2018-02-25

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Vetlanda kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen

Helen Karlsson

MAS

Innehåll

.....1

Patientsäkerhetsberättelse 1

Sammanfattning 4

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 5

Genom en positiv anda locka och behålla medarbetare med rätt kompetens 5

Vården och omsorgen ska präglas av respekt och delaktighet samt skapa förutsättningar till ett självständigt liv 5

Succesivt utveckla och införa användandet av välfärdsteknologi 5

Med engagerade och delaktiga medarbetare fokuserar vi på det bästa för patienten 5

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet 6

Vård- och omsorgsnämndens ansvar 6

Verksamhetschefens ansvar 6

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar 6

Funktionschefens ansvar 6

Områdeschefens ansvar 7

Alla medarbetare 7

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året 7

Års hjul och hållplats för lärande 7

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 8

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten 9

Rutiner för händelseanalyser 9

Kategori 1 och 2 9

Kategori 3 och 4 9

Informationssäkerhet 10

Samverkan för att förebygga vårdskador 10

Intern samverkan 10

Extern samverkan 10

Samverkan Höglandets Räddningstjänstförbund 12

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter 12

Avvikelser 12

Klagomål och synpunkter 13

Sammanställning och analys 13

Samverkan med patienter, anhöriga och närstående 13

Resultat 13

Avvikelser 13

Vårdrelaterade infektioner (VRI) mätningen avser särskilda boenden 16

Munhälsa 17

Mätning nattfasta 17

Mätning av följsamhet vårdhygien 19

Loggkontroll 19

Palliativa vården inklusive palliativ enhet Oasen 19

Senior Alert 22

Demensvården 23

Rätt vårdnivå 24

Läkemedelsanvändning 25

Slutord 26

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen infördes 1 januari 2011. Lagens fokus är att förhindra vårdskador genom förebyggande insatser samt en väl fungerande avvikelsehantering.

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg ges. Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten i Vetlanda kommun under 2017 varit god i våra verksamheter.

Många åtgärder har vidtagits för att öka patientsäkerheten under 2017 bland annat:

- nationella kvalitetsregister som använts har bidragit med mer strukturerade arbetssätt och ger underlag för fortsatt utveckling för en trygg och säker vård
- deltagande i Svenska HALT
- registrering av riskfaktorer
- kontinuerliga läkemedelsgenomgångar
- införande av digital signering av givna läkemedel
- nattfastemätning
- utbildat hygienombud i samtliga verksamheter
- utförda tillsynsbesök inom olika verksamheter
- infört Cosmic messenger samt Cosmic link.

Patientsäkerheten följs upp genom egenkontroll, avvikelsehantering, resultat i kvalitetsregister och tillsyn. Det görs som en del i det systematiska kvalitetsarbetet i ett års hjul med ”Hållplatser för lärande”.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bidrar till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Risker för vårdskador identifieras och hanteras enligt rutin för avvikelsehantering. Avvikelserapporter tas upp på så kallade analysträffar, diskuteras och åtgärdas.

Patienter och närståendes synpunkter och klagomål har betydelse för patientsäkerhetsarbetet och har hanterats under året. Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet genom dialog med personal på olika nivåer i verksamheten.

De viktigaste resultaten som uppnåtts är:

- Kvalitetsarbetet med riskbedömningar i Senior alert har ökat samt åtgärder i registret har dokumenterats
- Antal tryckskador/trycksår har minskat
- Antal avvikelser inom läkemedelshantering har minskat
- Antal patienter med KAD har minskat

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Genom en positiv anda locka och behålla medarbetare med rätt kompetens

Att aktivt jobba med att stärka medarbetarskapet genom kompetensutveckling, planeringsdagar och bra introduktion av nya medarbetare.

Det görs bland annat genom att sjuksköterskor erbjuds studera till specialistsjuksköterska och att undersköterskor erbjuds studera till sjuksköterska.
Mål är att vård- och omsorgsförvaltningen kan erbjuda tre sjuksköterskor vidareutbildning samtidigt.

Vården och omsorgen ska präglas av respekt och delaktighet samt skapa förutsättningar till ett självständigt liv

Medarbetarna ska ha individen i fokus och anpassa vården efter den enskilda patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov och förutsättningar.

Att arbeta med ett stödjande förhållningssätt så att individen bibehåller sina funktioner så långt det är möjligt.

En överenskommelse om samverkan för trygg och säker utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Jönköpings län är framtagen och gäller från och med 2018-01-15.

Länets invånare ska kunna säga: ”Jag får den vård och omsorg jag behöver, där jag behöver och när jag behöver”.

- 80 % av samordnade vårdplaneringar ska ske i patientens hem
- Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal samt biståndshandläggare ska använda Cosmic link för informationsöverföring

Succesivt utveckla och införa användandet av välfärdsteknologi

Välfärdsteknologi är kunskapen om och användandet av teknik som kan bidra till ökad trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och deras anhöriga. Elektroniska lås, digitala trygghetslarm och bildportstelefon är exempel på välfärdsteknologi som kan bidra till ökad trygghet.

- Vid behov av tillsynsbesök nattetid ska fjärrtillsyn erbjudas
- Digital signering av läkemedel ska införas vilket ska leda till mindre antal avvikelser inom läkemedelshanteringen

Med engagerade och delaktiga medarbetare fokuserar vi på det bästa för patienten

Engagerade och delaktiga medarbetare är en förutsättning för att nå resultat i förbättringsarbetet.

I vård- och omsorgsförvaltningen finns ett antal utbildade Esthercoacher. Esthernätverket är ett samarbete mellan kommunerna och primär- och slutenvården i Region Jönköpings län. ”Esther” är en symbolisk patient med vårdbehov som kräver samordning mellan sjukhus, primärvård, hemsjukvård och kommunal omsorg. Det innebär att Esther kan vara i alla åldrar. Det är självklart att patienten är aktiva deltagare i nätverket. För att få till personcentrerad vård används en enkel återkommande fråga: ”Vad är bäst för Esther?”

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Vård- och omsorgsnämndens ansvar

Vård- och omsorgsnämnden utgör vårdgivare enligt Hälso- och sjukvårdslag, HSL, (2017:30). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen, funktionschef för hälso- och sjukvård, skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

MAS utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ska på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Funktionschefens ansvar

Vård- och omsorgsförvaltningen har fem funktionschefer med ansvar för olika verksamhetsområden.

1. Hälso- och sjukvård
2. Hemtjänst
3. Särskilda boende för äldre
4. Funktionshinderomsorg
5. Kvalitet och utveckling

Funktionschefen ska bland annat genom en god omvärldsbevakning och helhetssyn planera och bygga upp långsiktiga strategier och driva utvecklings- och kvalitetsarbete för att uppnå funktionens mål och vision. Ha en helhetssyn och ett övergripande ansvar som syftar till att funktionen lever upp till gällande lagstiftning, politiska beslut samt kommunens riktlinjer och styrdokument. Funktionschefen har ansvar för att leda, planera, utveckla och fördela resurser inom funktionen, för att tillförsäkra patienten bra levnadsvillkor.

Områdeschefens ansvar

På vård- och omsorgsförvaltningen finns ett antal områdeschefer som är underställda funktionscheferna. Dessa ansvarar för olika verksamheter inom särskilt boende, hemtjänst, gruppbostäder, personlig assistentgrupper, hemsjukvård, korttidsvård, palliativ vård och så vidare.

Områdeschefen verkställer bland annat beslut och har ansvar för att leda, planera, utveckla och fördela resurser inom sitt område, för att tillförsäkra patienten trygghet, valfrihet, självbestämmande och ett individuellt bemötande. De ska tydliggöra och bryta ner funktionens mål och driva utvecklings- och kvalitetsarbete inom området.

Alla medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser.

