

Patientsäkerhetsberättelse 2018

**Vetlanda kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen**

Helen Karlsson

MAS

Innehåll

.....	1
Patientsäkerhetsberättelse.....	1
Sammanfattning.....	4
1 Allmänt	5
2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
2.1 Vård- och omsorgsnämnd	5
2.2 Verksamhetschef.....	5
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	5
2.4 Funktionschef	5
2.5 Områdeschef.....	6
2.6 Alla medarbetare	6
3 Övergripande mål.....	6
4 Rutiner för egenkontroll och riskanalys.....	7
4.1 Strukturerad tillsyn	7
4.2 Årshjul och hållplats för lärande	8
4.3 Händelseanalyser	8
5 Rapporteringsskyldighet, hantering klagomål och synpunkter.....	9
5.1 Avvikelse	9
Kategori 1 och 2	9
Kategori 3 och 4	9
5.2 Klagomål och synpunkter	9
5.3 Avvikelse i samverkan	9
6 Informationssäkerhet	10
7 Samverkan	10
7.1 Samverkan med patient och närstående	10
7.2 Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Extern samverkan	10
Intern samverkan	11
8 Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	12
9 Sammanställning och analys	12

9.1 Avvikelseerrapportering	13
9.1.1 Läkemedelshantering.....	13
Läkemedels an vändning och läkemedels gen omgång	14
9.1.2 Fall.....	14
9.1.3 Avvikelse er i sam ver kan.....	15
9.2 Hygien	15
Mätning av följsamhet vårdhygien	15
9.3 Infektionsmätning	16
KAD, kvarliggande urin av ledande kateter	16
Tryckskador/tryck s år.....	16
9.4 Munhälsa	16
9.5 Loggkontroll	17
9.6 Palliativ vård	17
9.7 Senior Alert.....	18
9.8 Demensvården	18
Bete en demässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD).....	18
10 Sammanhållen vård och omsorg	18
Oplanerade åter in skrivningar inom 1-30 dagar i Vetlanda.	18
Bet al nings an sv ar	19
Övergripande mål och strategier för kommande år	19

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen säger att vårdgivaren har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Varje medarbetare ska kunna utöva sitt arbete så att en god säker vård kan ges. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren ska underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetsarbetet har under 2018 följts upp på olika sätt i verksamheterna, bland annat genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser, mätningar och tillsyn.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar målmedvetet på att identifiera förbättringar i patientsäkerhetsarbetet. Tack vare registreringar i kvalitetsregister kan vi följa vårt arbete och på så sätt motiveras verksamheten till att hela tiden sträva efter bättre resultat. Genom riskbedömning, planering och genomförande av åtgärder och uppföljningar av fall, undernäring, trycksår och munhälsa skapas en säkrare vård som är individuellt anpassad efter den enskildes behov.

Kvaliteten i vården vid livets slut varierar. Genom att vi registrerar sista veckan i livet i Svenska Palliativregistret har vi kartlagt vilka förbättringsområden som finns.

Den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelse är att personalen glömt att ge ordinerat läkemedel. Ingen av avvikelserna kring läkemedelshantering har lett till någon allvarlig skada. Under 2017 togs beslut om att införa ett digitalt system för signering av givna läkemedel för att öka patientsäkerheten runt läkemedelshanteringen. I slutet av 2018 har samtliga områden inom hemtjänst och funktionshinderomsorg infört digital signering av läkemedel.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) som trädde i kraft 1 januari 2018 har inneburit nya arbetssätt för personalen. Nya rutiner har införts för att patientsäkerheten ska vara hög runt vårdsmordningen av Esther.

1 Allmänt

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

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

2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

2.1 Vård- och omsorgsnämnd

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.

2.2 Verksamhetschef

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.

2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

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.

2.4 Funktionschef

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

- Hälso- och sjukvård
- Hemtjänst
- Särskilda boende för äldre
- Funktionshinderomsorg
- 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.

2.5 Områdeschef

På vård- och omsorgsförvaltningen finns ett antal områdeschefer som är underställda funktionscheferna. Dessa ansvarar för olika verksamheter inom särskilt boende, hemtjänst, gruppboendestäder, 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.

