

# Patientsäkerhetsberättelse för Socialförvaltningen i Sävsjö kommun 2016

2017-02-10

Kerstin Carlsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	3
1. Övergripande mål och strategier	4
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
2.1 Socialnämndens ansvar	
2.2 Verksamhetschefens ansvar	
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	
2.4 Områdes/enhetschefens ansvar	
2.5 Hälso- och sjukvårdpersonalens ansvar	
3. Struktur för uppföljning/utvärdering	5
4. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
4.1 Senior Alert	
4.2 Svenska Palliativregistret	
4.3 Avvikelser	
4.4 Vårdhygien	
4.5 Dokumentation	
4.6 Delegering	
4.7 Läkemedelshantering	
4.8 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom	
4.9 Medicintekniska produkter (MTP)	
5. Uppföljning genom egenkontroll	8
6. Samverkan för att förebygga vårdskador	8
7. Riskanalys	9
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
9. Hantering av klagomål och synpunkter	10
10. Sammanställning och analys	10
11. Samverkan med patienter och närstående	10
12. Resultat	11
12.1 Strukturmått	11
12.2 Processmått	11
12.2.1 Läkemedelsgenomgång	
12.2.2 Tidsmätning läkemedelshantering	
12.2.3 Senior Alert	
12.2.4 Riskområde fall-fallprevention	
12.2.5 Svenska Palliativ registret	
12.2.6 BPSD-registret	
12.3 Resultatmått	14
12.3.1 Vård i livets slutskede	
12.3.2 Personcentrerad vård vid demenssjukdom	
12.3.3 Avvikelser och kvalitetsmätningar	
13. Övergripande mål och strategier för kommande år	21
Bilaga 1, läkemedelsgenomgångar	

## Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen 210:659 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.

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. riktlinje för beslutstöd, nutritionspolicy inom vård och omsorg, Riktlinjer för hälso- och sjukvård vid LSS-verksamhet samt rutiner för läkemedelshantering vid korttidsvistelse har beslutats.

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

### **Aktiviteter för ökad patientsäkerhet, exempel:**

**För vårdpersonal**, Web- utbildning jobba säkert med läkemedel har fortsatt att införas. Godkänt kursintyg krävs vid ny och/eller förnyad delegering kursintyget är giltigt ett år och måste därefter förnyas.

### **För sjuksköterskor**, ViSam beslutstöd

Beslutstödet ska användas när den enskildes hälsotillstånd hastigt försämrats.

**Checklistan** ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras.

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

## 1. 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
- läkemedelshandlingen följer gällande direktiv
- preventionsarbete sker dagligen i allt vårdarbete
- tvärprofessionell samverkan sker på varje område/enhet
- riskbedömningar görs och att resultatet återfinns i patientjournalen

## 2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### 2.1 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.

### 2.2 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.

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.

### 2.3 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 även delegering från socialnämnden 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. Utöver detta har MAS haft delegation från socialnämnden som handläggare för lex Sarah samt klagomåls/synpunktshantering inom vård och omsorg.

### 2.4 Områdes/enhetschefers ansvar

Enhets/områdescheferna 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.

## 2.5 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.

## 3. Struktur för uppföljning/utvärdering

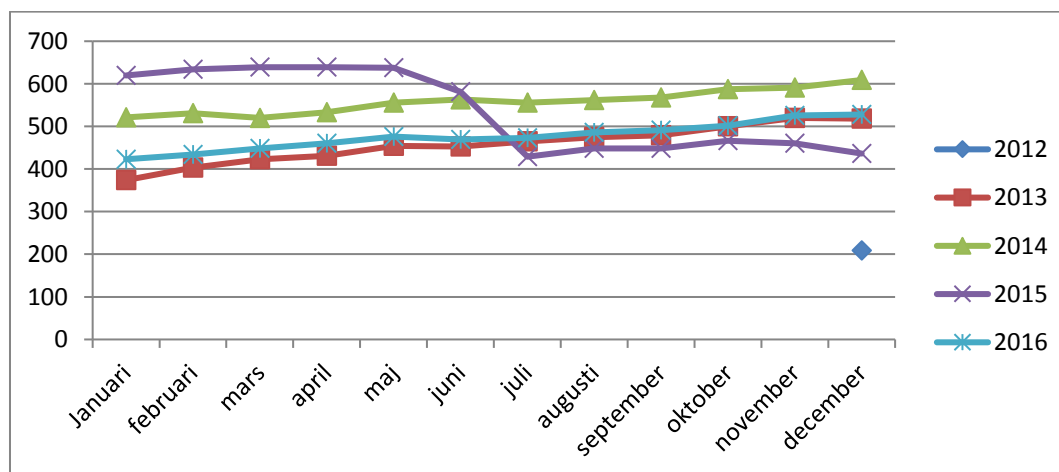
### Mätmetod

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

Avvikelser 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.

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

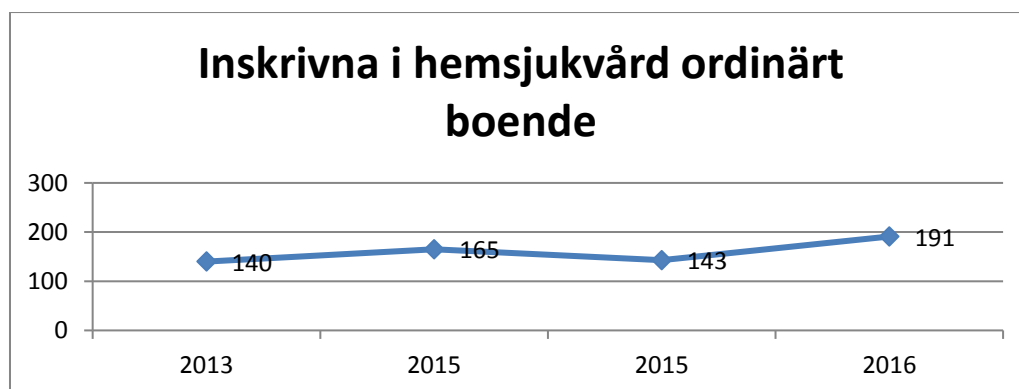
Nationella PPM-mätningen av trycksår har utförts under några år. Sedan 1996 har egna mätningar genomförts när det gäller antal läkemedel/person lugnande läkemedel, sömnmedel, förekomst av kateter i urinblåsan samt trycksår. Jämförelse har gjorts mellan enheter och resultatet har redovisats till socialnämnden. De här mätningarna har till stor del ersatts av mätningar som utförs genom deltagande i nationella kvalitetsregister och nationella PPM mätningar. 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.