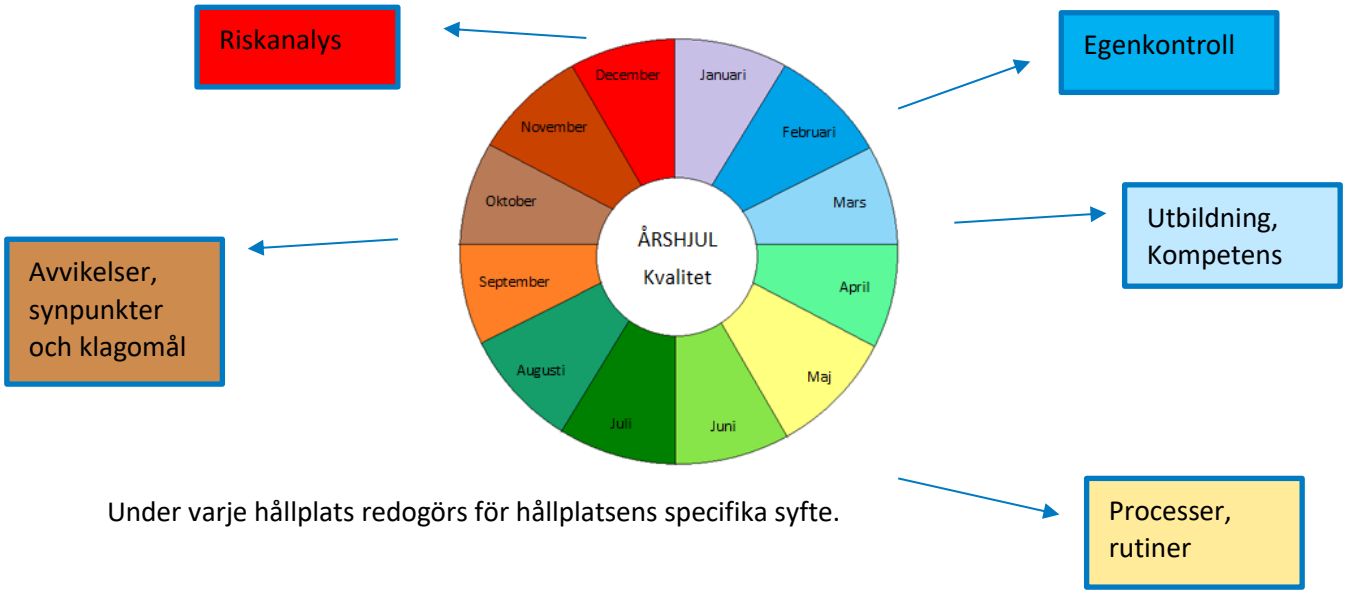
Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls.
Personal som utför delegerade arbetsuppgifter efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdpersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Års hjul och hållplats för lärande

Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet har vård- och omsorgsförvaltningen ett års hjul med ”Hållplatser för lärande”.



Under varje hållplats redogörs för hållplatsens specifika syfte.

Utgångspunkten är en analysmodell som utgår från följande steg:

- Nulägesbeskrivning
- Orsaksanalys – varför ser det ut som det gör?
- Förbättringsförslag – vad behöver förbättras?
- Vad kan vi göra själva?
- Vad behöver andra förändra?

I februari redovisas egenkontrollen enligt årshjulet. Syftet med egenkontrollen är att chefer och medarbetarna ska få insikt och kännedom om den egna enhetens resultat i brukarundersökning, kvalitetsregister och tillsynen. Vad kan vi vara stolta över och vad kan vi förbättra? Syftet är också att reflektion och analys sker tillsammans med medarbetare i verksamheterna där kännedom om varför resultatet ser ut som det gör är störst.

Egenkontrollen är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet som kan lära oss mer om vår egen verksamhet och hjälpa oss att identifiera förbättringsområden.

Strukturerad tillsyn

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Socialt ansvarig samordnare (SAS) genomför tillsyn enligt en årsplan inom vård och omsorgsförvaltningens verksamheter samt inom LOV-företag.

Tillsynen är uppbyggd kring SoL/LSS/HSL, riktlinjer och rutiner för vård- och omsorgsförvaltningen.

Frågorna är viktade och ger ett totalt medelvärde för varje enhet som kan jämföras med övriga jämförda tillsynsresultat.

Resultat och en sammanfattande reflektion delges ansvarig områdeschef samt funktionschef. Utifrån resultat föreslås åtgärder och en tidsplan. Konstateras riskområden vid tillsyn som kan röra fler verksamheter tas det upp på förvaltningens ledningsgrupp. Beslut tas i ledningsgruppen om eventuella åtgärder.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Hållplatserna i årshjulet bidrar till att personalen får ökad kunskap om de områden som beskrivs i årshjulet. Bland annat ses en ökning av inkomna avvikelser efter den hållplats som handlar om avvikelser. Behov av reviderade rutiner alternativt framtagande av nya rutiner konstateras i samband med hållplats processer och rutiner och så vidare. Samtliga funktioner inom vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med hållplatserna vilket innebär ökad kunskap på alla nivåer.

Övriga åtgärder som är genomförda är:

- Hygienråd har bildats
- Hygienombud har utbildats i samtliga verksamheter, samt fått ytterligare utbildning av regionen gällande säsongsinfluensa magsjuka
- Samtliga sjuksköterskor har fått utbildning i svårläkta sår
- Digital signering för läkemedel har införts i två områden, ett hemtjänstområde samt på ett särskilt boende
- Ett kommunikationsverktyg för hälso- och sjukvårdspersonalen, Cosmic messenger, har införts

- Utbildning MHFA, Första hjälpen till psykisk hälsa, till all personal inom vård- och omsorg
- Projekt Mobila Estherteam i samverkan med vårdcentraler

Nya samt reviderade rutiner och processer är framarbetade för att öka patientsäkerheten, bland annat:

- process för trygg och säker utskrivning från sjukhus
- rutin för sänggrindar
- personlyft och lyftselar
- läkemedelshantering

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Genom att följa hälso- och sjukvårdens avvikelser samt sociala avvikelser inom den egna verksamheten kan risker identifieras. Avvikelser i samverkan med region Jönköpings län följs på samma sätt. Under 2017 har ett händelseråd bildats där representant från regionen samt MAS från kommunen träffas för att gå igenom avvikelser i samverkan, analysera dem och ta fram åtgärder.

Risker identifieras även utifrån inkomna synpunkter och klagomåls samt genom den interna tillsynen. Det är MAS och/eller SAS som ansvarar för händelseanalys tillsammans med ansvarig områdeschef, personal och eventuellt patient och närstående.

På vård- och omsorgsförvaltningen finns så kallade analysträffar. Detta är inplanerade, strukturerade korta möten då de olika professionerna som finns runt patienten inom kommunens egna verksamheter gemensamt planerar för bästa möjliga vård och omsorg. Detta görs bland annat genom analys av inkomna avvikelser samt genom riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar utifrån individens behov.

Rutiner för händelseanalyser

När avvikelse inträffar skall involverad personal vidta nödvändiga åtgärder utifrån sin kompetens och omedelbart informera sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Hälso- och sjukvårdspersonal kontaktar i sin tur läkare vid behov. Avvikelser kategoriseras utifrån allvarlighet och konsekvens.

Kategori 1 och 2

Då händelsen bedöms vara en 1 eller 2 hanteras avvikelsen på enheten. Områdeschefen tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att åtgärder sätts in för att förhindra att liknande händelser upprepas och att enheterna arbetar med analys och förbättringsarbete utifrån aktuella avvikelser.
Områdeschefen ansvararar för att underlaget/statistik på avvikelser tas fram och följs upp på analysträffar.

MAS följer upp avvikelsehanteringen via avvikelsemodulen i Procapita.

Kategori 3 och 4

MAS ansvarar för att utreda och ta beslut om händelser enligt kategori 3 och 4.

Återkoppling från MAS sker till berörd områdeschef och kan ske i form av förbättringsförslag i verksamheten och/ eller återkommande tillsyn på aktuellt område.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vetlanda kommun har en av Kommunfullmäktige beslutad informationssäkerhetspolicy. Kommunchefen har idag informationssäkerhetsansvaret. Informationssäkerhetsfrågorna är en del av chefernas ansvar.
MAS har tillsammans med IT-utvecklare tagit fram en åtgärdsplan utifrån den nya författningen gällande informationssäkerhet.

Kan konstatera att samtliga punkter ännu inte åtgärdade, det finns behov av bland annat:

- att se över behörighetsstruktur för att säkerställa vilka som har behörighet att spara ned information/exportera information från verksamhetssystem
- ta fram rutin för NPÖ, konsument
- behörighet i journalsystem bör ses över

Ett nytt avtal för verksamhetssystem är på gång så därför kommer vissa punkter åtgärdas i samband med införande av det.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Intern samverkan

Vård och omsorgsförvaltningen har en rutin ”Analysträff/Mötesrutin/Planeringsmöte i samverkan för kunden”. Rutinen beskriver hur personalen oavsett profession samverkar runt patienten. Det är handlar om planering, genomförande och uppföljning av behandling, omvårdnad och rehabilitering och att det ska utgå ifrån den enskildes behov och förutsättningar. Det ska alltid ske i samverkan med den enskilde och eventuellt närstående. Det är viktigt att visa på den enskildes rätt till god och säker vård och omsorg oavsett vilken personalkategori som utför insatsen.

