindring av smärta och ångest och illamående etc.

5.3 Avvikelser

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och medicinskt ansvarig sjuksköterska gör övergripande sammanställningar/område. MAS har under året övergripande ansvar för information och återkoppling av resultat. Varje verksamhet ska själv följa upp sina avvikelser regelbundet under året som ett led i ett kontinuerligt förbättringsarbete.

5.4 Vårdhygien

Risk för samt förekomst av vårdrelaterade infektioner, mätning görs en gång/månad såväl i särskilt som ordinärt boende.

Verksamheten har under året utbildat all omvårdadspersonal i basala hygienrutiner.

Varje enhet har också utbildat något hygienombud.

Under hösten skedde utbildning tillsammans med vårdcentralen och Enheten för smittskydd och hygien om antibiotikaresistens.

Enheten för smittskydd och hygien inbjöd till föreläsning/information om hur man förhindrar smittspridning gällande vinterkräksjuka.

5.5 Dokumentation

Dokumentation sker i verksamhetssystemet pro-capita. Journalträdet är upplagt efter ICF

(The **International Classification of Functioning, Disability and Health**). Uppföljning av dokumentationen sker fortlöpande genom granskning samt genom information till arbetsgruppen hälso- och sjukvård.

Användandet av Nationell Patientöversikt NPÖ har ökat. Arbetslistan i procapita är ett patientsäkert hjälpmedel. Denna funktion ger ett bra stöd i det dagliga arbetet. Arbetsuppgifterna kan läggas upp på arbetslistan direkt från åtgärden i journalen eller skrivas in direkt på listan. Ledningsgrupp för ÄBIC/IBIC samt E-hälsa i samverkan HSL och SoL (Socialtjänstlagen) har fortsatt sitt arbete under 2018.

Arbete med att dokumentera med KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) inom hälso- sjukvården har börjat förberedas i journalsystemet.

Under året har utbildning med att dokumentera digitalt i Life care som är en del av procapita fortsatt till alla särskilda boende inom äldreomsorgen.

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 avsedd modul i det IT-baserade dokumentationssystemet Procapita. För att få en delegering ska en webbaserad delegeringsutbildning, Jobba säkert med läkemedel, genomföras. Ett kursintyg kan laddas ner efter godkänt kunskapstest. Kursintyget är giltiga ett år, därefter ska man göra om kunskapstestet.

Godkänt kursintyg krävs för att få ny samt förnyad delegering. Utbildningen är framtagen 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 signalera vid förändringar,
- förstå roll och ansvar vid delegering,
- uppmärksamma symtom vid diabetes och ge insulin.

5.7 Läkemedelshantering

Följsamheten mot lokal riktlinje för läkemedelshantering följs löpande via avvikelser.

Läkemedelsgenomgångar enligt gemensam rutin med primärvården genomförs kontinuerligt. Det finns särskild utsedd sjuksköterska som ansvarar för läkemedelsförråden. För narkotikakontroll finns särskild rutin.

Följsamhet till rutinerna för läkemedelsadministration finns med i internkontrollplanen för socialförvaltningen.

5.8 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom

Fortsatt arbete med personcentrerad omvårdnad med stöd av det nationella kvalitetsregistret, BPSD-registret. Kommunens demenssjuksköterska har gått utbildning för att kunna utbilda i BPSD-registret i egna verksamheten.

En arbetsterapeut har som spetskompetens att göra kognitiva test vid basal demensutredning. Arbetsterapeuten har tillsammans med demenssjuksköterska samordningsansvar för demensvården.

5.9 Medicintekniska produkter

På Högländet finns i samverkan mellan kommunerna upphandling av sjuk- och förbandsmaterial, avtalet följs upp årligen. Kontroller av medicinteknisk utrustning ska ske enligt schema av medicin teknisk avdelning på Högländssjukhuset.

Genom hjälpmedelsmodulen i verksamhetssystemet Procapita är hantering, placering och uppföljning kvalitetssäkrade. Informationen om personliga hjälpmedel går direkt över till patientjournalen.

6 Uppföljning genom egenkontroll

Arbetsplatsträffar och teamträffar är ett forum för uppföljning på respektive område. Övergripande gör MAS sammanställningar som delges områdeschefer samt socialnämnd. 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.
- Lokal mätning kvalitetsindikatorer, antal läkemedel/person samt förekomst av neuroleptika, sömnmedel och laxermedel på SÄBO.
- Mätning av nattfasta.
- Statistikmätning ifrån hälso- och sjukvårdsjournalen t.ex. antalet utförda läkemedelsgenomgångar.
- Sammanställning av klagomål och synpunkter.
- Uppföljning och sammanställning av fallrapporter och avvikelser på enhets och övergripande nivå
- Egenkontroll vårdhygien.

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Länsavtal om läkarmedverkan från primärvård i hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer.
- Lokala 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 vårdcentrPandemiplan Sävsjö kommun
- Riktlinjer för uppsökande tandvård, bedömningsenheten för tandvård.
- Demensteam och palliativ team i samverkan med primärvården.
- Regelbundna samverkansmöten med verksamhetschefer primärvården.
- Samverkan med enheten för smittskydd och vårdhygien, Ryhovs sjukhus.
- Samverkan med barnkliniken.
- Samverkan med regionens palliativa resursteam
- Samverkansmöten med habiliteringen högländet 2 ggr/år.
- Samverkansmöte via skype varje vecka med Höglandssjukhuset.
- 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 Höglandssjukhuset för kontroll av medicinsk utrustning.
- Träffar i länet samt på högländet, medicinskt ansvariga sjuksköterskor.
- Länsgemensamma avtal kommun, landsting ex. inkontinens-, nutrition- kompressions, hjälpmedelsprodukter.
- Teamträffar i respektive område för planering , deltagare enhetschef, sjuksköterska , arbetsterapeut, sjukgymnast och biståndshandläggare

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 t.ex. 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

Fortlöpande ska det göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra skada risk för skada. Vid bedömning av allvarlighetsgrad används checklista som finns i socialförvaltningens rutiner för avvikelshantering.

Riskbedömningar görs enligt vedertagna bedömningsinstrument avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

Vid tillbud och händelser görs analyser. Inträffade händelser återkopplas till personalen och diskuteras på teamträffar varje vecka för att förhindra återupprepning. Riskanalys är en del i arbetsprocessen i det dagliga arbetet. Riskområden identifieras genom avvikelssystemet, kvalitetsregistren, synpunkter/klagomål och HSL-dokumentationen.

Strukturerad riskanalys görs vid allvarligare avvikelser. Under 2018 har en händelse enligt lex Maria och två händelser enligt Lex Sarah anmälts till IVO (inspektionen för vård och omsorg).

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelsehantering sker i verksamhetssystemet procapita. Att rapportera negativa händelser och tillbud är en skyldighet för all personal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. 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 avvikelseystemet 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 medicintekniska produkter (MTP).

10 Hantering av klagomål och synpunkter

Rutin finns på att inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas Ett klagomål har inkommit via patientnämnden under 2018.

Inga klagomål har inkommit från IVO.

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.

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

13 Resultat

Uppgifter inhämtade från:

- Avvikelsemodul, procapita
- Statistikuppgifter ifrån hälso- och sjukvårdsjournalen pro-capita
- Senior Alert
- BPSD-registret
- Utdata ifrån palliativregistret
- Kvalitetsportalen
- Kvalitetsmätningar utförda under året
- Äldreguiden, socialstyrelsen

13.1 Strukturmått

Utrustning

Ny bladderscan för kontroll av urinretention har köpts in till hälso- och sjukvården.