I statistiken ingår personer med en aktuell dokumenterad insats under månaden ifrån sjuksköterska/arbetsterapeut/ sjukgymnast. Under hösten 2016 genomförde MAS och områdeschef hälso-och sjukvård en kvalitetsgranskning av samtliga hemsjukvårdsärenden tillsammans med områdesansvarig sjuksköterska.

I samband med genomgången gjordes en översyn av patienter med apo-dos.

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



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 2016 fanns det 142 personer på SÄBO (särskilt boende) inom vård och omsorg.

#### **4. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

##### **4.1 Senior Alert**

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.

##### **4.2 Svenska Palliativ registret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där 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.

##### **4.3 Avvikelser**

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och medicinskt ansvarig sjuksköterska gör övergripande sammanställningar/område. Varje verksamhet ska själv följa upp sina avvikelser regelbundet under året som ett led i ett kontinuerligt förbättringsarbete.

#### 4.4 Vårdhygien

Risk för samt förekomst av vårdrelaterade infektioner, mätning görs en gång/månad. Samverkan med enheten för smittskydd och vårdhygien vid vårdrelaterad infektion på ett särskilt boende, screening och riskanalys samt åtgärder. Vårdhygienrond samt information om basala hygienrutiner i samverkan med landstingets vårdhygien sjuksköterska enligt plan. Under året gjordes en mätning av följsamhet till hygienrutinerna och varje arbetsgrupp har sedan fått resultatet redovisat och i samband med det fått påminnelse om rutinerna ska följas.

#### 4.5 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. Granskning av journaler har utförts genom statistikutdrag samt genomgång av vårdplaner med berörda. Användandet av Nationell Patientöversikt NPO 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 2016.

#### 4.6 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 Pro-Capita. För utbildning inför delegering används SKL:s webbaserade delegeringsutbildning Jobba säkert med läkemedel. 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 tillgänglig via Svenskt Demenscentrum.

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.

#### 4.7 Läkemedelshantering

Följsamheten mot lokal riktlinje för läkemedelshantering följs löpande via avvikelser. Granskning av följsamhet till rutiner görs även genom MAS tillsynsbesök i verksamheten. Genomfört läkemedelsgenomgångar enligt gemensam rutin med primärvården. Det finns särskild utsedd sjuksköterska som ansvarar för läkemedelsförråden. För narkotikakontroll finns särskild rutin. Följsamheten till rutinen har kontrollerats varje månad under 2016.

#### 4.8 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom

Fortsatt arbete med personcentrerad omvårdnad med stöd av det nationella kvalitetsregistret, BPSD-registret. En arbetsterapeut har som spetskompetens att göra

kognitiva test vid basal demensutredning. Arbetsterapeuten har tillsammans med en sjuksköterska samordningsansvar för demensvården.

#### **4.9 Medicintekniska produkter (MTP)**

Samverkan på Höglandet gällande upphandling av sjuk- och förbandsmaterial, avtalet följs upp under årligen. Kontroller av medicinsk utrustning enligt schema har genomförts av Medicin teknisk avdelning på Höglandssjukhuset. Genom hjälpmedelsmodulen i verksamhetssystemet procapita är hantering, placering och uppföljning kvalitetssäkrade. Informationen om personliga hjälpmedel går direkt över till patientjournalen.

### **5. 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 områdeschefer 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.
- Uppföljning av dokumentation, vårdplan samt hemsjukvårdinsatser med respektive område sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster.
- 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 och sammanställning av fallrapporter och avvikelser på enhets och övergripande nivå
- Egenkontroll vårdhygien.
- Resultat Äldreguiden, Socialstyrelsen.

### **6. 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 och Vrigstad läkarmottagning.
- Riktlinjer för akutläkemedel och generella ordinationer från länets läkemedelskommitté.
- Läns gemensam rutin för dosexpedierade läkemedel.
- Läns gemensamt läkemedelsprojekt.
- Överenskommelse Sävsjö kommun-primärvård om läkemedelsgenomgångar.
- Pandemiplan Sävsjö kommun och Sävsjö vårdcentral.



- 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 på Värnamo sjukhus och Högländsjukhuset.
- Samverkansmöten med habiliteringen högländet 2 ggr/år.
- Samverkansmöte med akutsjukvården Högländsjukhuset 2 ggr/år.
- Regelverk för samordnad vårdplanering.
- Länsgemensam rutin för egenvård.
- 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 Högländsjukhuset 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 områdeschef, 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/fysioterapeutens insatser**

Sjukgymnasten/fysioterapeuten 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. Under hösten har det inte varit full bemanning på sjukgymnasttjänsterna p.g.a föräldraledighet och uppsägning av tjänst, sedan mitten av december finns ingen sjukgymnast/fysioterapeut i kommunen att tillgå. Det har varit få sökande till tjänsterna och de som sökt har inte varit lämpliga för tjänsten.

## **7. 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 allvarigare avvikelser. Under 2016 har ingen händelse anmälts till IVO enligt lex Maria.

Verksamheten har skickat en anmälan till IVO enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kap 7§ gällande brister i yrkesutövande hos legitimerad personal.

## **8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Avvikelsehantering sker i verksamhetssystemet pro-capita. 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 avvikelssystemet som delges verksamheterna. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas en övergripande sammanställning.