Vård- och omsorgsförvaltningen har god samverkan med Region Jönköpings län. Avtal mellan kommunen och Region Jönköping finns inom följande områden:

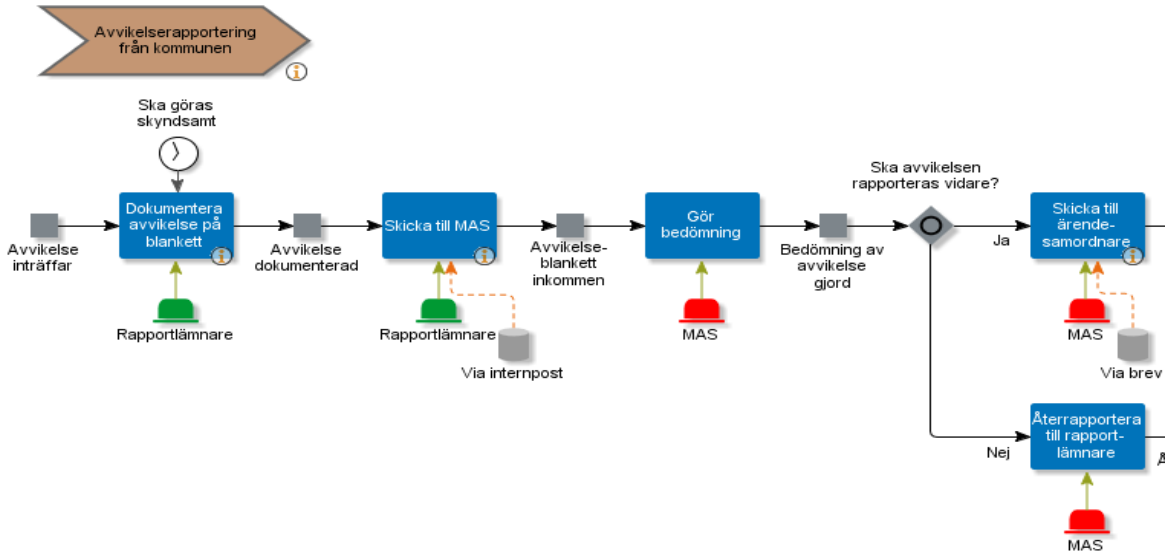
- Hemsjukvården
- Smittskydd och vårdhygien
- Läkarmedverkan i särskilda boendeformer
- Habiliteringen, en del i hemsjukvårdsavtalet
- Hjälpmedelscentralen

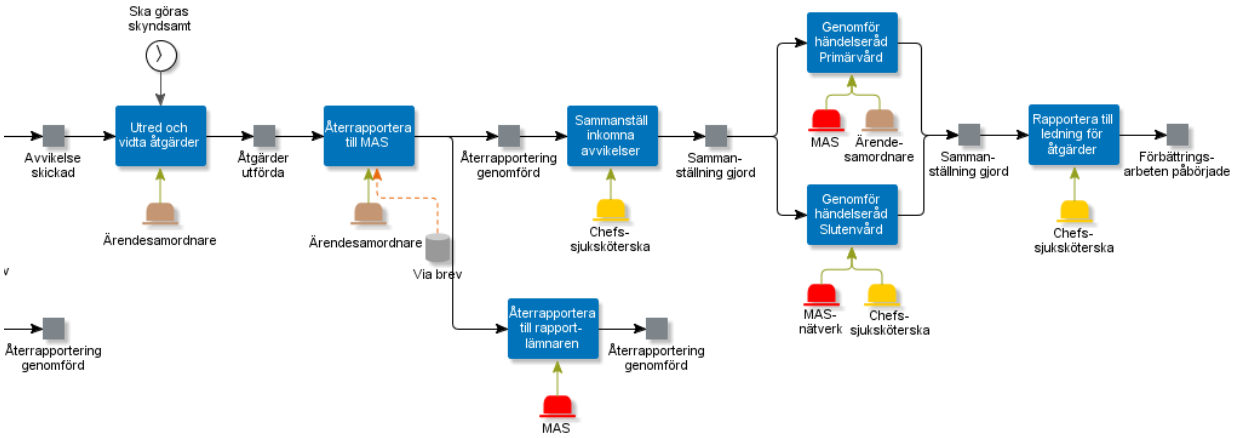
Extern samverkan

Det finns olika samverkans forum mellan kommunen – vårdcentraler – sjukhus för att bland annat öka patientsäkerheten runt ”Esther”.
”Esther" är en symbolisk person, oavsett ålder och diagnos, med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning mellan sjukhus, primärvård, hemsjukvård och omsorg. Patienten är aktiva deltagare i nätverket.

Avvikelser i samverkan

En process för samverkan runt avvikelser har tagits fram av MAS-gruppen på Höglandet i samverkan med Region Jönköpings län.





Det finns även en process avsedd för då avvikelsen rapporteras från regionen.

MAS-gruppen på Höglandet har tillsammans med chefssjuksköterska på Höglandssjukhuset bildat ett händelseråd under 2017. Syftet är att i samverkan analysera inkomna avvikelser och på så sätt ta fram eventuella förändringar som leder till förbättringar.

Avvikelserna är kategoriserade enligt följande:

- Bemötande
- Hjälpmedel
- Informationsöverföring
- Läkemedel
- Vård och behandling
- Annan händelse

Samverkan Höglandets Räddningstjänstförbund

Representanter från vård- och omsorgsförvaltningen, vårdcentraler samt Höglandets Räddningstjänstförbund utgör *Säkerhetsgrupp för äldre*. Gruppen arbetar bland annat med att minska fallolyckor. Gruppen samverkar med pensionärsorganisationer.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Legitimerad personal, eller personal som fått medicinska arbetsuppgifter via en delegering, har skyldighet att rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Avvikelser

Avvikelserna kategoriseras efter avvikelsens allvarlighetsgrad mellan 1 och 4.

- 1=Mindre (Obehag eller obetydlig skada, ingen märkbar konsekvens)
- 2=Måttlig (Övergående funktionsnedsättning, mindre skada ex blåmärke)
- 3=Betydande (Bestående måttlig funktionsnedsättning, större skada ex fraktur)
- 4=Katastrofal (Dödsfall/självmord, bestående funktionsnedsättning)

Vid bedömning ska hänsyn tas till sannolikheten att det kan inträffa igen. Hur stor är risken för att avvikelsen upprepas?

- Mycket stor = kan inträffa dagligen
- Stor = kan inträffa varje vecka
- Liten = kan inträffa varje månad
- Mycket liten = kan inträffa 1 gång/år

Allvarlighetsgrad **Sannolikhet**	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Mycket stor				
Stor				
Liten				
Mycket liten				

Kategori 1 och 2

Rapport av händelsen samt vidtagna åtgärder skrivs snarast på avvikelseblankett av den som upptäcker avvikelsen. Avvikelsen lämnas sedan vidare till sjuksköterska alternativt arbetsterapeut eller sjukgymnast som bedömer allvarlighetsgraden och vidtar åtgärder utifrån sin kompetens. Avvikelsen dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen samt i den sociala journalen av respektive profession.

Kategori 3 och 4

Då händelsen bedöms vara en 3 eller 4 underrättas MAS och områdeschef skyndsamt.

Rapport av händelsen samt vidtagna åtgärder fylls i på formulär för ”Formulär för rapportering av allvarlig händelse, Hälso- och sjukvårdsavvikelse” på VINNA.

Utredning görs av MAS tillsammans med involverad personal samt även med berörd patient. Skriftligt svar på utredning delges berörda.

MAS bedömer om händelsen rapporteras enligt lex Maria.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som inkommer från patient, närstående, regionen, privata vårdgivare, Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) handläggs enligt lokal rutin*, ”Rutin för hantering av synpunkter och klagomål inom Vård- och omsorgsförvaltningen”.* Rutinen kommer att revideras utifrån ny lag gällande klagomålshantering.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Årligen sammanställs och analyseras de klagomål och synpunkter som inkommit till verksamheten tillsammans med de avvikelser som registrerats under det gångna året.

Det görs i ”Hållplats 4” som är en del vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem. Dessa sammanställningar och analyser redovisas i verksamheten och till vård- och omsorgsnämnden av verksamhetsutvecklare.