Rapporteringsstöd till varje omvårdnadspersonal har köpts in.

Utbildning

- Palliativvårdsutbildning, till sjuksköterskor
- Utbildning i BPSD
- Utbildning inkontinens för nya förskrivare (SSK)
- Vårdhygien, enheten för hygien-smittskydd
- Delegeringsutbildning på web
- Rapporteringsstöd till omvårdnadspersonal

Projekt

- IBIC (individens behov i centrum)-utbildning pågår kontinuerligt i verksamheten.

13.2 Processmått

13.2.1 Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt särskild rutin utarbetad i samverkansprojekt med primärvården Sävsjö, Vrigstad och kommunen. Rutinen har varit förebild till de övergripande riktlinjerna för läkemedelsgenomgångar som landstingets läkemedelskommitté fastställt. Under 2018 har 46 dokumenterade läkemedelsgenomgångar genomförts. (uppgift från hälso- sjukvårdsjournalen). Utöver strukturerade läkemedelsgenomgångar sker det kontinuerligt läkemedelsavstämning varje vecka vid läkarens metodstöd på SÄBO.

Diagram 3 - Andel antipsykotiska läkemedel

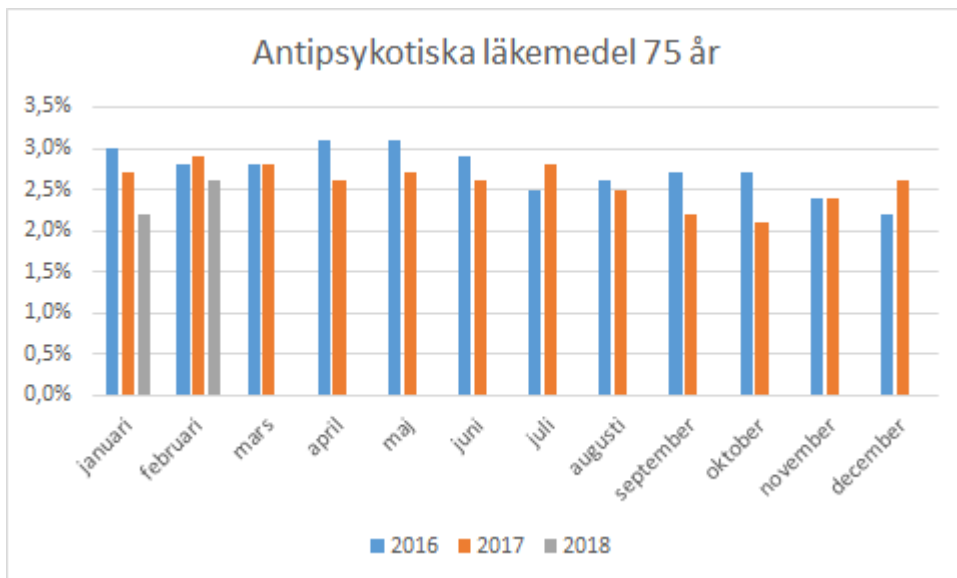


Diagram 4 -Andel olämpliga läkemedel

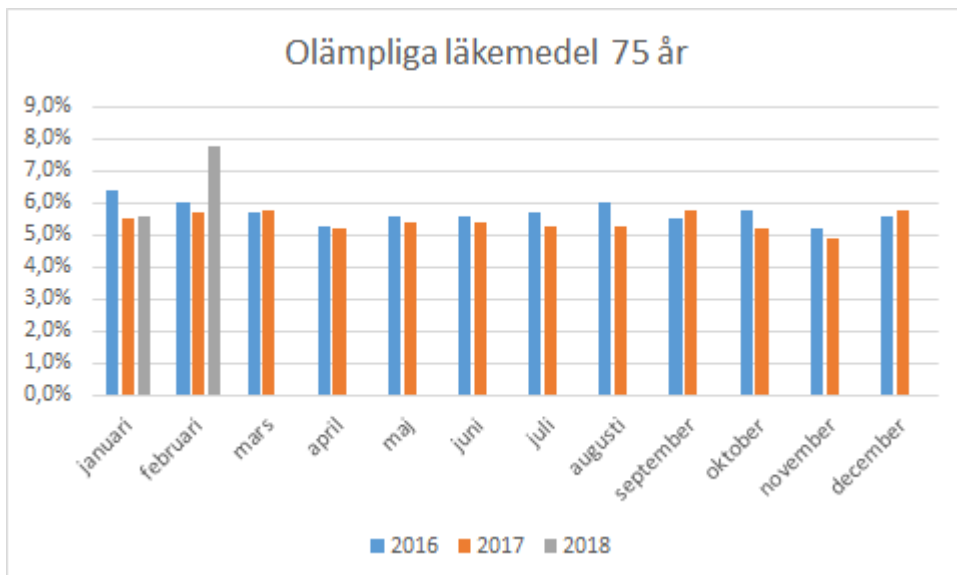
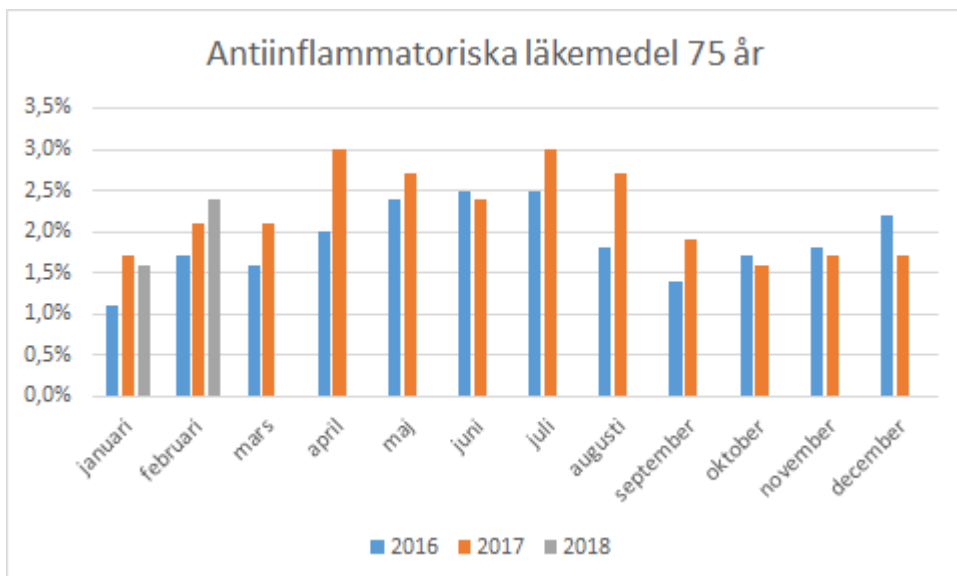