2.6 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 ha erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

3 Övergripande mål

Målsektor	Nämndmål
Attraktiv kommun	Genom en positiv anda locka och behålla medarbetare med rätt kompetens.
Välfärd	Vården och omsorgen ska präglas av respekt och delaktighet samt skapa förutsättningar till ett självständigt liv.
	Succesivt utveckla och införa användandet av välfärdsteknologi
Organisation och resurshushållning	Med engagerade och delaktiga medarbetare fokuserar vi på det bästa för brukaren/patienten

4 Rutiner för egenkontroll och riskanalys

Egenkontroll innebär systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. I egenkontroller ingår att följa upp och utvärdera verksamheten genom att analysera resultat från lokala, regionala och nationella mätningar med syfte att identifiera förbättringsområden i verksamheten.

Exempel på områden där uppföljning och utvärdering sker:

- Avvikelseberättelser rapporteras enligt förvaltningens rutiner internt och i samverkan med andra vårdgivare. Misstänkta vårdskador följs upp via journalgranskning, samtal med berörd personal, områdeschefer ev. berörd patient och anhöriga. Allvarliga vårdskador rapporteras enligt lex Maria till IVO.
- Infektionsregistrering och antibiotikaanvändning följs upp via medverkan i Folkhälsomyndighetens nationella mätning Svenska HALT en gång per år samt i Smittskydd/vårdhygiens mätningar varje månad.
- Vården i livets slut följs upp via Palliativregistret. Samtliga avlidna ska registreras.
- Trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen följs upp via kvalitetsregistret Senior Alert. Målsättningen är att samtliga över 65 år på särskilt boende samt de som är inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende ska registreras.
- Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens följs upp via BPSD-registret på kommunens demensenheter.
- Följsamheten av basala hygienrutiner följs upp via observationer och enkäter av kommunens hygienombud.
- Kommunens läkemedelsförråd på särskilt boende kontrolleras årligen enligt protokoll.
- Granskning av journaler görs i samband med tillsyn av MAS.
- Patient på särskilda boenden får årligen erbjudande om munhälsobedömning där resultatet sammanställs och ger utrymme för analys.
- Loggningskontroll i verksamhetssystemet Procapita.
- Resultaten i brukarundersökning och öppna jämförelser granskas och analyseras årligen.

4.1 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.

4.2 Årshjul och hållplats för lärande

Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet har vård- och omsorgsförvaltningen ett årshjul med "Hållplatser för lärande".

Vård- och omsorgsförvaltningen vill vara en lärande organisation. En lärande organisation kännetecknas bland annat av att det skapas tid och utrymme för reflektion och dialog. Hållplatser för lärande är tänkt som ett systematiskt sätt att stanna upp i vardagsarbetet och reflektera och lära av det vardagliga arbetet utifrån vissa återkommande teman. Förhoppningen är ett systematiskt kollektivt lärande för både ledningen, arbetsgruppen och den enskilda medarbetaren.

Varje chef ska driva den egna verksamhetens utvecklings- och kvalitetsarbete i enlighet med riktlinjen för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kvalitetshjulet med de återkommande hållplatserna för lärande är en central del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Hållplatserna, som genomförs i hela organisationen, återkommer vid samma tidpunkt under året.



Under varje hållplats redogörs för hållplatsens specifika syfte.

4.3 Händelseanalyser

På vård- och omsorgsförvaltningen finns så kallade analysträffar där områdeschefen är sammankallande. 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.

När avvikelse inträffar skall involverad personal vidta nödvändiga åtgärder utifrån sin kompetens och omedelbart informera sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Avvikelse kategoriseras utifrån allvarighet och konsekvens.

5 Rapporteringsskyldighet, hantering klagomål och synpunkter

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.

5.1 Avvikelser

Avvikelserna kategoriseras efter avvikelsernas 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/själv mord, 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

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 ska rapporteras enligt lex Maria.

5.2 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.

5.3 Avvikelser i samverkan

Kommunerna och Region Jönköpings län följer en process för avvikelser i samverkan.