Samverkan med patienter, anhöriga och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter, anhöriga och närstående sker ständigt i den kommunala hälso- och sjukvården. Vid ankomstsamtal och vid individuell vårdplanering inbjuds patient/brukare och i många fall även närstående att delta i att planera omvårdnaden.

Kommunen erbjuder olika stöd till anhöriga i form av avlösning i hemmet, korttidsboende och/eller dagverksamhet för den som vårdas.

I samband med ett dödsfall erbjuds anhöriga alternativt närstående efterlevandesamtal med en sjuksköterska alternativt undersköterska. Vid samtalet får närstående möjlighet att framföra både det som fungerat bra och mindre bra under den aktuella vårdtiden. Synpunkter tas till vara och används i förbättringsarbeten.

Demenssjuksköterskan har en viktig uppgift i kommunen. Förutom att ge råd och stöd till patienter med demenssjukdom och deras anhöriga alternativt närstående samverkar demenssjuksköterskan med andra vårdgivare.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

2016 års resultat anges inom ( )

Avvikelser

Sammanlagt har det rapporterats 1627 (1601) avvikelser gällande hälso- och sjukvård enligt vård- och omsorgsförvaltningens rutiner under 2017. Av dessa bedömdes 20 (21) som

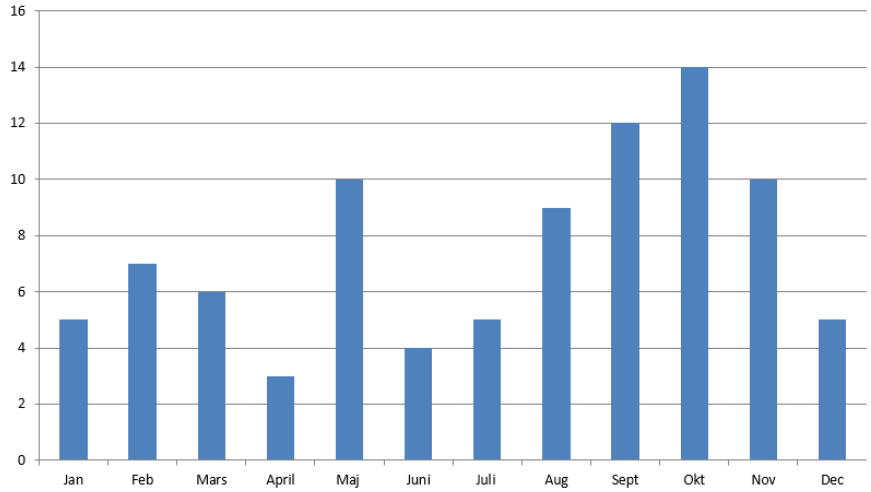
allvarlighetsgrad 3 och ingen (1) som allvarlighetsgrad 4 vilket innebär att ingen händelse anmäldes enligt lex Maria till IVO.

En anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal enligt 3 kap. 7 § patientsäkerhetslagen har gjorts under 2017.

Samverkan/informationsöverföring

15 (39) avvikelser rapporterades under 2017 till andra vårdgivare. Det var avvikelser som inträffat på vårdcentral, sjukhus, psykiatrimottagning samt ambulansverksamhet.

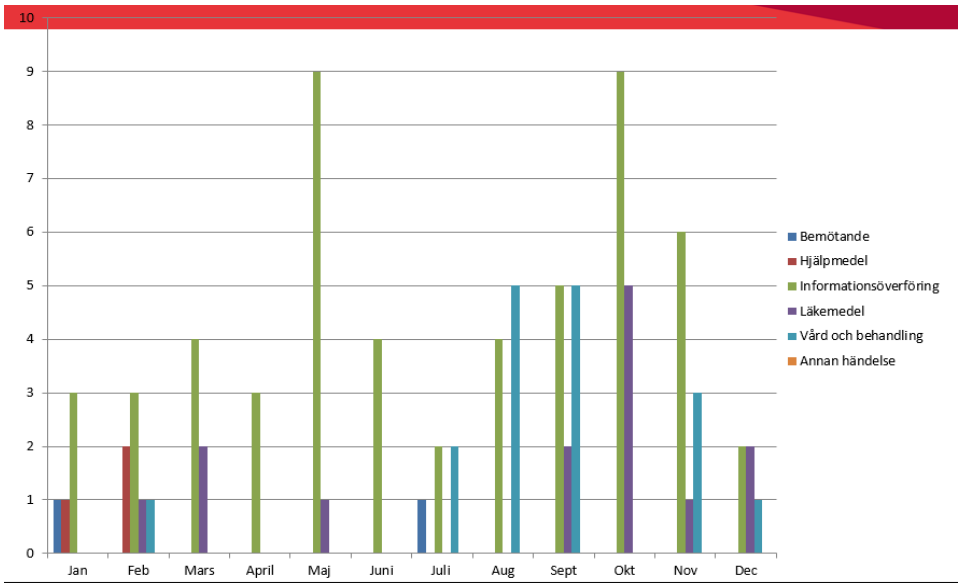
Vård- och omsorgsförvaltningen fick in 10 (14) rapporter där andra vårdgivare ansåg att vård- och omsorgsförvaltningen orsakat avvikelsen.



Kommentar:

Diagrammen avser samtliga kommuner på Höglandet och sammanlagda antalet avvikelser i samverkan.

Eftersom händelserådet startat under 2017 finns inga jämförelser med



Kommentar:
De vanligaste orsakerna till avvikelser i samverkan är brister inom informations-överföring.

Verksamhet där avvikelserna inträffat

	Akut mott	Öron näsa hals	Kirurg klin	Ortoped klin	Medicin Geriatrisk klin	Kvinno klin	Psykistrisk klin	Aneby kommun	Tranås kommun	Nässjö kommun	Sävsjö kommun	Vetlanda kommun	Eksjö kommun	Ydre kommun
Bemötande	1									1				
Hjälpmedel	1				2									
Informations överföring	5		3	2	12	1	8	1	5	8		7		1
Läkemedel		1	1	2	5		2			2	1			
Vård och behandling			6	1	7					2		2		
Annan händelse														

Fall

En fallolycka är en händelse som leder till att en person oavsiktligt landar på marken eller golvet. Fallolyckor är ett ökande folkhälsoproblem och det medför personliga lidanden och kostnader för samhället

Under 2017 rapporterades det 1105 (1070) fallolyckor. Utav dessa var det 24 (25) fall som orsakade någon slags fraktur och 128 fall som orsakade någon slags sårskada.

28 (33) av fallen skedde utomhus. Endast 1,2 (4 %) av samtliga fallolyckor orsakades av en medicinteknisk produkt.

Kommentar:
Orsaker som angetts till fallolyckorna är att patienten går i strumpläst, olämpliga skor/tofflor, otillfredsställande belysning samt hala golv. Det kan även vara mattor, trösklar samt sladdar.

Andra orsaker som ökar risk för fall är gångsvårigheter, rörlighetssvårigheter, dålig syn, dålig balans, läkemedel som påverkar balansen med mera.

Fall kan ge allvarliga fysiska skador men kan också ge psykologiska problem som fallrädsla och minskat självförtroende.

Ungefär 10 procent av fallolyckorna resulterar enligt svensk statistik i en allvarlig skada och 1–2 procent i en höftfraktur.

Medicintekniska produkter

Under 2017 har det rapporterats 2 (3) avvikelser på medicinteknisk produkt. Avvikelserna handlade om elrullstol och produktfel.

Kommentar:
Det finns fortfarande ett mörkertal gällande avvikelser inom området medicintekniska produkter. Omvårdnadspersonalen löser problem när de uppkommer men rapporterar inte alltid avvikelserna enligt rutinerna.

Läkemedel

Under 2017 rapporterades 517 (528) avvikelser gällande läkemedelshantering. 6 (12) % av avvikelserna hade direkt påverkan på patienten, dvs. avvikelsen orsakade extra kontroll, tillsyn eller läkarbesök.

86 (82) % av avvikelserna var kvarglömda läkemedelsdoser. Det innebär att patienten inte fick sina läkemedel vid rätt tid. Personalen upptäckte vid ett senare tillfälle under dagen att patienten inte fått sina ordinerade läkemedel.

Övriga orsaker till avvikelserna:

Förväxling 3,5 %

Felaktig dos 7,4 %

Övrigt 3 %

Kommentar:
Avvikelserna har minskat med 11 st. sedan 2016 vilket är positivt. Det är första gången på flera år som vi ser en minskning av avvikelser gällande läkemedel.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) mätningen avser särskilda boenden

HALT
Under hösten 2017 deltog vård- och omsorgsförvaltningen i Svenska HALT. Eftersom det är första gången som samtliga särskilda boenden deltog finns inga uppgifter att jämföra med.
HALT = Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities.