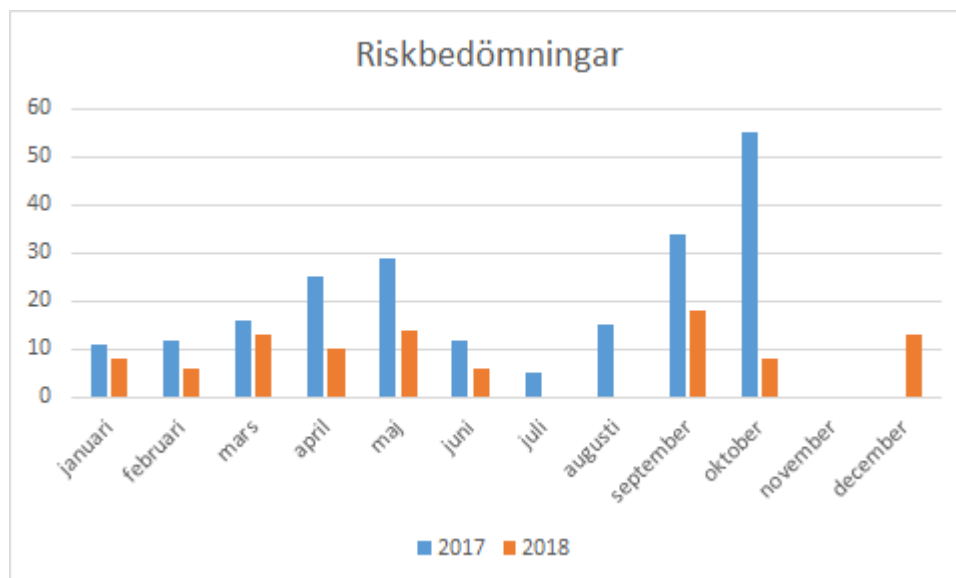
Diagram 5 - Andel antiinflammatoriska läkemedel



13.2.2 Senior Alert

SeniorAlert är ett nationellt kvalitetsregister kring förebyggande arbete för äldres hälsa. Riskbedömning i Senior Alert erbjuds personer 65 år eller äldre som flyttar in på särskilt boende samt de som skrivs in i hemsjukvården. Registreringar i Senior Alert påbörjades i Sävsjö kommun år 2010.

Diagram 6 - Riskbedömningar Senior Alert 2017-2018



Antalet riskbedömningar är lägre under 2018 än 2017.

Tabell 1 - Riskbedömningar munhälsa 2018

Månad	Total
Antal riskbedömningar totalt av munhälsa	117
Antal riskbedömningar med ROAG-J	112
Antal bedömningar där ROAG-J ej går att göra men risk föreligger	5
Antal riskbedömningar med ROAG-J och bedömningar utan ROAG-J där risk för ohälsa i munnen föreligger	31
Antal 2:or i ROAG-J	51
Antal 3:or i ROAG-J	20
Antal riskbedömningar med minst en planerad åtgärd	83

Källa: Senior Alert ; Antal riskbedömningar av munhälsa

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 även att arbetsterapeuten och/eller sjukgymnasten går igenom en checklista För att se över vårdmiljön, hjälpmedel etc. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Uppföljning genom Senior alert görs 2 gånger/år genom att arbetsterapeut/sjukgymnast/sjuksköterska gör en riskbedömning. Ny teambedömning görs vid behov samt när någon fallit 3 gånger

Personer på korttidsboende

Vid inflyttning görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut, ADL-bedömningen ses som en del i bedömningen för att kunna identifiera eventuell fallrisk. Arbetsterapeut lämnar ut skriftlig och muntlig information gällande fallprevention. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Fallrapporter tas upp i samband med teamträff tillsammans med vårdpersonal, sjuksköterska, områdeschef, biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjukgymnast. Efter tre fall görs en riskbedömning. Balansträning i grupp erbjuds vid behov, detta under ledning av rehab assistent.

Personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård

Teamträffar hålls 1gång/vecka tillsammans med vårdpersonal, områdeschef, biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut. Under teamträffarna är det allas ansvar att påtala och uppmärksamma om de träffat individer med misstänkt fallrisk. Vid behov utförs en bedömning av arbetsterapeut bedömningen görs på samma sätt som i särskilt boende. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Fallrapporter tas upp på teamträff. Efter tre fall görs en riskbedömning.

Riskbedömningar och fallrapporter dokumenteras i journalsystemet Procapita samt i kvalitetsregistret Senior Alert.

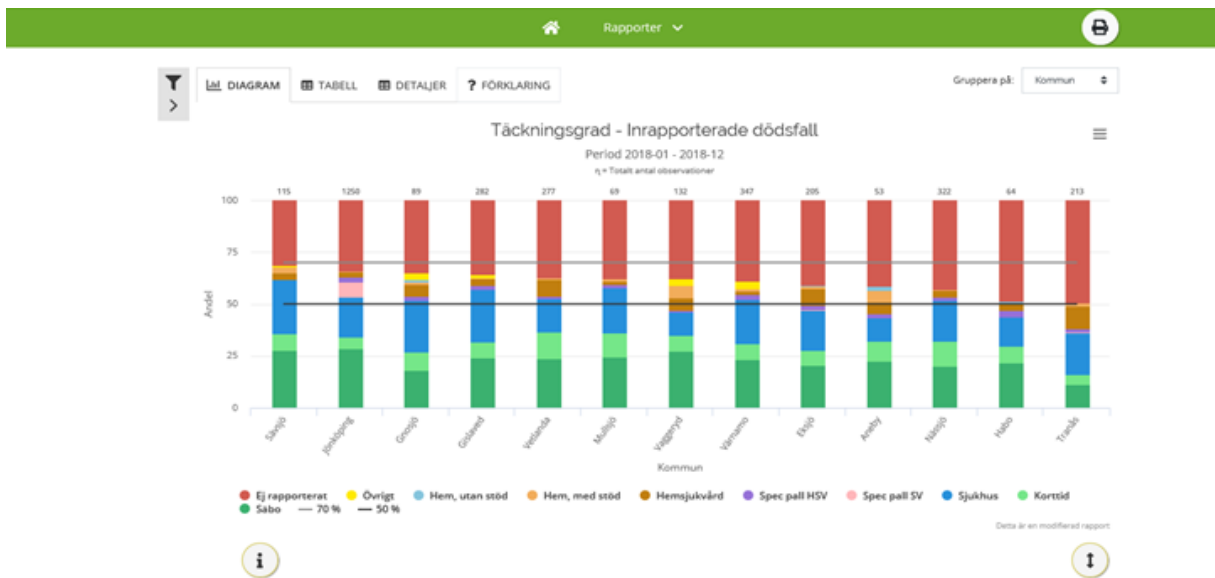
Utförda fallförebyggande åtgärder under 2018

- Läkemedelsgenomgång
- Larm/extra tillsyn
- Assistans vid förflyttning
- Gångträning
- Balansträning
- Assistans vid personlig vård
- Stöd vid personlig vård
- Hjälpmedelsförskrivning
- Annan åtgärd - Muskelfunktions och styrketräning
- Information/undervisning om hälsa/ohälsa - Fall
- Anpassning av möblering och inventarier
- Anpassning av belysning och ljud
- 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 kunna känna trygghet, 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.