MAS-gruppen på Höglandet tillsammans med chefssjuksköterska på Höglandssjukhuset träffas kontinuerligt i ett händelseråd. 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

6 Informationssäkerhet

Kommunchefen har ansvar för informationssäkerheten. Vetlanda kommun har en av kommunfullmäktige beslutad informationssäkerhetspolicy, den ska uppdateras för att innehålla samma information som övriga kommuner på Höglandet.

Informationssäkerhetsfrågorna är en del av chefernas ansvar.

MAS har tillsammans med IT-utvecklare tagit fram en åtgärdsplan utifrån den nya författningen gällande informationssäkerhet.

Ett arbete med att införa ett nytt verksamhetssystem, Combine, är påbörjat. Det ska införas under hösten 2020.

7 Samverkan

7.1 Samverkan med patient och närstående

Patienter och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med patienter och närstående är viktig för att förebygga vårdskador.

Patienter och i förekommande fall närstående ska:

- medverka vid upprättande av vårdplaner
- bli informerade om när registreringar görs i nationella kvalitetsregister
- bli informerade vid utredning av vårdskador
- bli informerad om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

Det finns ingen uppföljning som visar på i vilken omfattning detta sker i verksamheterna.

7.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

Samverkan tar sin utgångspunkt i en sammanhållen vård och omsorg som utgår från patienternas behov och fokuserar på att uppnå bästa möjliga kvalitet.

Genom olika ledningsforum och nätverk samverkar kommunerna med Region Jönköpings län för att trygga övergångarna i vården och för det gemensamma ansvaret för patienterna. Kommunalt forum ansvarar för samverkan inom hälsa, vård och omsorg och samverkan sker

kring exempelvis rekommendationer, strategiska frågor, gemensamma uppdrag och satsningar samt ansvarsfrågor mellan kommun och region.

Formerna för samverkan regleras även i diverse samverkansdokument, avtal och deltagande i olika lokala, regionala och nationella nätverk. Exempel:

- Händelserådet på Högländet med MAS från kommunerna och sjukhus analyserar och sammanställer avvikelser för att sedan rapportera till strategigrupp äldre.
- Esther nätverk är ett samarbete mellan kommuner, primärvård och specialistvård i Region Jönköpings län för att utveckla samverkan i vården. Esther är även en känd förebild och inspirationskälla nationellt och internationellt.
"Esther" är en symbolisk person med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning. Det är självklart att brukaren, patienten är aktiva deltagare i nätverket. För att få till personcentrering på alla nivåer används en enkel återkommande fråga: "Vad är bäst för Esther?"
- Överenskommelse om samverkan för trygg och säker utskrivning för slutna hälso- och sjukvård i Jönköpings län.
- Samverkansavtal mellan smittskydd vårdhygien, Region Jönköpings län och kommunerna.
- Psykisk funktionsnedsättning, överenskommelse om samarbete mellan kommunerna och Region Jönköpings län.
- Överenskommelse mellan kommunerna och Region Jönköping kring samverkan gällande vård och stöd för personer med riskbruk, missbruk och beroende.
- Överenskommelse mellan Region och kommun gällande palliativ vård och geriatrisk vård.
- Överenskommelse mellan Regionen och kommunen gällande rehabilitering och habilitering.
- Överenskommelser och samarbete med dosapotek, lokala apotek och Regionens apotekare.
- Samverkan med regionen och andra kommuner i upphandlingsfrågor t.ex. länsöverskridande upphandling av inkontinenshjälpmedel, läkemedel till akutförråd och sjuk- och förbandsmaterial.
- Avtal med Folk tandvården med riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Avtal med länets hjälpmedelscentral.
- Avtal för läkarmedverkan reglerar samverkan mellan vårdcentraler och kommunens hemsjukvård. Kontinuerliga samverkansmöten med vårdcentralen Bra Liv i Vetlanda och Landsbro, Aroma vårdcentral samt Unicare vårdcentral.
- Nätverk för patientsäkerhet på SKL samt med Region Jönköpings län.
- Demensteam med vårdcentralerna.
- Avtal med medicinsk teknik (Högländssjukhuset, Eksjö) för service av medicinskteknisk utrustning
 - Avtal med Hjälpmedelscentralen, utöver det övergripande, har upprättats för förvaltningens inköpta hjälpmedel.