Mål med att delta i HALT är att inventera förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende i Sverige samt erbjuda ett nationellt enhetligt mätverktyg. Syftet är att stödja det lokala arbetet med att förebygga infektioner förvärvade på särskilt boende samt att optimera antibiotikaanvändningen.

Resultat för Vetlanda:

Antal patienter i HALT mätningen	Antal patienter med infektion förvärvade på SÄBO	Antal patienter med antibiotika
241	1	4

KAD, kvarliggande urinavledande kateter
I genomsnitt hade 8,9 (10,2) % KAD – kvarliggande urinavledande kateter av de som bor på särskilt boende, inklusive korttidsboende.

Kommentar:
Minskning av antalet patienter med KAD är positivt. KAD ökar risken för vårdrelaterade infektioner.

Tryckskador/trycksår
För att man ska kunna bedöma svårighetsgraden av ett trycksår så kan trycksåren kategoriseras enligt en skala 1-4:

- Kategori 1: Rodnad som inte bleknar vid tryck kan indikera att personen är i farozonen för att utveckla djupare trycksår eller att tryckskada redan uppkommit djupt i vävnaden.

- Kategori 2: Delhudsskada som visar sig som ett ytligt sår, kan också vara intakt eller öppen/sprucken blodfylld blåsa.
- Kategori 3: Fullhudsskada.
- Kategori 4: Djup fullhudsskada

I särskilt boende var förekomsten av tryckskador i genomsnitt 4 (4,7) %.

Kommentar:
Minskning av förekomsten av trycksår kan konstateras det senaste året. Ökad kunskap hos personalen om avlastning och lägesändringar bidrar till att tryckskador kan minskas.

Sårinfektioner

Utav samtliga patienter som registrerats med något slags sår drabbades 1,4 (2,4) % av sårinfektion.

Munhälsa

249 (306) patienter har fått munhälsobedömning till och med september 2017. Enligt tandvården var det 66 % av dessa som hade dålig munhygien.

171 patienter har tackat nej till erbjudande om munhälsobedömning.

I rapport från tandvårdens tandhygienist framkommer det att fem av kommunens särskilda boenden har många patienter med dålig munhygien. Sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa blir allt tydligande med stigande ålder.

Kommentar:
Inom socialpsykiatrin är det många patienter som tackar nej till munhälsobedömning. Personal inom vård- och omsorg får kontinuerlig utbildning om god munhälsa trots detta visar rapport från tandvården att många patienter har dålig munhygien.

Mätning nattfasta

Mätning av hur lång nattfastan är för personer som bor på särskilda boenden för äldre görs minst en gång per år. Resultatet analyseras i en arbetsgrupp som består av kostchef, MAS, nutritionssjuksköterska samt områdeschef för hälso- och sjukvård. Gruppen tar tillsammans med områdescheferna fram åtgärder utifrån resultaten.

Mätningen är utförd under 2 dygn på samtliga patienter. Det innebär att även patienter som tar sig något att äta själv, de som inte vill ha något samt de som vårdas i palliativ vård är inkluderade i mätningen.

Resultat av mätning nattfasta vecka 39, 2017

Boende	Kortaste	Längsta	Medelvärde timmar + minuter	Kommentarer från personalen
Brobygården	6	16	12.10	Nutritionssjuksköterska arbetar vidare med resultatet.
Bäckagården	8.15	16.10	12.33	Personal på Lagunen reflekterade direkt på sina resultat av mätningen och har nu införd en ny rutin. Ger yoghurt eller dylikt till morgonmedicinen på rummet.

Ekebogården	7	16.25	12	Vid aktuell mätning vårdades flera brukare palliativt. En brukare har nyponsoppa på rummet och tar själv.
Emmagården	6,25	16.50	12.22	Ett par brukare som själv tar sig dryck på natten.
Kvarngården	7.07	15.08	13.07	Fem brukare dricker själv på natten
Norrgården	6.10	16.55	11.03	På Solgläntan ges morgonmedicinen med yoghurt eller saft ca kl 07 vilket medför att nattfastan är i genomsnitt 2 timmar kortare än på Dalen.
Näverbyn	2.50	14.50	10	En brukare som erbjuds men tackar nej. Övriga brukare äter något efter middagen kl 17.30.
Tomasgården	4.57	14.10	11.20	Ca 20 brukare dricker själv på natten, och 13 brukare som fått hjälp med dryck. Ängen har medelvärde under 9 timmar.
Österliden	7.19	14.21	11.25	
Österäng	7.12	15.37	13.21	En brukare som får smörgås och mjölk till natten. Två brukare som inte vill äta efter kvällsmaten.

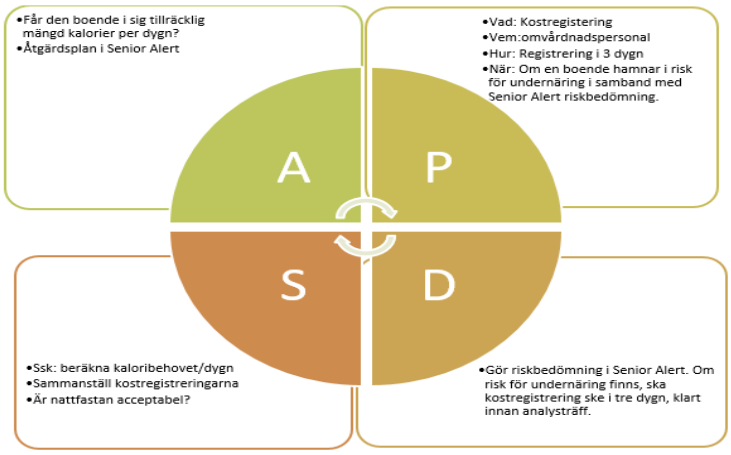
I genomsnitt för samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen är nattfastan 12 timmar och 24 minuter (11 timmar och 14 minuter).

Kommentar:
Trots olika insatser som till exempel folder med tips för mellanmål, information till områdeschefer når vi inte någon förbättring gällande minskning av nattfastan.

Kostchef och MAS har gjort oanmälda tillsynsbesök nattetid på särskilda boenden. Personalen har kunskap om vilka patienter som löper risk för undernäring och erbjuder då nattmål. Finns goda exempel, se tabell ovan.

Nutritionsgruppen har kommit överens om att testa ett arbetssätt på Brobygården. Kommer inte endast att fokusera på nattfastan utan hela dygnets måltider.

Förbättringsarbete på Brobygården enligt modellen PDSA. Förkortningen står för Plan, Do, Act och Study; planera, utför, studera och agera.



Mätning av följsamhet vårdhygien

Inom samtliga arbetsgrupper finns utbildade hygienombud. Hygienombuden har särskilt ansvar för hygienrutiner och ska kunna förmedla kunskap och ge information till sina kollegor. De ansvarar även för att utföra följsamhetsmätningar regelbundet och registrera dessa, samt delge resultatet till områdeschef och MAS. Regelbundna mätningar har inte utförts under 2017. Endast Bäckagården enhet Lagunen som följt rutinen.

Kommentar:
Smittskydd och vårdhygien inom regionen har tagit fram material som ska underlätta för hygienombuden att mäta följsamheten till hygienrutinerna. Många hygienombud tycker det är svårt att hinna med och behöver stöd från sina chefer.