Diagram 7 - Inrapporterade dödsfall per folkbokföringskommun - täckningsgrad

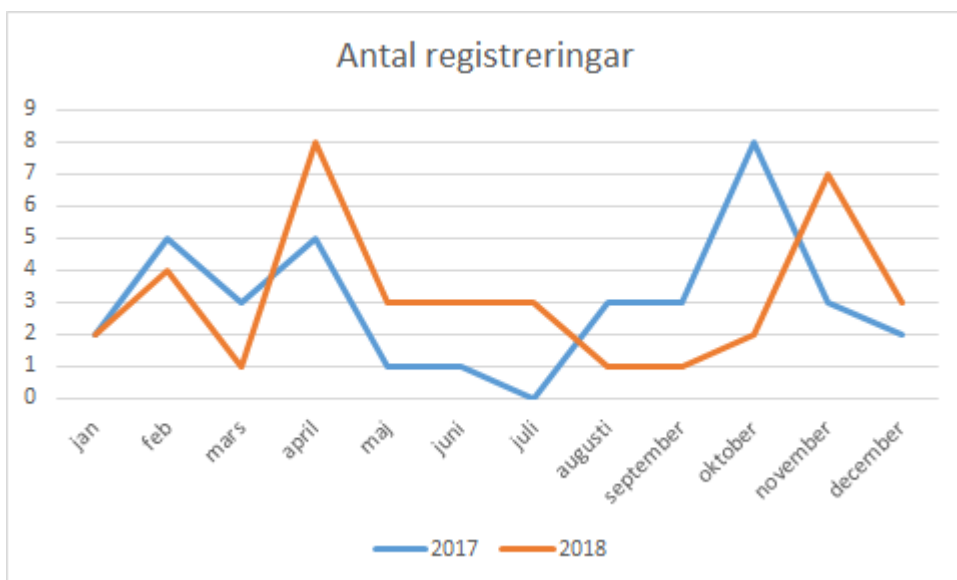


13.2.5 BPSD-registret

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens 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 8 - Antal registreringar i BPSD-registret



13.3 Resultatmätt

13.3.1 Vård i livets slutskede

Diagram 9- Täckningsgrad palliativ vård

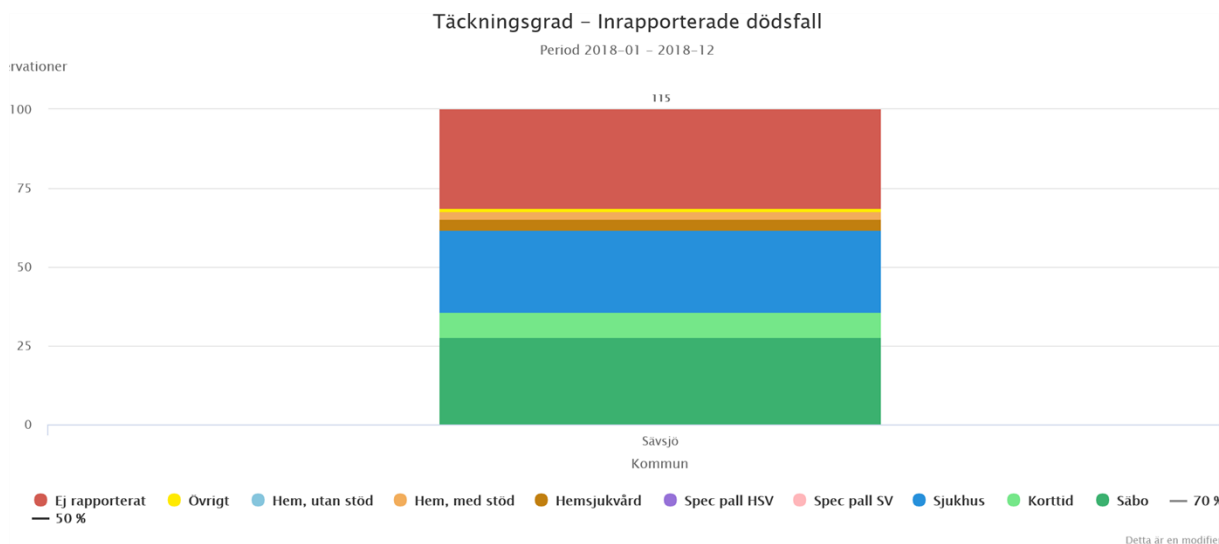


Diagram 10 - Palliativa indikatorer

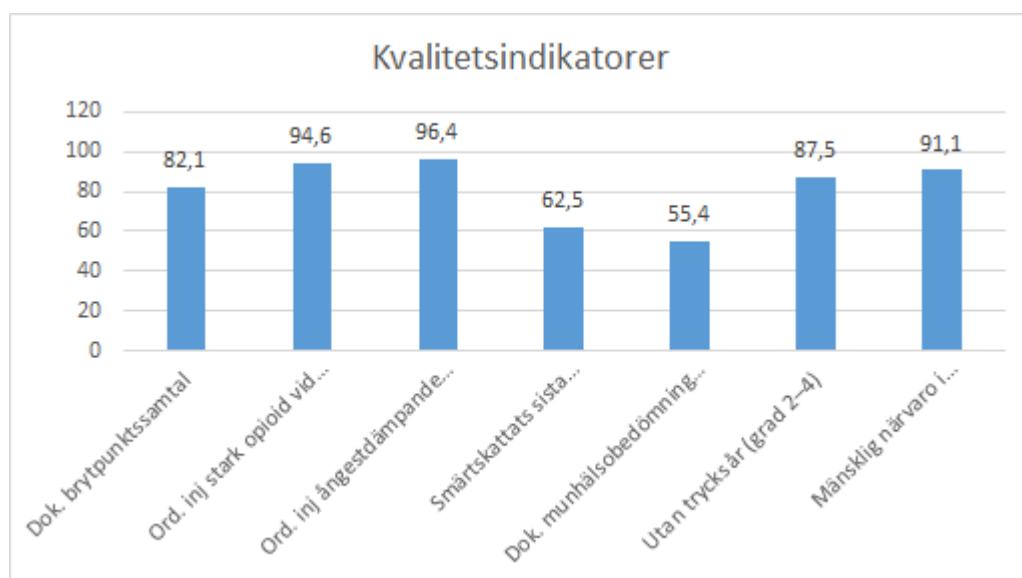


Diagram 11 - Palliativa indikationer 2016-2018

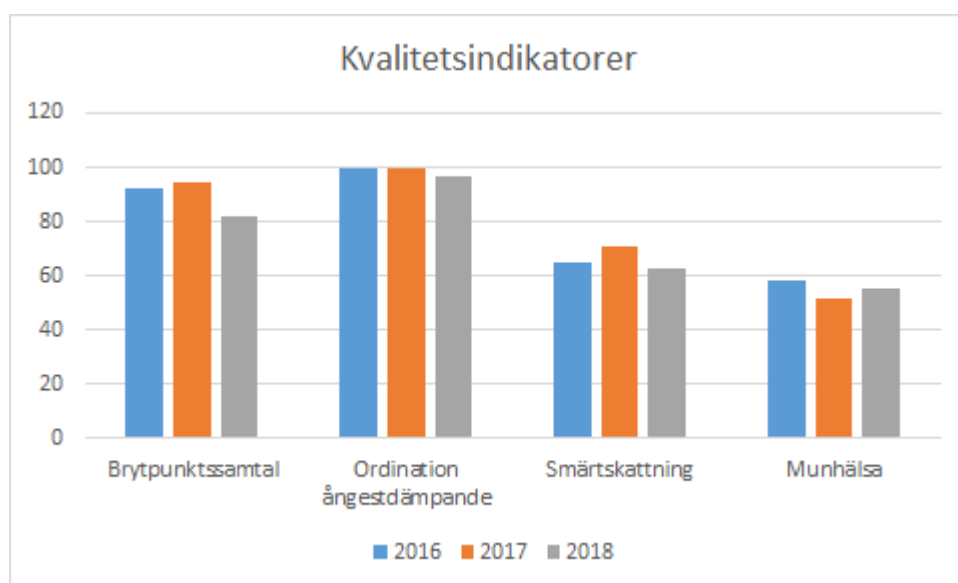
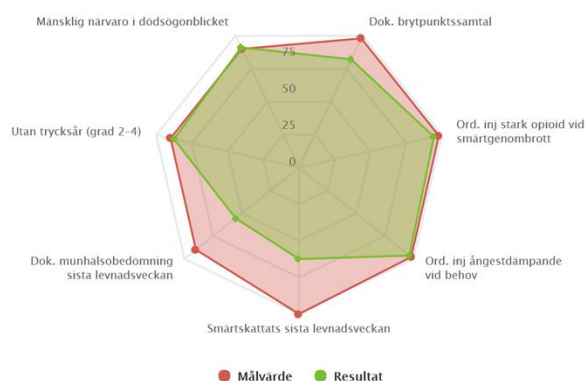


