



Lessebo Kommun
LITE FÖRNUFTIGARE, LITE VÄNLIGARE

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE SOCIALNÄMNDEN LESSEBO KOMMUN

ÅR 2016

2017-02-07

Karin Svensson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Samverkan med patienter och närstående	9
Sammanställning och analys	9
Resultat	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	23

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet i kommunens vård och omsorg har utgått från *Patientsäkerhetsplan 2016* och den länsgemensamma handlingsplanen, *Fortsatt arbete för sjuka äldre*.

Några resultat

- 98 % av personer med beslut om särskilt boende har erbjudits och riskbedömts avseende fall, trycksår och undernäring samt munhälsa
- 70 % av de som avlider registreras i Palliativa registret
- kvaliteten på palliativ vård har förbättrats, + 3,8 %
- 111 läkemedelsgenomgångar har genomförts
- att flertalet mål i Patientsäkerhetsplan 2016 är uppnådda

Fr.o.m. 1 juni, ställs krav på att baspersonal kan uppvisa resultat på godkända baskunskaper i läkemedelshantering inför delegering, gäller all läkemedelshantering inom all vård och omsorg.

Samtliga enheter inom äldreomsorgen har deltagit i HALT studien - nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende.

Samtliga enheter inom äldreomsorgen har genomfört två observationsstudier, vår och höst, av följsamheten till basala hygienrutiner.

Mätning av hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering har genomförts vecka 11 vid samtliga enheter och i ordinärt boende.

Nationell punktprevalensmätning av förekomst av trycksår och fall har genomförts vår och höst i samtliga hemsjukvårdsområden.

Antalet rapporterade avvikelser har ökat under 2016.

Övergripande mål och strategier

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

Den långsiktiga inriktningen för socialnämndens patientsäkerhetsarbete är att minska förekomsten av vårdskador.

Patientsäkerhetsarbetet har under året bedrivits utifrån föregående års resultat samt *Patientsäkerhetsplan 2016*.

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar inom verksamheten men också med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i olika samverkansdokument som bland annat:

Överenskommelsen mellan kommunerna och Regionen Kronoberg gällande insatser inom somatisk hemsjukvård

Den gemensamma värdegrunden för länets samverkan kring hälso- och sjukvårdsinsatserna i hemmet är att vi utgår ifrån

- *patientens behov*
- *patientens delaktighet*
- *respekt och tillit*
- *ett hälsofrämjande och rehabiliterande förhållningssätt*
- *FNs barnkonvention*

Den gemensamma ambitionen är att behålla och vidareutveckla ett långsiktigt förtroendefullt samarbete inom hälso- och sjukvården, samt tydliggöra ansvarsgränser.

Samverkan ska ske i en anda av öppenhet och dialog med ett ömsesidigt åtagande att bidra till en gynnsam utveckling av parternas hälso- och sjukvårdsverksamhet till nytta för innevånarna.

Den enskilde patienten ska ges kontinuitet i vård och behandling även om huvudmannen som svarar för insatserna skiftar under vårdperioden.

Huvudmännen ska tillsammans erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Avtal mellan länets kommuner och Region Kronoberg gällande in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Kronobergs län, med syfte att säkra vårdens övergångar mellan kommunal hälso- och sjukvård och slutenvård.

Samverkansöverenskommelse mellan kommuner och Region Kronoberg kring personer med psykisk funktionsnedsättning, med syfte att tydliggöra kravet på samarbete mellan huvudmän och olika vårdgivare gällande dessa personer.

Alla vård och omsorgsprocesser ska utformas och utföras på ett sätt så de främjar hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.

Socialnämndens vision

Socialnämnden ska arbeta aktivt för att ge individer som behöver vårt stöd, den service, vård och det skydd som finns fastställt i gällande lagstiftning, för att därigenom skapa förutsättningar för dem att leva ett liv som är tryggt, meningsfullt och självständigt.

Socialnämndens verksamhetsmål 2016-2018, som kan ha koppling till hälso- och sjukvård samt patientsäkerhet

- *Andelen medborgare som upplever att de får god service när de kontaktar socialnämndens verksamheter ska öka.*
- *Kostnaden per brukare i äldreomsorgen ska minska med bibehållen kvalitet.*
- *Nöjdheten hos brukare i hemtjänsten ska förbli oförändrad eller öka.*
- *Öka eller behålla andelen nöjda medarbetare.*
- *Socialnämnden ska sträva efter att andelen anställda med utländsk bakgrund speglar befolkningssammansättningen i kommunen*
- *Innevånare över 65 år som har insatser enligt Socialtjänstlagen, 4 kap 1 §, och som bor i ordinärt eller särskilt boende ska känna ökad trygghet.*

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämnden är ansvarig vårdgivare och ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls, Verksamhetschef, i enlighet med 29 §, hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är socialchefen, vilken representerar vårdgivaren (socialnämnden) och har det yttersta övergripande ansvaret för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom socialnämndens verksamheter. Verksamhetschefen ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, håller en hög hygienisk standard, är av god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det i kommunens hälso- och sjukvård finnas en sjuksköterska som har det medicinska ledningsansvaret i verksamheten, MAS.