Intern samverkan

Samverkan måste även ske internt inom egna förvaltningen men också med övriga förvaltningar.

Samverkan i teamet runt patienten är en förutsättning för att nå uppsatta mål. På vård- och omsorgsförvaltningen finns en rutin "Analysträff/Mötesrutin/Planeringsmöte i samverkan för Esther". Rutinen beskriver hur personalen oavsett profession samverkar runt patienten. Det

handlar om planering, genomförande och uppföljning av behandling, omvårdnad och rehabilitering och att det ska utgå ifrån den enskildes behov och förutsättningar.

8 Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar ständigt för en ökad patientsäkerhet vilket är en del i kvalitetsledningssystemet. Alla medarbetares delaktighet, kunskap och engagemang tillsammans med den kunskap som statistik, resultat och rapporterade avvikelser ger leder till en ökad patientsäkerhet. Arbetet med implementering av nya arbetssätt är viktigt för att öka patientsäkerheten.

Digital signering för läkemedel – APPVA har införts för personalen inom samtliga hemtjänstområden samt inom funktionshinderomsorgen. Digital signering är system för mobil där personalen får information om aktuell patients aktuella läkemedel samt att de signerar digitalt när åtgärden är utförd.

Cosmic Link 2 är ett verktyg/system för att förenkla den samordnade vårdplaneringen mellan slutenvården, kommunen och primärvården.

Samordnad vårdplanering, (SVPL) har kompletterats med en lokal process för patienter i Hemtagningsteam.

Hemtagningsteam för patienter som är utskrivningsklara. Ett utredande team som ansvarar för patienten under två veckor efter utskrivning.

HLR - ny rutin för ställningstagande till HLR.

Cosmic Messenger – reviderat rutin.

Sturebo korttids – ny rutin för läkemedelshantering.

Metodikum – utbildat sjuksköterskor som instruktörer för sina kollegor inom medicinteknik.

Sårvård – projekt för svårläkta sår.

Delegeringsrutiner inom Funktionshinderomsorgen.

Hemrehabilitering, rutin påbörjad.

Läkemedelsboxar och läkemedelsväskor - nya rutiner.

Hygienombud – utbildat fler.

Avtal med vårdcentraler – reviderat.

Handlingsprogram för åtgärder vid värmebölja, kommunövergripande - konsekvenserna av värmebölja för personer som omfattas av kommunal omvårdnad ska minska.

9 Sammanställning och analys

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.

9.1 Avvikelseberättelse

2017 års resultat anges inom parentes.

En avvikelseberättelse ska skrivas då det inträffar en händelse i verksamheten som medfört eller som skulle kunnat medföra negativa konsekvenser för patient på grund av brister i verksamheten. Sammanlagt har det rapporterats 1719 avvikelser gällande hälso- och sjukvård enligt vård- och omsorgsförvaltningens rutiner under 2018. Av dessa bedömdes 15 (20) som allvarlighetsgrad 3 och 2 (0) som allvarlighetsgrad 4 vilket innebär att 2 händelser anmäldes enligt lex Maria till IVO.

Det har under 2018 inkommit 5 synpunkter/klagomål till Patientnämnden gällande vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

Inkomna avvikelserapporter	2016	2017	2018
Läkemedelshantering	528	517	557
Fall	1070	1105	1156
Medicintekniska produkter	3	2	6
Totalt	1601	1624	1719

Avvikelser/funktion	Läkemedel	Fall	MTP
Hemtjänst	224	278	1
Äldreomsorg, SÄBO	206	674	4
Funktionshinderomsorg	89	74	1
Hälso- och sjukvård inkl. korttids	38	129	
Totalt	557	1156	6

9.1.1 Läkemedelshantering

Trots att många insatser inom området läkemedelshantering gjorts har antalet rapporterade avvikelser ökat från 517 till 557 på ett år. 84 (86) % 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.

De flesta avvikelserna inom läkemedelshantering inträffar mellan kl. 7-12. En tänkbar orsak till det är att de flesta läkemedelsdoserna delas ut då.