Diagram 12 - Resultat socialstyrelsens indikationer 2018

Kvalitetsindikatorer – lilla

Period 2018-01 – 2018-12



Detta är en modifierad rapport

Täckningsgraden för registrering i Svenskt palliativregister ligger strax under måluppfyllelse.

Smärtskattning vid vård i livets slut har diskuterats i sjuksköterskegruppen om att det kan göras mer frekvent. Andelen patienter som fick en dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan är lägre än föregående år.

Ordinerade läkemedel 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

BPSD=Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

NPI-skalan

Neuropsychiatric Inventory, skattningsskala som mäter frekvens och grad av BPSD.

Diagram 13 - NPI poäng över tid

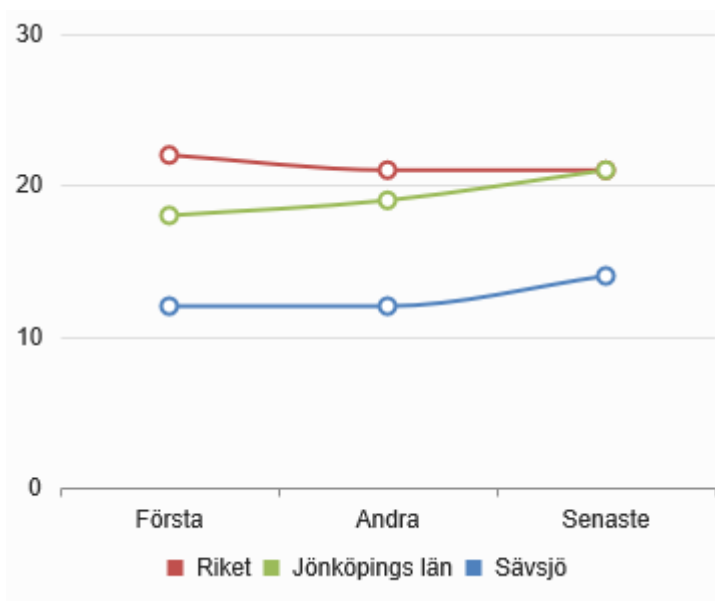


Diagram 14 - Andelen personer som har olämpliga läkemedel

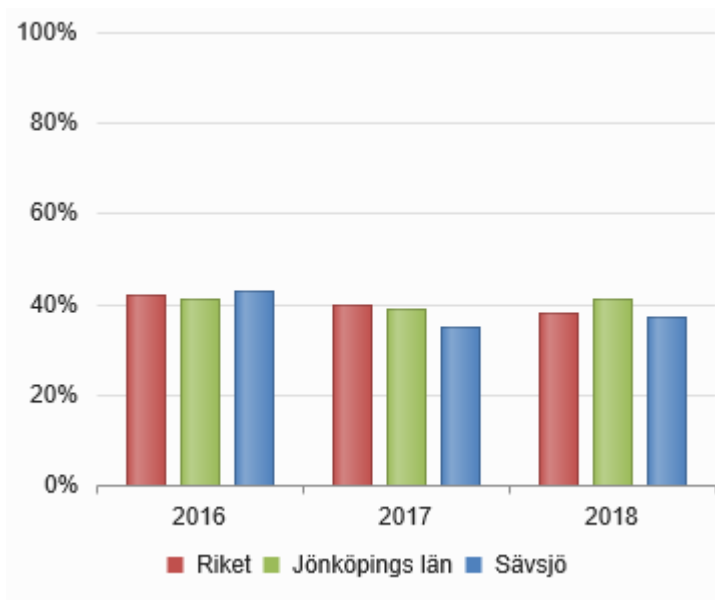


Diagram 15 - Andelen personer som verkar smärtfria

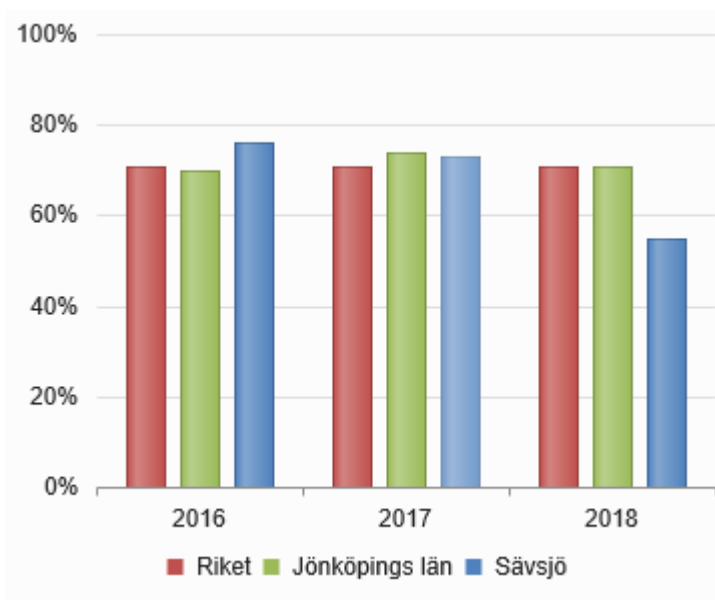


Diagram 16- Andelen personer som har bemötandeplan

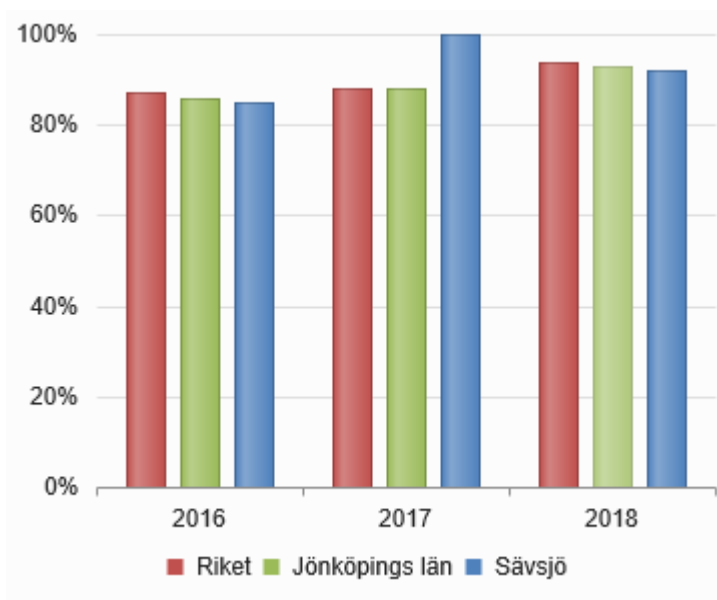


Diagram 17 - Andelen personer som fått en läkemedelsöversyn genomförd

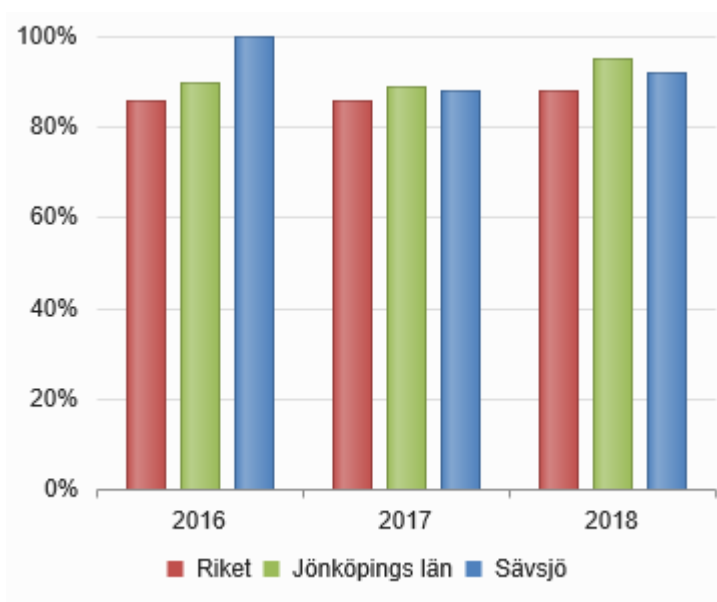
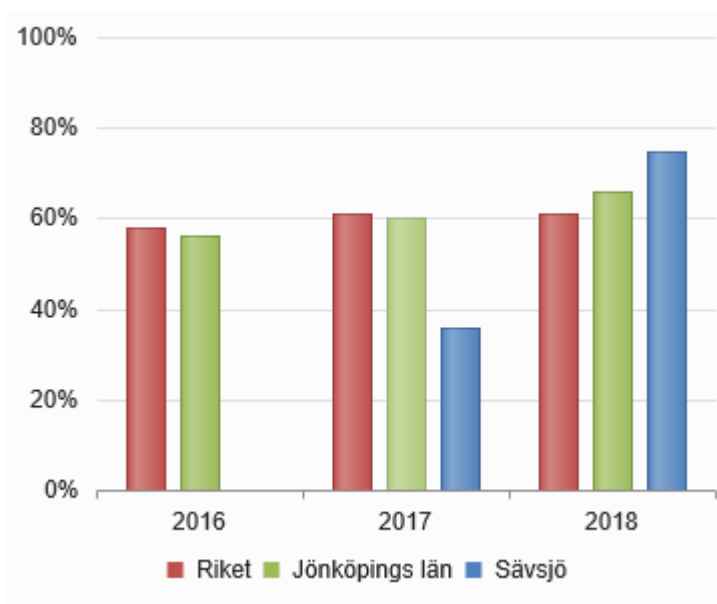