Socialnämnden har delegerat till MAS att bedöma och göra anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till läkemedelsverket gällande händelser med medicintekniska produkter (MTP). Riktlinjer för avvikelsehantering har uppdaterats inför 2016, de beslutade riktlinjerna gäller för hela socialförvaltningen och ingår som en del i ledningssystemet.

## **9. Hantering av klagomål och synpunkter**

Rutin finns på att inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertaras, analyseras och återkopplas. Inga klagomål via patientnämnd eller IVO har inkommit under 2016.

## **10. Sammanställning och analys**

Sammanställning av klagomål och synpunkter görs enligt rutin för vård och omsorg. 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.

## **11. 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
- ✓

## 12. 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

### 12.1 Strukturmått

#### Utbildning

- Lyftteknik , internutbildning av arbetsterapeut, sjuksköterska.
- Vårdhygien, information av MAS till arbetsgrupper inom vård och omsorg.
- Delegeringsutbildning på web
- Beslutsstöd till SSK och rehab
- Internutbildning för SSK/AT/SG av MAS t.ex, rutiner och riktlinjer mm.
- Palliativvårdsutbildning, till sjuksköterskor
- Utbildning till SSK/AT/SG gällande dokumentation enligt KVÅ

#### Projekt

- Läkemedelsprojekt -Förbättrad Läkemedelshantering i Ordinärt och Särskilt Boende – ett samarbete mellan Kommunerna och Landstinget i Jönköpings Län.
- IBIC (Individens behov i centrum)- arbetet pågår med implementering
- 

### 12.2 Processmått

#### 12.2.1 Läkemedelsgenomgångar

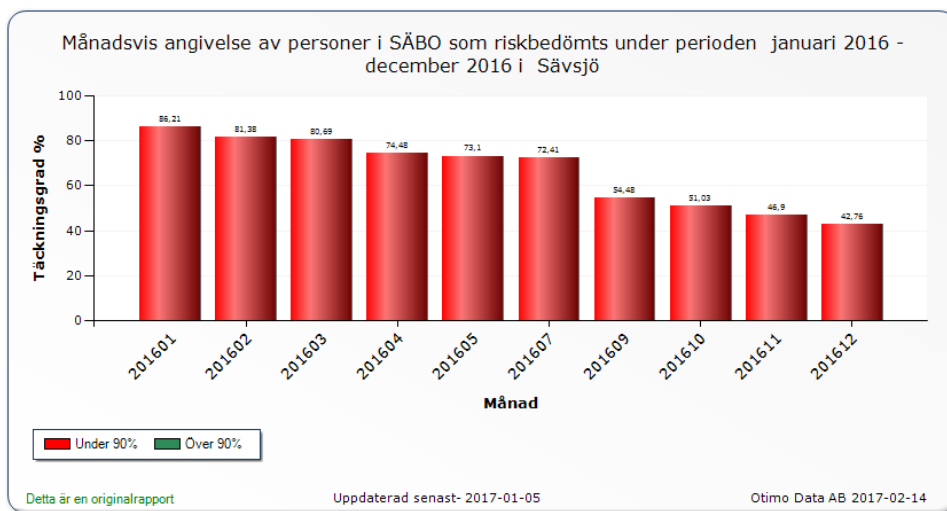
Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt särskild rutin utarbetad i samverkansprojekt med primärvården Sävsjö, Vrigstad och kommunen. Rutinen har varit förebild till de övergripande riktlinjerna för läkemedelsgenomgångar som landstingets läkemedelskommitté fastställt, (bilaga1). 2014 har 224 läkemedelsgenomgångar genomförts under 2015 genomfördes 205 och 2016 genomfördes 161 läkemedelsgenomgångar (statistikuppgift från hälso- och sjukvårdsjournalen). Utöver strukturerade läkemedelsgenomgångar sker det kontinuerligt läkemedelsavstämning varje vecka vid läkarens metodstöd på SÄBO.

#### 12.2.2 Tidsmätning läkemedelshantering

- Tid för dosettindelning.
- Transport till och från patienten (för dosettindelning och övrig läkemedelshantering).
- Apotek (hämta läkemedel, telefonsamtal mm).
- Iordningsställa och administrera dropp, injektioner, ögondroppar, salvor, tabletter etc.
- Kontakt med vårdcentral/slutenvård för läkemedelsrelaterade frågor.
- Dokumentation gällande läkemedelshantering.
- Kommunikation med patient/anhörig om läkemedel.
- Samtal med omvårdnadspersonal om läkemedelsrelaterade frågor.
- Skriver ut läkemedelslista från Cosmic.
- Delegering av läkemedelshantering.

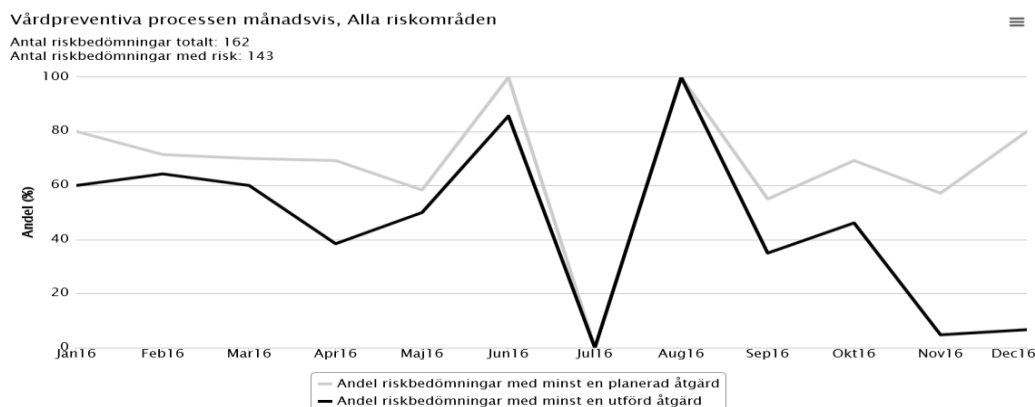
### 12.2.3 Senior Alert

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.