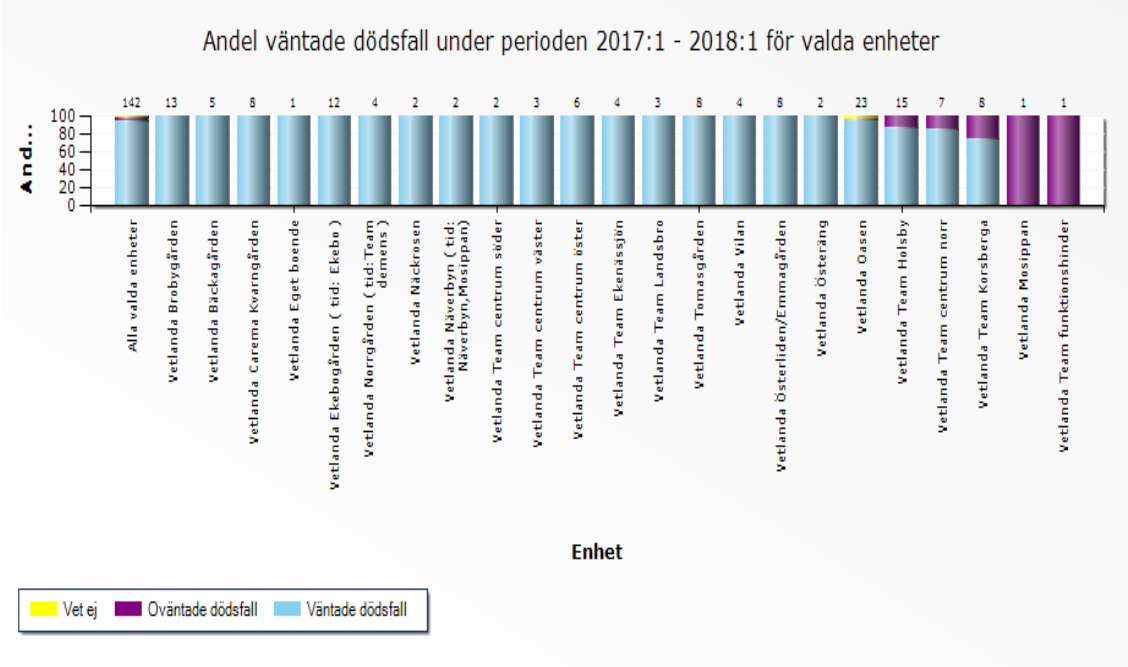
Loggkontroll

IT-sjuksköterska ansvarar för att rutiner gällande loggkontroll av hälso- och sjukvårdspersonalen följs. Redovisning lämnas till MAS en gång i månaden. Inga avvikelser har rapporterats under 2017.

Palliativa vården inklusive palliativ enhet Oasen

Under 2017 registrerades 142 (158) dödsfall inom kommunens ansvarsområde. Resultaten som redovisas är data från Svenska Palliativ register. Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar dödsfall i registret där målet att förbättra, utveckla och följa upp omhändertagandet av vården i livets slut.

Ett av den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom. Men den palliativa vården ska inte bara lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda psykologiskt, socialt och andligt/existentiellt stöd för patient och närstående. Palliativ vård fokuserar på symtomkontroll och livskvalitet.

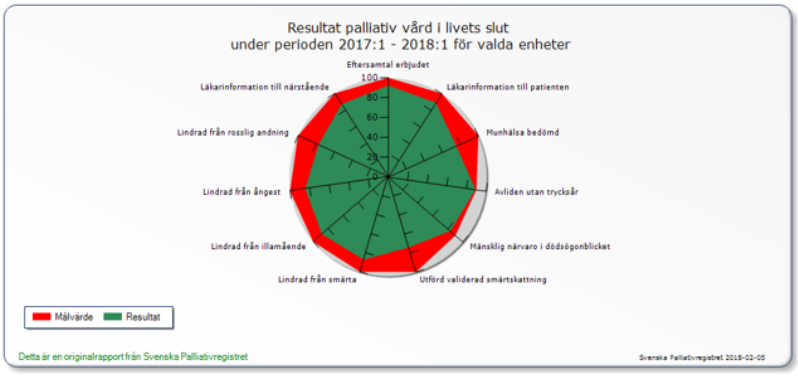


Kommentar:
Andel väntade dödsfall varierar inom olika verksamheter. Oasen hade 23 väntade dödsfall

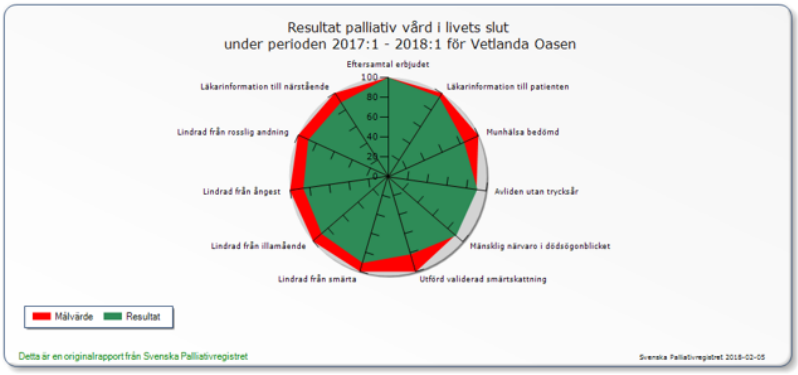
under 2017, men även Brobygården, Ekebogården och hemsjukvården i Holsby hade högre antal än övriga.

Resultat palliativ vård i livets slutskede för 2017

Hela Vetlanda Kommun:



Oasen:

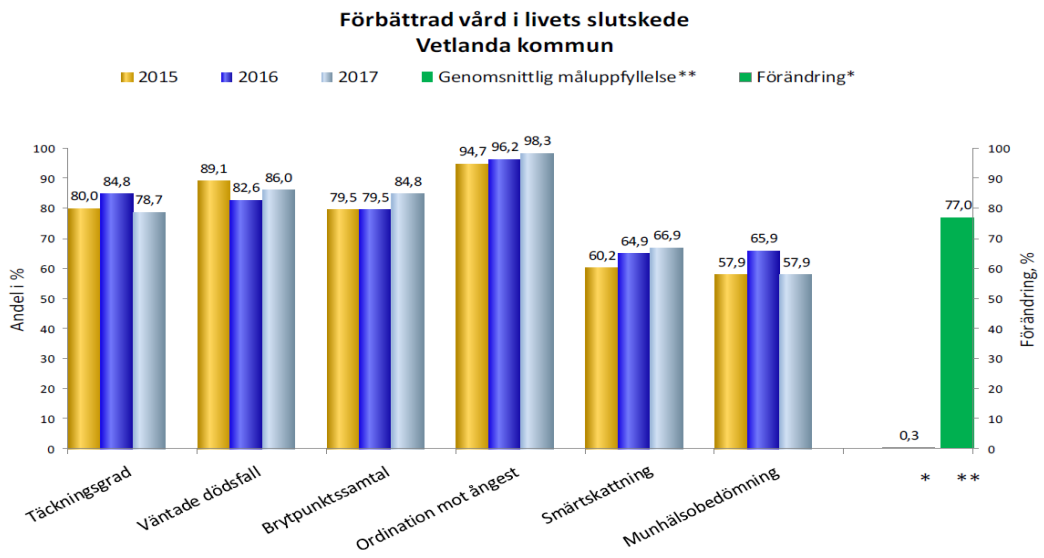


Kommentar:
Enligt resultat från register palliativ vård har Vetlanda försämrats något i jämförelse med 2016.

Även resultat från Oasen har försämrats enligt register. För att spindeldiagrammet ska bli grönt ska de olika åtgärderna vara dokumenterade i patientens journal. Enligt personalen glömmer man dokumentera åtgärderna.

Socialstyrelsens nationella målnivåer för palliativ vård i livets slutskede:

- Munhälsobedömning under sista levnadsveckan – minst 90 procent av patienterna
- Smärtskattning under sista levnadsveckan – 100 procent av patienterna
- Vid behovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan – minst 98 procent av patienterna
- Vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan – minst 98 procent av patienterna
- Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan – minst 90 procent av patienterna
- Brytpunktssamtal – minst 98 procent av patienterna



Kommentar:

Resultatet för andelen av läkare genomförda och dokumenterade brytpunktssamtal, ordinationer av injektionsläkemedel vid behov mot ångest, smärtskattning med validerat instrument samt dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan jämförs med föregående tolvmånadersperiod (oavsett täckningsgrad och andel väntade dödsfall). Skillnaden för respektive parameter läggs ihop och delas med fyra dvs. den genomsnittliga förändringen räknas ut.
Resultatet visar en försämring för genomsnittlig måluppfyllelse från 2016 med 0,4 % samt förändring från 4,3 % till 0,3 %.