Läkemedelsavvikelser	Tid på dygnet	Felaktig dos	Förväxling	Utebliven	Övrigt
Kl 7-12	229	16	11	189	
Kl 12-17	130	6	4	116	
Kl 17-21	162	7	8	134	
Kl 21-7	36	3		28	
Totalt	557	32	22	467	36

Digitalt system, APPVA, för signering av läkemedel har införts under året inom hemtjänsten samt inom delar av funktionshinderomsorgen. Statistik från systemet visar på att 85 % av patienterna fick sina läkemedel i rätt tid, genomsnittlig avvikelse var 2 h 55 minuter, personalen har signerat 87 839 insatser. I början av 2018 när systemet var nytt var det mer variation i hur personalen signerade utförda insatser medan i slutet av året ligger det mer konstant mellan 80-90 %. Ett fortsatt arbete behövs för att säkerställa att patienterna får rätt

läkemedel i rätt tid. Statistik från APPVA delges av MAS till områdeschefer samt sjuksköterskor en gång i månaden på enhetsnivå.

Läkemedelsanvändning och läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång ska erbjudas patienten enligt riktlinjer och med de intervall som definieras i Läkemedelskommitténs riktlinjer för läkemedelsgenomgång. Nyinflyttade till särskilt boende ska erbjudas läkemedelsgenomgång samt hembesök av läkare.

Läkemedelskommittén beslutar om vilka läkemedel som ska finnas i tillgängliga för hemsjukvården i akutförråd. MAS i kommunen och läkare från vårdcentral med avtal vid särskilt boende ansvarar för att underteckna generella direktiv, enligt mall från Läkemedelskommittén.

I vårdens övergångar finns risk för läkemedelsavvikelser. Det beror dels på att regionen och kommunen använder olika ordinationsunderlag för läkemedelshantering. Läkare ordinerar i Cosmic journalsystem vilket inte sjuksköterskorna i kommunen har behörighet till. Många patienter i kommunen har sina läkemedel dosdelade och har Pascal som ordinationsunderlag. Det kräver att man manuellt kontrollerar så att båda listorna stämmer överens. MAS tillsammans med apotekare och chefssjuksköterska har träffats för att ta fram åtgärder för att minska risk för läkemedelsavvikelser i vårdens övergångar.

9.1.2 Fall

Av samtliga 1156 inrapporterade fallolyckor var det 25 (25) som orsakade någon slags fraktur och 140 (128) fall som orsakade någon slags sårskada. 2,9 (1,2) % av samtliga fall orsakades av en medicinteknisk produkt.

De flesta fallolyckorna inträffar mellan kl. 12-18 samt även nattetid.

Följande faktorer ökar risken för att patienten drabbas av en fallskada:

- dålig belysning, hala eller ojämna golv, brist på eller felplacerade handtag och räcken, hala eller olämpliga skor och olämpligt placerade mattor och möbler
- demens, förvirring
- nedsatt syn, fel glasögon
- läkemedel
- nedsatt balans och muskelstyrka, t.ex. vid diabetes, vid neurologiska sjukdomar och vid dålig nutrition
- tidigare fallhändelse och rädsla för att falla

Fall fördelade över dygnet	6-9	9-12	12-18	18-22	22-6
Antal	128	154	330	217	327

För att minska risken för fallskador behöver vi arbeta systematiskt med fallpreventiva åtgärder:

- Riskbedömning i Senior alert, om risken för fall är förhöjd, gör en strukturerad fallriskutredning, ta fram lämpliga åtgärder, följ upp och utvärdera
- Avvikelse rapportera fall enligt rutin, om en patient har fallit, utred händelsen för att kunna lära av det inträffade och förhindra ytterligare fall
- Vid ny vårdkontakt, fråga patienten om tidigare fall

- Som personal, ”Fråga dig själv om du tror att patienten kommer att falla under vårdtiden om ingen förebyggande åtgärd sätts in”
- Informera patienten och de närstående om riskbedömningen och förebyggande åtgärder och fråga efter patientens egna förslag, synpunkter och erfarenheter.