2016- Antalet riskbedömningar är något lägre än 2015. I jämförelse med länet ligger här Sävsjö sjunkit ner till de tre med lägst antal riskbedömningar samt i jämförelse med höglandet näst lägst.

Antal personer som fått riskbedömning gjord under 2016 är 162 st.



### 12.2.4 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 SeniorAlert 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 och sjukgymnast. Under teamträffarna är det allas ansvar att påtala och uppmärksamma om de träffat individer med misstänkt fallrisk. Vid behov utförs en bedömning av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast, 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.

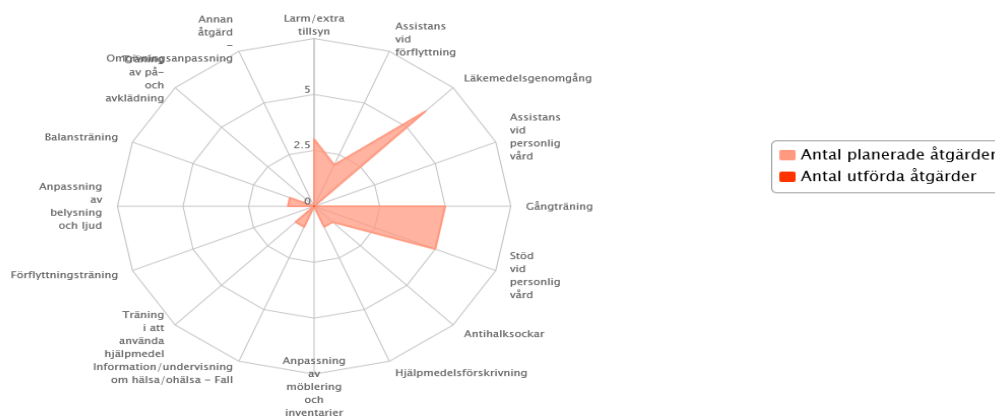
## Personer utan hemtjänst och/eller hemsjukvård

Alla kommunens invånare som är över 75 år får ett utskick med posten från uppsökande verksamhet. Utskicket innehåller;

- tidningen "Vital", broschyrer "Säkerhet i vardagen – tips och råd på äldre dar!", "Goda vanor för att förebygga fallskador", "Uppsökande verksamhet"
- informationsblad om hur man på egen hand kan träna sin balans
- informationsblad med viktiga telefonnummer .

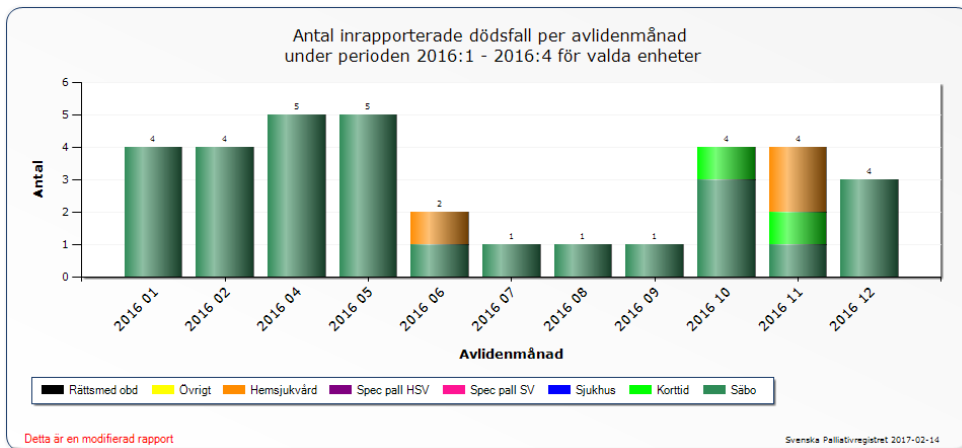
### Åtgärder Fall

Antal riskbedömningar totalt: 11  
Antal riskbedömningar med risk: 9



### 12.2.5 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.



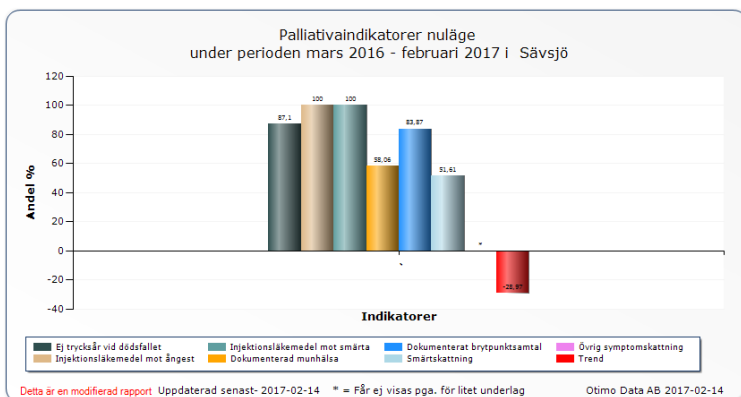
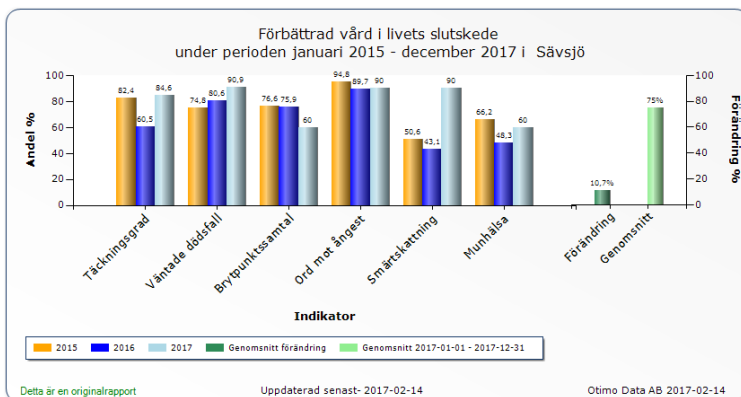
### 12.2.6 BPSD registret