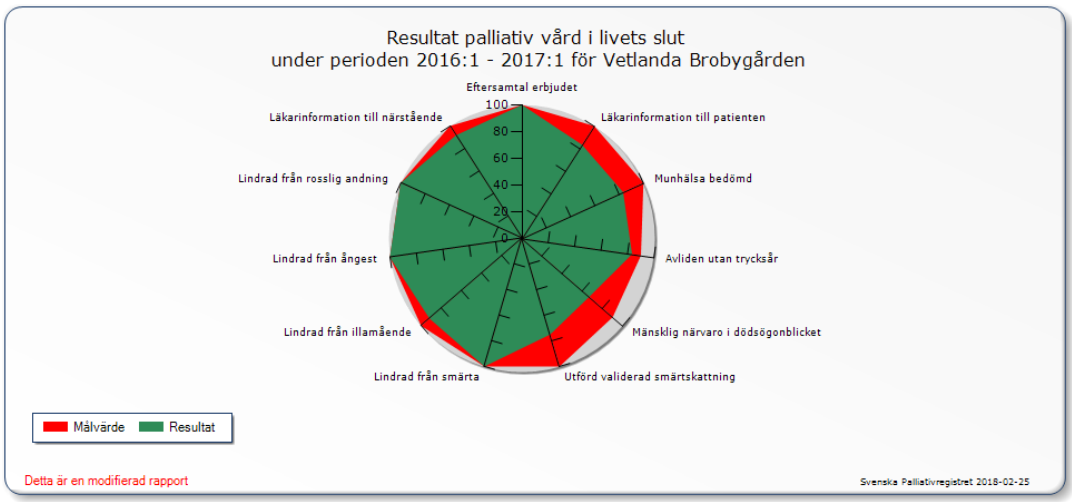
Förbättringsarbete på Brobygården

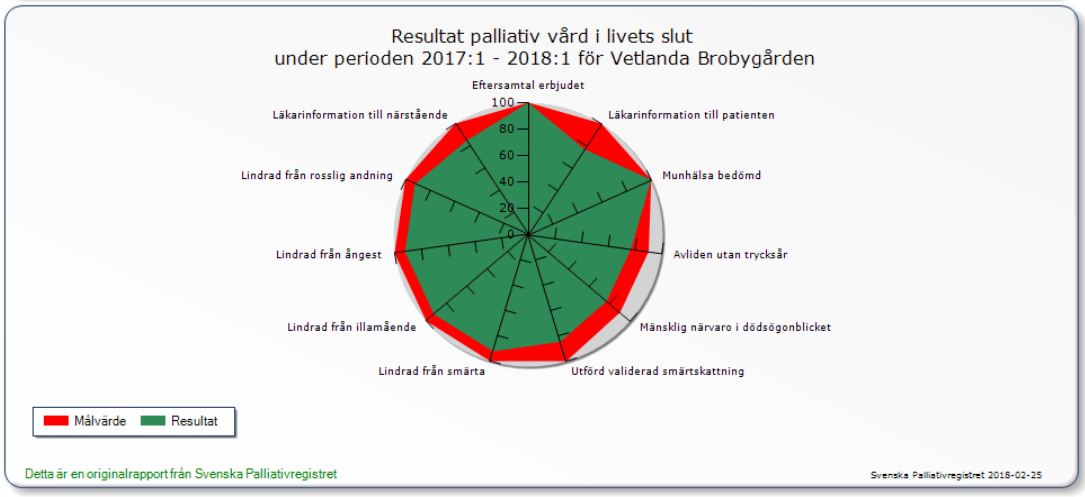
Ett förbättringsarbete påbörjades på Brobygården under hösten 2017 gällande smärtskattning. I förbättringsarbetet används ett skattningsinstrument som kallas IPOS.

IPOS är ett skattningsinstrument med frågor som behandlar fysiska, psykologiska, sociala och existentiella områden. Förutom frågor om vanligt förekommande symtom inkluderar det exempelvis frågor om närståendes oro, patientens informationsbehov och praktiska problem.

Målsättning:
Alla boende på Brobygården som skrivs in i palliativ vård ska vara smärtskattade inom en vecka efter inskrivning eller inom en vecka vid nyinflyttning om de redan är inskrivna i palliativ vård.

Spindeldiagram för 2016 och 2017 gällande resultat Brobygården





Servicedeklaration för palliativ vård

Palliativ vård är en helhetsvård i ett skede när sjukdom inte längre svarar på botande behandling.

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som kännetecknas av att främja välbefinnande och ge god symtomlindring, samt en strävan av att stödja individen och dess närstående. Vetlanda kommun bedriver palliativ vård utifrån fyra ledord: närhet, helhet, kunskap och empati.

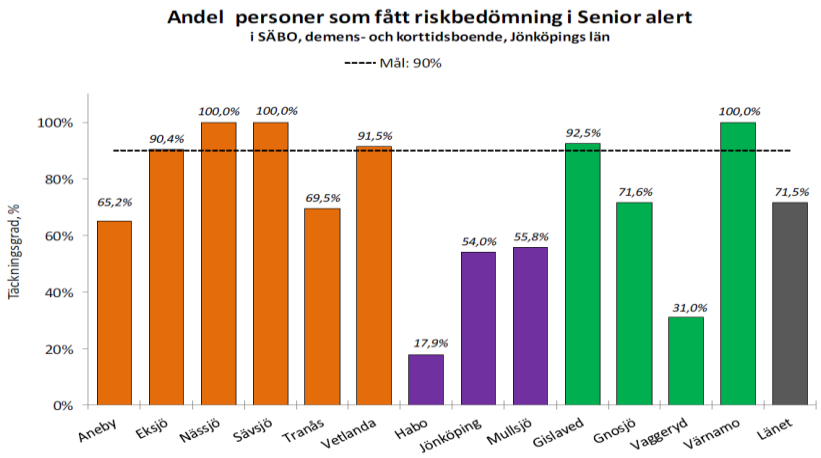
Vi lovar

- Du kommer vara delaktig i planeringen av vården
- Du ges möjlighet att vårdas i ditt hem
- Du erbjuds plats på korttidsenhet inom ett dygn om behov uppstår
- Den hälso- och sjukvårdspersonal som du möter dygnet runt är kompetent inom området
- Informera och erbjuda stöd till dina närstående

Senior Alert

Ett kvalitetsregister för att stödja den vårdpreventiva processen att förebygga fall, trycksår, undernäring och munhälsa hos äldre.

Samtliga personer 65 år eller äldre med någon form av kontakt med vård och omsorg; särskilt boende, korttidsenhet samt hemsjukvård. Registret är designat för gruppen äldre men det är möjligt att registrera yngre.



Kommentar:

Andel personer i Vetlanda som fått riskbedömning i Senior alert har ökat från 72,3 % 2016 till 91,5 % 2017 vilket är positivt.

Under 2017 har mål varit att utifrån riskbedömning i Senior alert ta fram individuella åtgärder för respektive patient. Åtgärderna ska vara dokumenterade i registret.

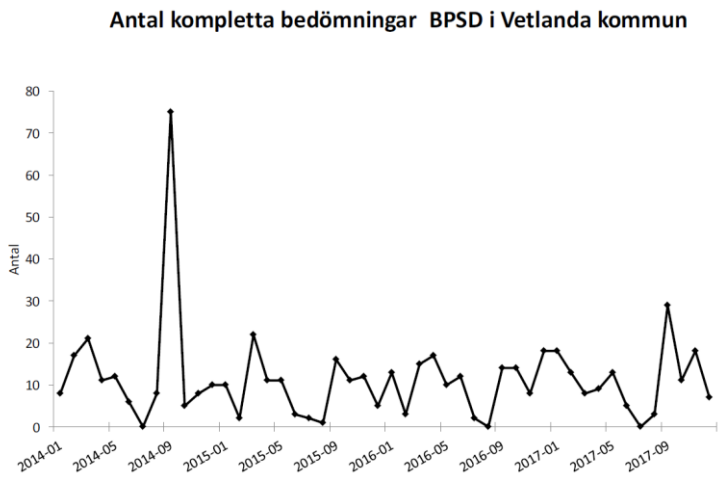
		Vårdprevention				Utfall			
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Vetlanda kommun	377	88% 400 av 453	64% 257 av 400	88% 352 av 400	63% 227 av 358	40 30 personer	114 personer	12 7 personer	77 personer

Kommentar:
Enligt rapport från Senior alert har personalen tagit fram åtgärdsplaner för 352 konstaterade risker dvs 88 (67) %, vilket är bra.

Demensvården

BPSD

BPSD är en väldigt bra metod för att arbeta personcentrerad och efter nationella riktlinjer inom demensvården. Den enskildes mående till orsaker för att komma fram till åtgärder.