Diagram 18 - Andelen med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande läkemedel



Uppgifter hämtade ur BPSD-registret

En förbättring kan ses för andelen med Alzheimers sjukdom som fått symptomlindrande läkemedel och de som bedöms som smärtfria har minskat i andel.

Kommunens demensteam jobbar i samverkan med regionens primärvård för en god demensvård i Sävsjö kommun.

13.3.3 Avvikelser

Källa: Pro-capita avvikelsemodule 816 avvikelser har dokumenterats under 2018.

Läkemedel

Tabell 2 - Läkemedelsavvikelser

ÅR	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018
ANTAL	150	200	158	159	154	158

Diagram 19 - Typ av avvikelse

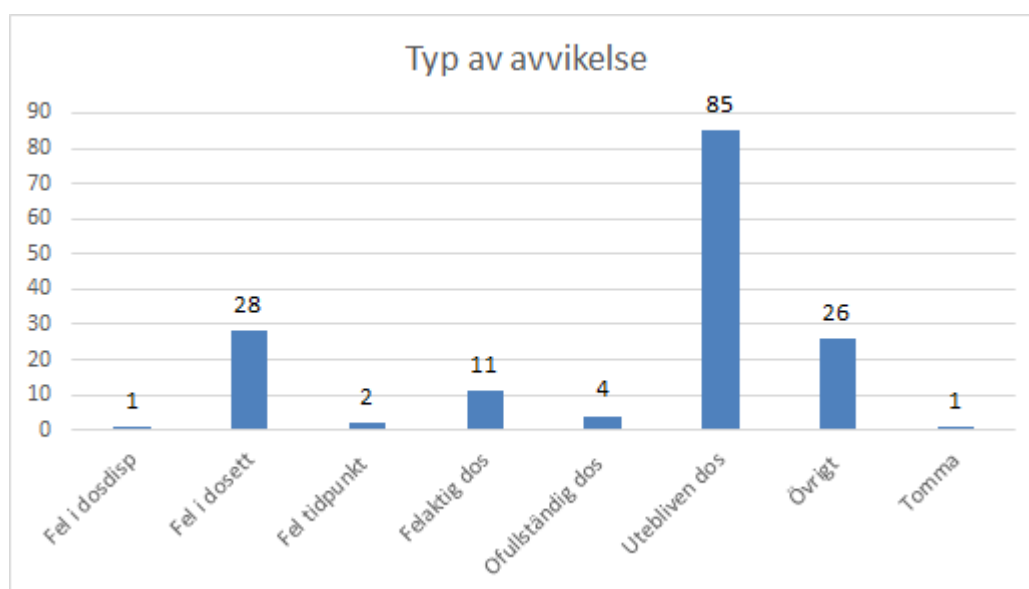


Diagram 20 - Orsak till avvikelse



Utebliven läkemedelsdos är den största avvikelser och glömska är den största orsaken till att det blir läkemedelsavvikelser. Under året har flera verksamheter påbörjat att signera läkemedel digitalt som bör ge effekt på antal avvikelser när det är igång i alla verksamheter.

Fallrapporter

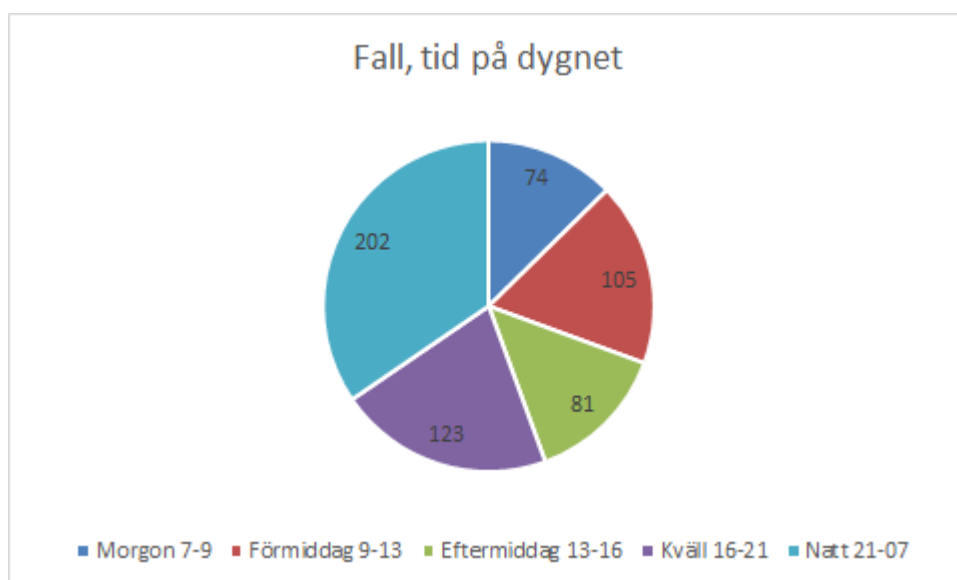
Fall definieras som ”en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller på marken oavsett om skada inträffat eller ej och oavsett orsak”.