9.1.3 Avvikelse i samverkan

Ambitionen och förhoppningen är att samverkan mellan olika verksamheter och huvudmän ska fungera väl. När problem uppstår i det vardagliga arbetet ska avvikelshantering vara ett stöd i samverkan. Dessutom ger det möjlighet att systematiskt kunna följa upp samverkan. Avvikelse i samverkan delas i olika områden bemötande, hjälpmedel, informationsöverföring, läkemedel, vård- och behandling och annan händelse.

Område	Från andra vårdgivare	Från Vetlanda
Bemötande	2	
Hjälpmedel		1
Informationsöverföring	5	12
Läkemedel		10
Vård- och behandling		5
Annan händelse	3	3
Totalt	10	31

Annan vårdgivare innefattar främst sjukhus och vårdcentraler.

Totalt 41 avvikelser i samverkan med andra vårdgivare har rapporterats under 2018 att jämföra med 15 under föregående år. Nästan hälften handlar om bristande informationsöverföring. Avvikelse i samverkan har ökat under 2018 vilket till stor del beror på den nya lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) som trädde i kraft 1 januari 2018.

Personalen arbetar enligt ny process för in- och utskrivning från sjukhus och för att tidigt påbörja samarbete och planering för att skapa en trygg och säker hemgång för patienten. Nya rutiner har arbetats fram under året som säkerställer processen.

Syftet med lagen är att komma till rätta med problemet att patienter ligger kvar på sjukhus i onödan. Det ställs krav på att kommunernas vård och omsorgsenheter samt regionens öppenvård får tidiga inskrivningsmeddelanden med planerade utskrivningsdatum från slutenvården när en patient bedöms behöva insatser efter sjukhusvistelsen.

9.2 Hygien

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 inom alla verksamheter.

Hygienrådet har tagit fram en planering för 2019 för arbetet inom hygienområdet. Det kan konstateras att stödet från områdeschefen är viktigt för hygienombudets arbete med att utveckla inom hygienområdet på sin enhet. Många grupper har en stående punkt på APT om vårdhygien.

9.3 Infektionsmätning

Folkhälsomyndighetens nationella mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilda boenden genomfördes under hösten. Mätningen baseras på den europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) protokoll som används för mätningar inom särskilt boende i Europa, kallat HALT (*Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities*).

Totalt var det 220 patienter inom vård- och omsorgsförvaltningen som deltog i mätningen. Resultatet visar på låg andel infektioner. Riskfaktorer för infektioner är bland annat urinkatetrar och sår.

KAD, kvarliggande urinavledande kateter

Under aktuell vecka då HALT mätningen genomfördes var förekomsten av KAD-användare, 10,5 % vilket kan jämföras med riket, 9,6 %.

I genomsnitt för hela 2018 var det 5,6 (8,9) % av de som bor på särskilt boende, inklusive korttidsboende som hade KAD.

Det ska alltid finnas en indikation till varför patienten har en KAD. Det kan konstateras att det kan förbättras, patienter skrivs ut från sjukhus med KAD utan att det finns en planering för hur länge den ska sitta kvar.

Tryckskador/trycksår

Under aktuell vecka då HALT mätningen genomfördes var förekomsten av tryckskador 2,3 % vilket kan jämföras med riket, 4,5 %.

I genomsnitt för hela 2018 var det 1,4 (4) % av de som bor på särskilt boende, inklusive korttidsboende som hade någon typ av tryckskada.

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

9.4 Munhälsa

291 (249) patienter har fått munhälsobedömning under 2018. Enligt tandvården var det 66,3 (66) % av dessa som hade dålig munhygien.

167 (171) patienter har tackat nej till erbjudande om munhälsobedömning.

Tandvården utbildade 246 personal på vård- och omsorgsförvaltningen under 2018.

Enligt årsrapport från Folkhälsa och sjukvård/Bedömning tandvård Region Jönköpings län har mer än hälften av patienterna som genomgått munhälsobedömning dålig munhygien vilket inte är bra. Dålig munhygien leder bland annat till försämrade tuggförmåga och tandlossning.

9.5 Loggkontroll

Loggrutinen är under omarbetning för att samma rutin ska gälla samtliga lagrum. Fram till den är klar gäller tidigare rutin. Inga avvikelser har rapporterats under 2018.