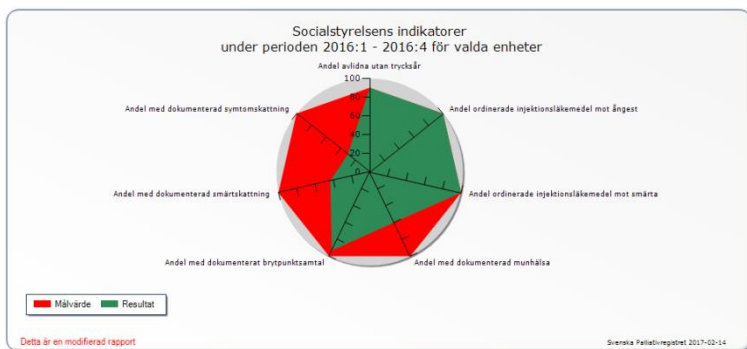
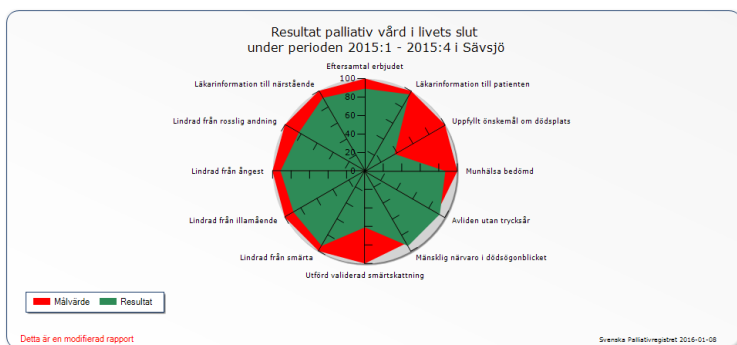
BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer.

BPSD-registret är ett stöd i processen med att komma tillrätta med symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp.

## 12.3 Resultatmätt

### 12.3.1 Vård i livets slutskede





Resultatet är bra inom ordinationer mot smärta och ångest, ej trycksår samt brytpunktssamtal. När det gäller uppfyllt önskemål om dödsplats, validerad smärtskattning och bedömd munhälsa finns det förbättringsmöjligheter

### 12.3.2 Personcentrerad omvårdnad vid demens - BPSD-registret

BPSD= Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

#### NPI-skalan

Neuropsychiatric Inventory, skattningsskala som mäter frekvens och grad av BPSD. Andelen med olämpliga läkemedel har minskat och i jämförelse med riket och länet så har ett färre antal olämpliga läkemedel i Sävsjö.

Sävsjö kommun har sedan flera år tillbaka gemensamt upprättade riktlinjer för läkemedelsgenomgångar med primärvården. Resultat visar på att rutinerna fungerar i praktiken, 93 % inom demensboende har fått en läkemedelsöversyn.

### 12.3.3. Avvikelser

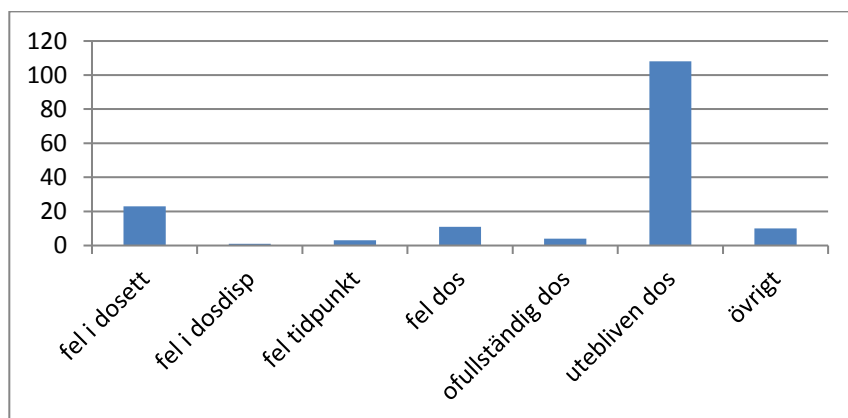
Källa Pro-capita avvikelsemodulen 766 avvikelser har dokumenterats under 2016

#### Läkemedel

Läkemedelsavvikelser särskilt boende(SÄBO)

ÅR	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANTAL	164	177	150	200	158	160