Tabell 3 - Översikt fallrapporter

FALLRAPPORTER		2 015	2 016	2 017	2 018
Var inträffade fallet	Inomhus	565	545	581	579
	Utomhus	10	17	11	20
	TOTALT ANTAL	575	562	592	599
Typ av verksamhet	Demensboende	189	126	172	99
	Hemsjukvård	164	173	201	266
	LSS /socialpsykiatri	21	21	20	17
	Vårdboende/korttidsboende	201	242	199	184
Fallriskbedömning gjord	Ja	422	326	344	210

Antal fall har ökat något och den största ökningen kan man se inom ordinärt boende.

Diagram 21 - Tid på dygnet när fall inträffar



Tabell 4 - Översikt avvikelser vård och behandling

AVVIKELSE VÅRD OCH BEHANDLING 2018	HELA KOMMUNEN	
Typ av avvikelse	Bristande HSL insats	2
	Dokumentation	1
	Omvårdn / rehabordination	24
	Vård / behandling	8
	Vårdrelaterad infektion	1
	Övrigt	2
Personalkategori	Legitimerad personal	5
	Vårdpersonal	33

De flesta avvikelser gäller att det fattas signatur på behandlingslistor när de kontrollerats i efterhand av arbetsterapeut/sjukgymnast. För att förbättra följsamheten bör sjukgymnastens och arbetsterapeutens ordinationer följas upp kontinuerligt på teamträffarna.

Avvikelser medicintekniska produkter MTP

Inga avvikelser med tekniska hjälpmedel har rapporterat i avvikelssystemet.

Avvikelser informationsöverföring och vårdplanering

Sammanlagt 14 avvikelser är rapporterade. Alla gäller informationsöverföring mellan vårdgivare.

Under året har det varit många avvikelser i samverkan i och med nytt arbetssätt när ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården började gälla. Alla dessa avvikelser är inte inlagda i systemet men har lyfts vid samverkansmöte med slutenvården. Avvikelserna gäller framförallt informationsflödet vid utskrivning från slutenvården.

Ett händelseråd för avvikelser i samverkan finns på Högländet för uppföljning och åtgärder av avvikelser i samverkan.

13.3.4 Kvalitetsmätningar

Inom Sävsjö kommuns hälso- och sjukvård görs lokala mätningar inom olika område.

Smittskydd och hygien

Tabell 5 - Riskfaktorer infektion 2014-2017

	2014	2014	2015	2015	2016	2016	2017	2017	2018	2018
	ORDINÄRT BOENDE	SÄBO	ORDINÄRT BOENDE	SÄBO	ORDINÄRT BOENDE	SÄBO	ORDINÄRT BOENDE	SÄBO	ORDINÄRT BOENDE	SÄBO
Antal personer	169	178	143	178	154	104	121	118	98	110
KAD eller annan urinavledning	23	17	20	25	16	17	17	10	10	12
Centralvenös infart	1	0	2	0	0	0	1	0	3	1
Enteral infart	0	0	2	1	4	0	0	0	ej med i mätning	ej med i mätning
Immunsuppressiv behandling	0	5	1	8	1	0	0	0	ej med i mätning	ej med i mätning
Fot- och bensår	13	7	9	7	13	2	13	6	20	4
Trycksår	2	4	4	4	2	3	2	4	3	2
Sår efter operation	1	2	0	0	1	3	0	1	0	0
Andra sår	2	1	3	2	2	0	0	0	ingår i fotbensår	ingår i fotbensår
Summa riskfaktorer	42	36	41	47	39	25	33	21	36	19

Mätning och registrering av riskfaktorer för infektioner görs av flertalet kommuner i länet i samverkan med smittskydd och vårdhygien på regionen. Antalet riskfaktorer för infektion har är nästan oförändrat både inom särskilt boende och ordinärt boende.

Vaccinationer

Influensa vaccinationer har erbjudits enligt smittskyddsläkarens rekommendationer.

Antal vaccinationer under 2018 utförda av kommunsjuksköterskor mot influensa och pneumokocker. Personal som utför omvårdnadsuppgifter erbjudas influensavaccinering av arbetsgivaren för att minimera smittspridning till vårdtagare.

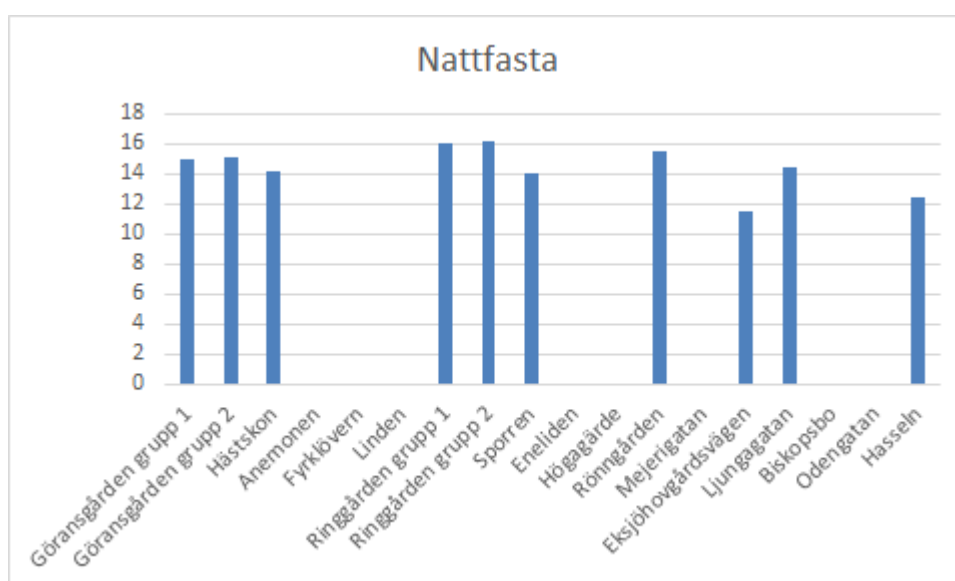
Tabell 6 - Givna vaccinationer

FLUARIX	FLUARIX TILL PERSONAL	PNEUMOVAX
137	2	0

Nattfasta

Nattfastan följs upp inom äldreomsorgen på SÄBO genom den årliga nattfastemätningen. Årets mätning genomfördes under vecka 14 och vecka 43. Ansvariga för mätningen på enhetsnivå är enhetschef, vårdpersonal och sjuksköterska. MAS ansvarar för övergripande sammanställning. Nattfastan är den tid som går från tidpunkten för kvällens sista mål till påföljande dags första mål. Socialstyrelsen använder nattfasta som en kvalitetsindikator. Maxfastan ska inte överstiga 11 timmar, en maxfasta på 11 timmar eller lägre ger en större chans för äldre och/eller sjuka i vård och omsorg att få ett fullgott energi- och näringsintag. Det kan i sin tur bidra till att underlätta sårhäkning, förebygga undernäring, minska risken för fall och ge en högre livskvalitet.