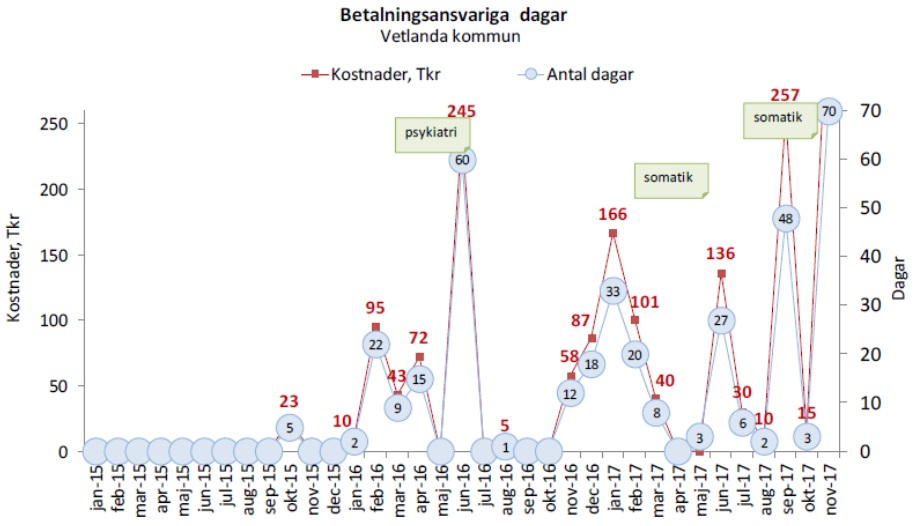


Kommentar:
Det finns ca 100 BPSD administratörer inom vård- och omsorgsförvaltningen. Under 2017 var målet att utbilda fler. Utbildningarna blev inställda på grund av för få anmälda. Registreringar görs men följs inte upp.

Rätt vårdnivå

Sjuka äldre kan ha särskilt stort behov av samordnad vård och omsorg som är anpassad efter deras individuella behov. Det ställer stora krav på helhetssyn och samarbete över yrkes- och organisationsgränser. Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd och besvär som hade kunnat undvikas och inte behöver åka till sjukhus i onödan.

I länet pågår olika arbeten med att systematiskt förebygga, riskbedöma och åtgärda inom olika områden, se under övriga flikar.



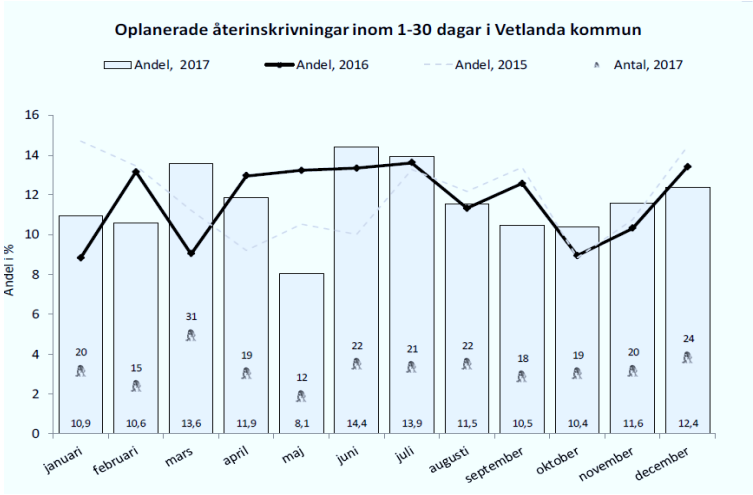
Betalningsansvar
Senast fem dagar (30 dagar inom psykiatrin) efter inledd samordnad vårdplanering inträder kommunens betalningsansvar. Som huvudregel gäller att patienten skrivs ut och överförs från sluten vård så snart som möjligt, utan att tidpunkten för betalningsansvar inväntas.

Kommentar:
Under 2017 har Vetlanda stort antal betalningsansvariga dagar.

Det påverkar Esther negativt att vistas på sjukhus när inte behov finns, dvs. inte rätt vårdnivå.

Fokusutskrivningar

I samband med sjukhusvistelsen ska man uppmärksamma de risker som finns för ökat vårdbehov och ev återinläggning.



Kommentar:
Oklart vad som orsakat återinskrivningarna. Man pratar mycket om säker utskrivning från sjukhus för Esther. Om det är brist i processen vid utskrivning ökar risken för återinskrivning.

Planering för patientens fortsatta vård i samverkan med vårdcentral – kommun minskar risken för återinskrivning.

Mobila lösningar/Estherteam

Under våren 2017 deltog Vetlanda kommun i ett projekt som syftar till att utforma hållbara mobila lösningar i samverkan.

Esther ska kunna säga: "Jag får den vård jag behöver när jag behöver det och där jag behöver det."

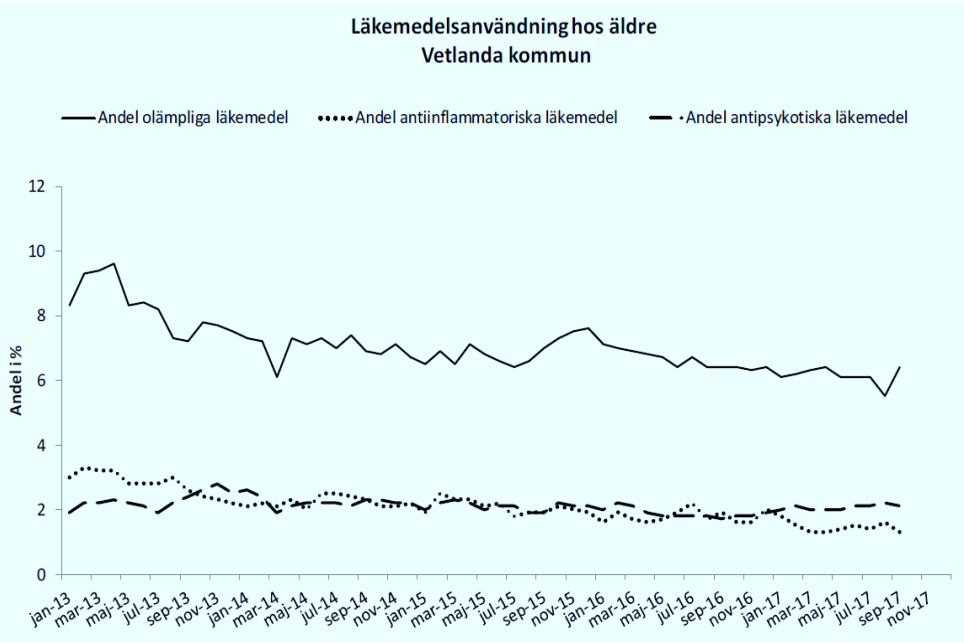
- Esther känner sig trygg hemma och delaktig i sin vård och omsorg
- Esther åker bara till sjukhus när det behövs
- Esther erbjuds god och säker vård på lika villkor i hela länet

Målgruppen var patienter med kroniska besvär där vårdsituationer riskerar att bli trassliga eller redan var trassliga. Många hade flera diagnoser. 17 av 20 patienter var inskrivna i hemsjukvård.

Samverkanstruktur förbättrades genom till exempel tydliga kontaktvägar och mötesplatser för vårdgivarna. Projektet testades senare i andra delar i länet. Uppföljning kommer göras under 2018.

Läkemedelsanvändning

Många äldre har flera sjukdomar och besvär vilket medför att de behöver ta många läkemedel samtidigt. Riskerna för biverkningar och läkemedelsproblem ökar i och med detta. Det är viktigt att rätt läkemedel används och att behandlingen följs upp och omprövas regelbundet.



Kommentar: Samtliga patienter erbjuds en läkemedels-genomgång årligen. Läkemedels-genomgång ska även erbjudas då patienten flyttar in på ett särskilt boende.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Övergripande mål och strategier påverkas av faktorer i omvärlden såsom ny lagstiftning, utredningar och föreskrifter.

Förvaltningen kommer att behöva anpassa verksamheten för att kunna ta emot patienten senast tre dagar efter att patienten är utskrivningsklar utifrån den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som trädde i kraft i januari 2018.

Utredningen ”Effektiv vård” beskriver en förändrad hälso- och sjukvård där primärvården får en mer central roll i patientens hälso- och sjukvård. Primärvården ska samverka nära med kommunen. Utredningen tar även upp att mer avancerad vård kan ske i hemmet vilket kan påverka hälso- och sjukvården i kommunen.

Bristen på utbildad personal är oroande och kan leda till risker inom patientsäkerheten. Det krävs personal med rätt kompetens för att kunna utföra en alltmer avancerad sjukvård i hemmet.

För att förvaltningen ska klara av sina åtaganden krävs en nära samverkan inom den egna verksamheten samt att samverkan med andra vårdgivare fungerar på ett tillfredsställande sätt.