## TYP AV AVVIKELSE



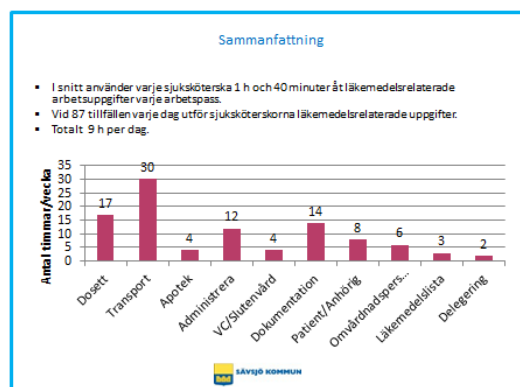
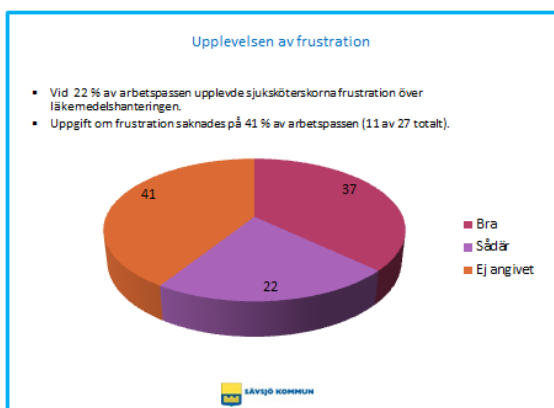
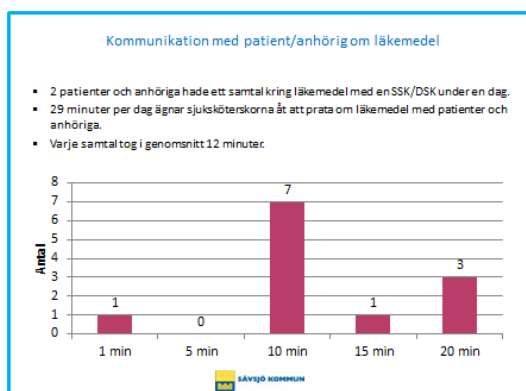
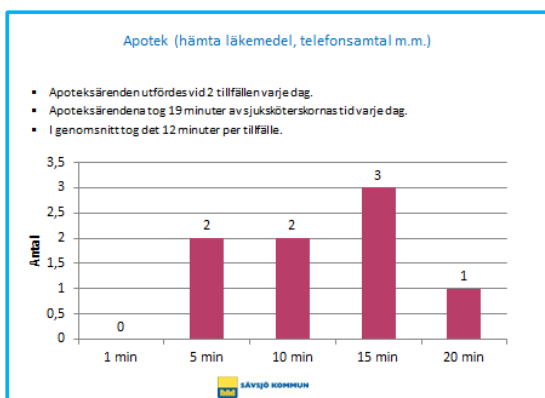
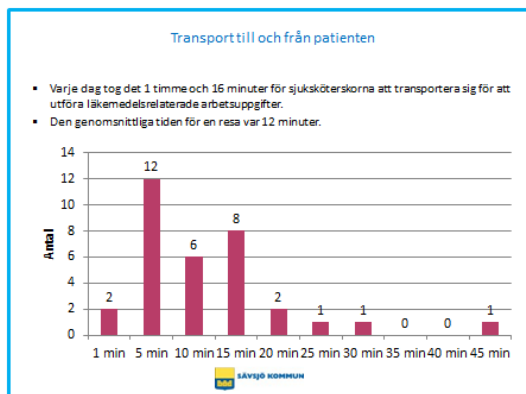
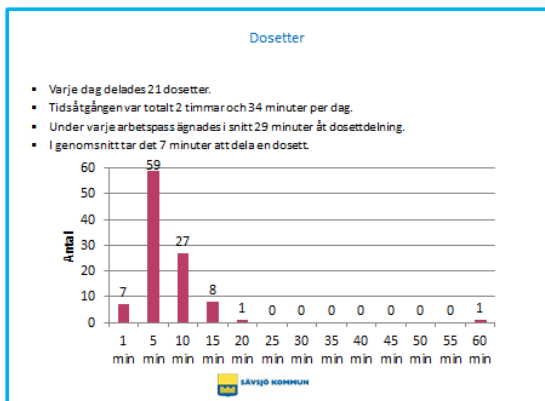
### Tidsmätning läkemedelshantering

Under 2015 pågick ett projekt i länet i samverkan regionen och kommunerna där man såg över rutiner för läkemedelshantering. Före projektet gjordes en registrering av hur mycket tid som gick åt till olika moment i läkemedelsprocessen. Under maj gjordes en kortare uppföljande registrering. Registreringen pågick under 5 dagar. Samtliga SSK/DSK (ca 22) som arbetade dag, kväll och natt deltog. 27 arbetspass registrerades.

### Läkemedelsrelaterade uppgifter som registrerades:

1. Tid för dosettindelning.
2. Transport till och från patienten (för dosettindelning och övrig läkemedelshantering).
3. Apotek (hämta läkemedel, telefonsamtal m.m.).
4. Iordningställa och administrera dropp, injektioner, ögondroppar, salvor, tabletter etc.
5. Kontakt med vårdcentral/slutenvård för läkemedelsrelaterade frågor.
6. Dokumentation gällande läkemedelshantering.
7. Kommunikation med patient/anhörig om läkemedel.
8. Samtal med omvårdnadspersonal om läkemedelsrelaterade frågor.
9. Skriver ut läkemedellista från Cosmic.
10. Delegering av läkemedelshantering.



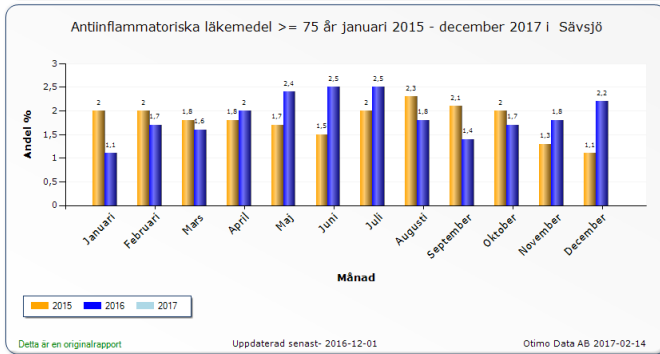
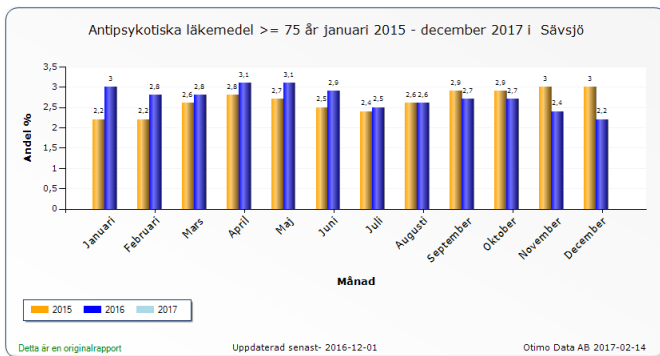
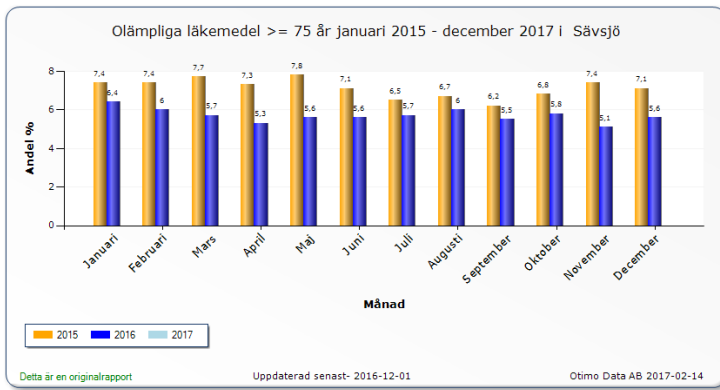


Ett av målen med läkemedelsprojektet var att få läkare att ordinera läkemedel på APO-dos som delas genom dosapoteket. För Sävsjö märktes en viss ökning av ordination i APO-dos.