9.6 Palliativ vård

Under 2018 rapporterades 147 (164) dödsfall inom kommunens ansvarsområde varav 140 (156) var väntade dödsfall. Resultaten som redovisas är data från Svenska Palliativ register. Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar dödsfall i registret där målet är att förbättra, utveckla och följa upp omhändertagandet av vården i livets slut.

Indikatorer	Andel som erhållit de olika indikatorerna (väntade dödsfall)		Målvärde %
	Kommunen	Oasen	
Läkarbedömning	93,6	97,1	100
Brytpunktsamtal	91,4	97,1	98
Smärtstillande injektion Opioid vid behov	98,6	100	98
Injektionsläkemedel mot ångest vid behov	99,2	100	98
Smärtskattning	67,8	60	100
Dokumenterad munhälsa sista levnadsveckan	50,7	45,7	90
Utan trycksår vid dödsfallet	87,1	97,1	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	78,6	94,2	90
Närstående erbjuds efterlevandesamtal	90	94,2	100

Grönt = nått målvärde

Rött = inte nått målvärde

25 % av inrapporterade dödsfall avled på kommunens palliativa enhet Oasen under 2018.

Enligt uppgifter från Palliativ register når hela vård- och omsorgsförvaltningen 2 av 9 mål inom den palliativa vården. Enheten Oasen når 4 av 9 mål. Enligt personalen utför man munhälsobedömning och smärtskattning men dokumenterar det inte i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Det resulterar i det låga resultatet i Palliativ register.

9.7 Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister för att stödja den vårdpreventiva processen att förebygga fall, trycksår, undernäring och munhälsa hos äldre. Registret är designat för gruppen äldre men det är möjligt att registrera yngre.

Under 2018 registrerades 347 (377) patienter i kvalitetsregistret. Åtgärdsplaner togs fram på 88 (88) % av de patienter som hade någon risk. Vid uppföljning var det 70 (63) % av åtgärderna som var utförda.

Teamet runt patienten tar fram åtgärdsplaner men kan konstatera att de inte alltid blir utförda. Detta uppmärksammas i samband med att teamet ska följa upp planerna.

9.8 Demensvården

Under året har ett antal olika utbildningar genomförts för både personal samt för anhöriga till dementa.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)

När en demenssjuk person visar beteendeförändringar och psykiska symtom som till exempel oro, aggressivitet, vandrings- eller rop beteende ställs höga krav på omsorgspersonalen. I Vetlanda kommun har det totalt utbildats 102 administratörer i BPSD registret, kommunens demenssjuksköterska är certifierad utbildare. Samtliga läkare på vårdcentralerna har fått information av kommunens demenssjuksköterska om vad BPSD innebär och hur man använder det.

109 (134) BPSD skattningar genomfördes, och resulterade i olika åtgärder för aktuella personer. Åtgärderna bestod bland annat av upprättande av bemötandeplaner, läkemedelsöversyn, symtomlindring mot smärta m.m.

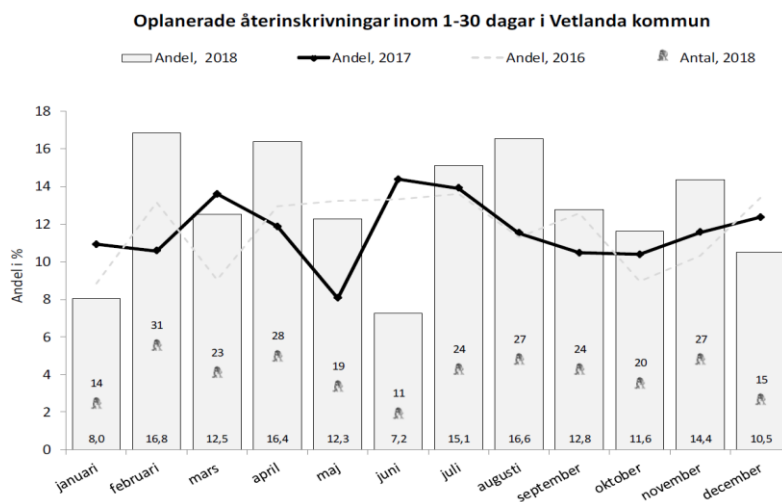
10 Sammanhållen vård och omsorg

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.

Oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar i Vetlanda.

Indikatorn visar andelen vårdtillfällen där patienter återinlades en eller flera gånger inom 30 dagar efter utskrivning från sjukhus, bland personer 65 år och äldre.

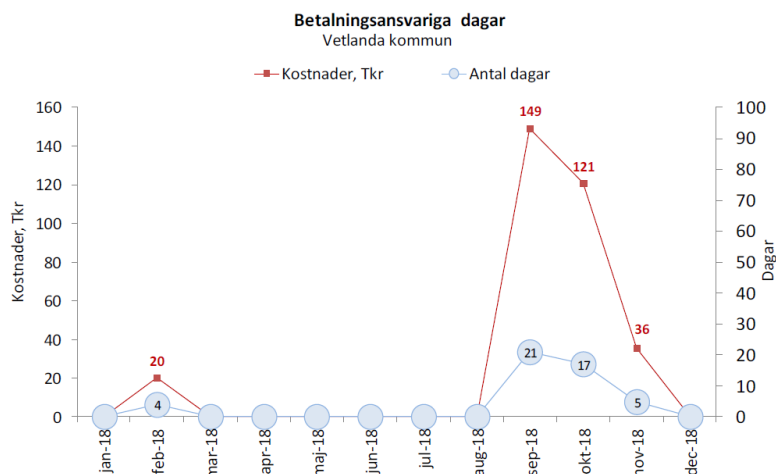
Indikatorn oplanerad återinskrivning belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad. Indikatorn belyser därigenom kvaliteten i slutenvården, men också i vårdsamordningen som helhet.



Betalningsansvar

Ersättningsmodellen grundas på snitt av antal dagar som patient ligger kvar inom slutenvård efter att bedömts utskrivningsklar och detta har meddelats i Cosmic Link. Betalningsansvar inträder då enskild kommun överstiger ett snitt på 2,0 dagar under en kalendermånad. Betalningsansvar för utskrivningsklara patienter som vårdas i somatisk slutenvård mer än sju (7) kalenderdagar beräknas individuellt och exkluderas helt vid snittberäkning.

Kommunens betalningsansvar för utskrivningsklar patient ska ske utifrån vårdpris som fastställs enligt Socialstyrelsen, beloppet justeras årligen med vårdprisindex.



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Planering av utbildning för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inför införandet av KVÅ, klassifikation av vårdåtgärder under våren 2019. En åtgärdskod är en kod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård.
- Införande av KVÅ
- Utveckla interna och externa arbetssätt inom ramen för ”trygg och effektiv utskrivning från slutenvården”.

- Införa Digitala vårdplaneringsmöten runt Esther.
- Införa rutin för hemrehabilitering.
- Fortsatt teamsamverkan för att underlätta vårdpreventivt arbetssätt för kvalitetsarbetet mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.
- Fortsatt kvalitetsarbete inom kvalitetsregister Palliativ registret för vård i livets slut.
- Fortsatt kvalitetsarbete inom kvalitetsregister BPSD registret.
- Fortsatt kvalitetsarbete med bedömning, åtgärder och uppföljning utav munhälsa i kvalitetsregister Senior alert.
- Utveckla det systematiska kvalitetsarbetet för att ta vara på erfarenheter från t.ex. verksamhetstillsyn och avvikelser.
- Delta i SKL:s Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK).
- Påbörja planering för nytt verksamhetssystem.

Det är en stor utmaning framöver att rekrytera och behålla legitimerad personal och omvårdnadspersonal. En annan utmaning är att rusta organisationen för mer avancerad hälso- och sjukvård i hemmet. Hälso- och sjukvårdsavtalet ställer krav på flexibilitet och hög kompetens närmast patienten. En avgörande aspekt i den kommunala hälso- och sjukvården är att skapa trygghet för varje patient. För att möjliggöra detta är det viktigt att se individen, inge förtroende och skapa delaktighet.