Diagram 22 - Nattfasta



Mätning v 43 visar att ingen av de deltagande enheterna håller maxfastan på 11 timmar. lägst nattfasta är 11,5 tim och högst 16,16 timmar.

Kvalitetsmätning HSL

Kvalitetsindikatorer HSL mäts en gång per år. I kvalitetsmätningen HSL mäts bl. läkemedelsadministration och förskrivning av läkemedel.

Diagram 23 - Antal apodos o dosett

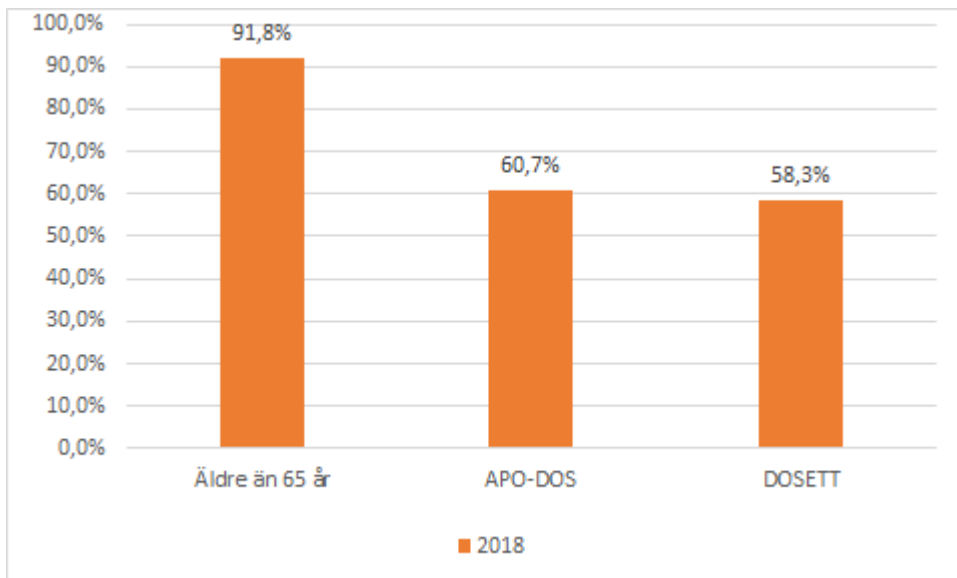
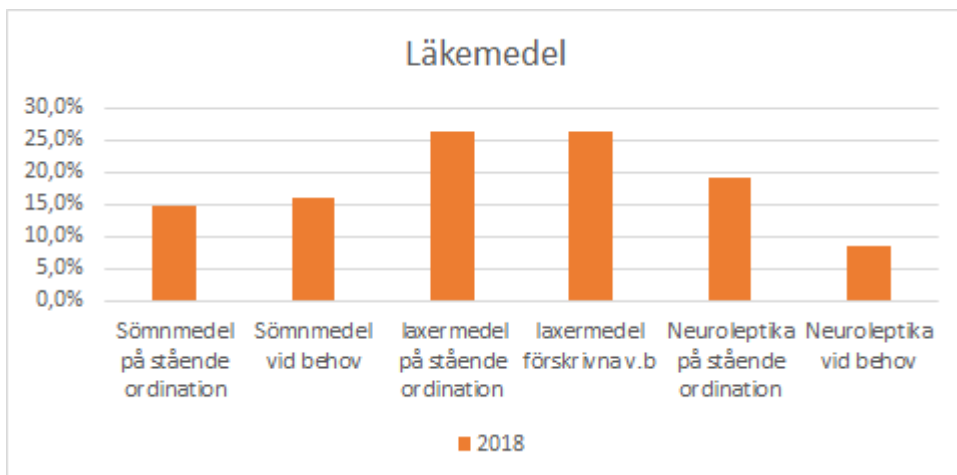


Diagram 24 - Ordinationer sömnmedel, neuroleptika och laxermedel



14 Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål

- kommunen skall ha en trygg och säker hälso- och sjukvård
- patienten inte ska komma till skada eller utsättas för risk för skada i vårdarbetet
- personalen arbeta preventivt i syfte att förebygga vårdskador
- personalen ska arbeta följsamt till riktlinjer och rutiner
- hälso- och sjukvårdspersonalen ska 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 internt och med vårdcentral och slutenvård vid utskrivning från slutenvården
- IBIC (Individens Behov i Centrum) ,utveckla patientjournalen med KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder).
- dokumentera enligt ICF och KVÅ
- fortsatt utvecklingsarbete i de olika kvalitetsregistren och använda resultat till fortsatt utveckling och förbättringsarbete för att ytterligare höja kvalitén på vården till kommunens vårdtagare.
- utöka vårdpreventionsarbetet genom registrering i Senior Alert
- riskbedömningar görs och att resultat återfinns i patientjournalen
- Uppföljning av eget resultat och jämförelse med andra genom att våren 2019 delta i de nationella punktprevalensmätningarna (PPM) av:
 - Trycksår
 - Basala hygienrutiner och klädregler
 - Vårdrelaterade infektioner
- att mätningen av nattfastan år 2019 genomförs två gånger (vecka 14 och 47) under tre sammanhängande dygn.

15 Bilaga 1 Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar i samverkan, Sävsjö kommun och Vårdcentralen

Bra Liv Sävsjö

2006 deltog ett team från Sävsjö i programmet, Patientsäkerhet och läkemedel med fokus på äldre i SÄBO. Förbättringsarbetet som togs fram var att införa årliga läkemedels genomgångar. Vi införde läkemedelsgenomgångar på SÄBO, under 2006-2007.

2010 ansökte vi om stimulansbidrag för läkemedelsgenomgångar i samverkan mellan Sävsjö kommun och vårdcentralen Bra Liv . Styrgrupp MAS och verksamhetschef Bra Liv.

Arbetsgruppen bestod av två distriktssk, två kommunssk och två distriktsläkare. Storgrupp: Arbetsgrupp samt mottagnings ssk och samtliga läkare på VC. Vi tog fram gemensamma arbetsformer för genomförandet av läkemedelsgenomgångar i SÄBO och hemsjukvården. Vid övertagandet av hemsjukvården i ordinärt boende januari 2013 hade vi väl utarbetade rutiner för läkemedelsgenomgångar. Vi (MAS och Verksamhetschef) har träffats regelbundet och gemensamt följt upp rutinerna och följsamheten samt reviderat vid behov.

Läkemedelsgenomgång erbjudes minst en gång/år

- - den månad patient fyller år
- - flyttar in på särskilt boende
- - för patienter i hemsjukvården
- - vid behov

Följande görs:

- - Provtagning , prover LabRos
- - Modifierad PHASE 20
- - Statuslista
- - Riskanalys Senior Alert
- - Ev triggerlista
- - Granskning av läkemedelslista, indikationer

Apotekare involveras (v.b.) och går igenom symtomskattning och medicinlista.

Läkemedelsgenomgången dokumenteras i kommunens HSL- journal och i Cosmic.

Vi följer/mäter antal läkemedelsgenomgångar genom hälso- och sjukvårdsdokumentationen i verksamhetssystemet.