## Lokal mätning SÄBO

Under 2016 gjordes ingen mätning av läkemedelsanvändning. Ny mätning planeras till 2017.

Nationella mätningar visar att Sävsjö kommun minskat användningen av olämpliga läkemedel och antipsykotiska läkemedel för 75 år och äldre, medans användningen av antiinflammatoriska läkemedel har



## 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".

FALLRAPPORTER		2013	2014	2015	2016
Var inträffade fallet	Inomhus	589	597	565	545
	Utomhus	18	13	10	17
	<b>TOTALT ANTAL</b>	<b>607</b>	<b>610</b>	<b>575</b>	<b>562</b>
Typ av verksamhet	Demensboende	171	246	189	126
	Hemsjukvård	122	133	164	173
	LSS /socialpsykiatri	14	27	21	21
	Vårdboende/korttidsboende	300	204	201	242
Fallriskbedömning gjord	Ja	426	477	422	400

<b>AVVIKELSE VÅRD OCH BEHANDLING 2015</b>	<b>HELA KOMMUNEN</b>	
Typ av avvikelse	Bristande HSL insats	1
	Dokumentation	0
	Omvårdn / rehabordination	25
	Vård / behandling	11
	Övrigt	1
Personalkategori	Sjuksköterska	1
	Sjukgymnast	8
	Vårdpersonal	29

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**

4 avvikelser med tekniska hjälpmedel har rapporterat i avvikelssystemet.

### **Avvikelser informationsöverföring och vårdplanering**

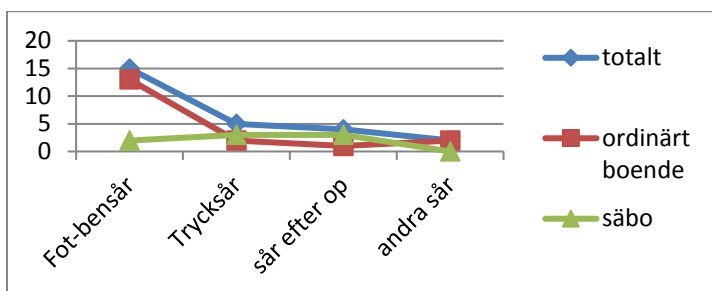
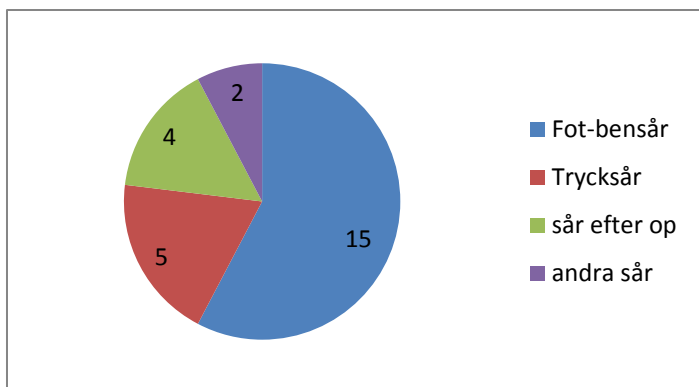
Sammanlagt 16 avvikelser är rapporterade. Avvikelser som gäller informationsöverföring mellan vårdgivare. Från sjukhusen Eksjö och Värnamo sammanlagt 2 st. från kommunen till sjukhusen 9 st. Avvikelserna gäller i huvudsak brister i vårdplanering, , samt bemötande.

## **Vårdhygien och riskfaktorer**

### **Lokal mätning registrering av riskfaktorer för infektioner**

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2016</b>
<b>DECEMBER</b>	<b>ORDINÄRT BOENDE</b>	<b>ORDINÄRT BOENDE</b>	<b>SÄBO</b>	<b>SÄBO</b>	<b>Ordinärt boende</b>	<b>SÄBO</b>
<b>HEMSJUKVÅRD</b>	<b>Antal personer</b>	<b>Antal personer</b>	<b>Antal personer</b>	<b>Antal personer</b>	<b>Antal personer</b>	<b>Antal personer</b>
<b>D</b>	<b>169</b>	<b>143</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>154</b>	<b>104</b>
KAD eller annan urinvledning	23	20	17	25	16	17
Centralvenös infart	1	2	0	0	0	0
Enteral infart	0	2	0	1	4	0
Immunosuppressiv behandling	0	1	5	8	1	0
Fot- och bensår	13	9	7	7	13	2
Trycksår	2	4	4	4	2	3
Sår efter operation	1	0	2	0	1	3
Andra sår	2	3	1	2	2	0
<b>Summa riskfaktorer</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>47</b>	<b>39</b>	<b>25</b>

## **Sårvård**



Vid sårbehandling väljs lämpliga förbandsprodukter utifrån sårtyp och/eller sårproblematik. För beställning av sjuk och förbandsmaterial finns utsedda personer. Målet är att läka såren, under året har flera sår läkts men även nya tillkommit. En sårvårdsgrupp har bildats på höglandet med en sårvårdsjuksköterska från varje kommun.

### Vaccinationer

Influensavaccinationer har erbjudits enligt smittskyddsläkarens rekommendationer. Antal vaccinationer under 2016 utförda av kommunsjuksköterskor mot influensa och pneumokocker

Källa: Vaccinationsregistret SVEVAC.

FLUARIX	FLUARIX TILL PERSONAL	PNEUMOVAX
177	13	34

Självskattning av vårdhygien har genomförts i arbetsgrupper och resultat har redovisats i arbetsgrupperna.

### Tandvård

Region Jönköpings län upphandlar vem som ska utföra den uppsökande tandvården. En munhälsobedömning ska erbjudas årligen till den som är berättigad och ska utföras av legitimerad tandläkare/legitimerad tandhygienist. Vid munhälsobedömningen ska någon av de ansvariga bland vårdpersonalen finnas med för att ge information om den boendes allmäntillstånd och speciella problem. Individuell munhygieninstruktion ges till den personalen. Utbildningsinsatser riktade till vårdpersonalen individuellt eller i grupp ingår i den uppsökande verksamheten. Sjuksköterskor får efter utbildning från bedömningsenheten förskrivarkod för att bevilja nödvändig tandvård. Statistiken från bedömningsenheten för 2016, visar att det finns förbättringsmöjligheter både när det gäller utförandet av munhygien samt användandet av möjlighet till personalutbildning ifrån tandhygienist. Övergripande ansvar för detta har enhets/områdeschefer inom förvaltningen.

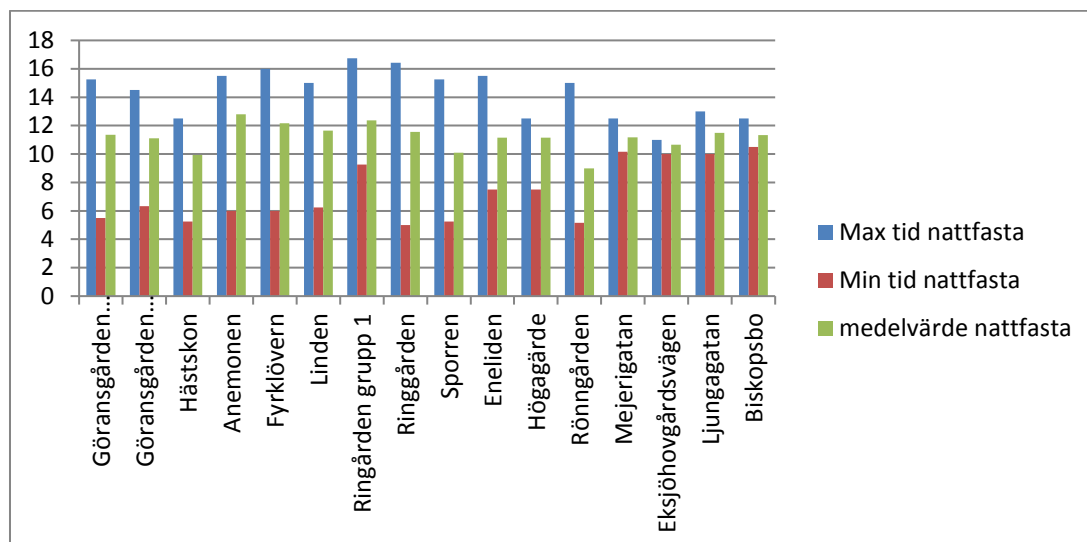
### Mätning av nattfasta

Nattfastan följs upp inom äldreomsorgen på SÄBO och boende inom funktionshinderomsorgen, genom den årliga nattfastemätningen.

Årets mätning genomfördes under vecka 14 och 47. Nedan redovisas resultatet av mätning vecka 47.

Ansvarig för mätningen på enhetsnivå var områdeschef, vårdpersonal och sjuksköterska. Områdeschefen ansvarade för sammanställningen/enhet samt MAS för den övergripande sammanställningen.

Nattfastan är den tid som går från tidpunkten för kvällens sista mål till påföljande dags första mål. Socialstyrelsen använder nattfastans längd som en kvalitetsindikator. En nattfasta på 11 timmar eller mindre 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.



MAX NATTFASTA – person med längst nattfasta 16,75 timmar.

MIN NATTFASTA - person med kortast nattfasta 5 timmar.

NATTFASTA- högsta medelvärde är 12,79 tim och lägsta medelvärde 8,98 tim.

Målet är att nattfastan/enhet inte ska överstiga 11 timmar, förbättring har skett men målet är inte uppfyllt.

## Måluppfyllelse

- Att risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen skall identifieras bedömas och förebyggas.
- Att avvikelser och risker skall identifieras och förebyggas.
- Att läkemedelsgenomgångar ska genomföras genom fastställd rutin.
- Att all hälso- och sjukvård och omsorg som bedrivs i kommunen ska ha god hygienisk standard och de hygienrutiner som finns fastställda ska följas.

## 13. Övergripande mål och strategier för 2017

### 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

- IBIC (Individens Behov i Centrum) ,utveckla patientjournalen med KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) .

-fortsatt utvecklingsarbete i de olika kvalitetsregistren och använda detta resultat till fortsatt utveckling och förbättringsarbete för att ytterligare höja kvalitén på vården till de äldre.

-utöka vårdpreventionsarbetet genom registrering i Senior Alert:

- införa det nya vårdpreventionsområdet i Senior Alert, rehabilitering

-införa Riks Sår det svenska nationella kvalitetsregistret för svårläkta sår

- riskbedömningar görs och att resultat återfinns i patientjournalen

-Uppföljning av eget resultat och jämförelse med andra genom att våren 2017 delta i de nationella punktprevalensmätningarna (PPM) av:

- Trycksår
- Basala hygienrutiner och klädregler
- Vårdrelaterade infektioner

- att mätningen av nattfastan år 2017 genomförs två gånger (vecka 14 och 47) under tre sammanhängande dygn.

-följa upp användandet av beslutsstödet ViSam

## **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.

Vrigstad läkarmottagning har ett liknade arbetssätt men där är inte apotekare involverad.

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