Verksamhetschef och MAS ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhetschef för vård och omsorg, verksamhetschef för hemsjukvård, samt enhetschefer i vård och omsorg har ansvar för patientsäkerhet i sina respektive verksamheter och ska tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom att delta i

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder för att främja patientsäkerheten,
- risk- och avvikelshantering,
- känna till och följa riktlinjer och rutiner för att stärka patientsäkerheten

Verksamhetschefens enligt § 29, och MAS ansvar för verksamheten fråntar inte andra befattningshavare deras yrkesansvar.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppkommen risk för eller redan inträffad vårdskada mäts via avvikelsemodulen i verksamhetssystemet och redovisas av MAS i tertialrapporter och patientsäkerhetsberättelsen till socialnämnden. Uppkomna risker/vårdskador som uppstår mellan kommunen och Region Kronoberg rapporteras i Regionens avvikelssystem (Synergi) där MAS har behörighet. Ansvariga chefer utreder och åtgärdar respektive verksamhets avvikelser och tar del av respektive enhets resultat via tertialrapport. Medarbetarna ges information på arbetsplatsträffar (APT) och yrkesträffar. När beslutade åtgärder har vidtagits bestäms när uppföljning av dessa ska ske. Uppföljningsansvaret kan ligga på olika nivåer beroende på vilken typ av händelse det gäller och vilken allvarlighetsgrad händelsen bedömts ha. Redan identifierade förbättringsområden kopplade till föregående års *Patientsäkerhetsberättelser*, socialnämndens antagna verksamhetsmål, mål i *Patientsäkerhetsplan 2017* samt de länsgemensamma regionala handlingsplaner som innefattar patienter i kommunal hälso- och sjukvård följs upp vid ledningsgrupper och i tertialrapporter under året.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Revidering av länsövergripande överenskommelser och samarbetsavtal mellan länets kommuner och Region Kronoberg, gällande bl.a. *egen vård, psykisk funktionsnedsättning* har genomförts under året.

Instruktioner för kommunal läkemedelshantering har uppdaterats.

Webbaserad utbildningar, *Jobba säkert med läkemedel, Äldre med diabetes, Ge insulin* har införts som en obligatorisk del inför delegering, samt i introduktionen inför semestervikarier.

Vissa vårdhygieniska rutiner för länet har uppdaterats.

Uppföljning och åtgärder är genomförda enligt förslag i granskningsprotokollen av läkemedelsprocessen.

Flertal utbildningar har genomförts för sjuksköterskor i Läkemedelskommitténs regi inom läkemedelsområdet.

Under året har totalt 111 läkemedelsgenomgångar genomförts. Observationsstudier och självskattningar av följsamhet till basal hygien rutin har genomförts. Patientsäkerhetskultur, dialoger har genomförts vid alla serviceområden inom äldreomsorg och med alla verksamheter i omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Vårdhygien.

Samtliga särskilda boenden deltog i nationell punktprevalensmätning via observationsstudier våren 2016. Lokal punktprevalensmätning genomfördes i november 2016.

Självskattning till följsamhet av basal hygien rutin ska enligt patientsäkerhetsplan genomföras en valfri dag i verksamheterna under sommarperioden. Flertalet verksamheter har genomfört mätningarna 2016.

Samtliga särskilda boende ska delta i lokal punktprevalensmätning varje månad (genomförs av sjuksköterska) avseende förekomst av vårdrelaterade infektioner, ett område har rapporterat samtliga kvartal övrig har lämnat sporadiska uppgifter.

Utbrottsregistrering samt insjuknandekurvor ska göras i samband med t.ex. magsjuka, 2016 har två utbrott av magsjuka skett.

Samtliga särskilda boende deltog i HALT studien – nationell punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning inom särskilt boende.

Medicintekniska produkter (MTP).

Besiktning av MTP har genomförts under året.

Kvalitetskontroll av blodsockermätare har en gång genomförts i kvartalet under året.

Läkemedel

Läkemedelsförråden vid samtliga hemsjukvårdsenheter och läkemedelsprocessen har genomgått extern kvalitetsgranskning i januari 2016.

Kontrollräkning med kontrasignering av narkotiska, sömn- och lugnande preparat sker 1 gång per månad enligt fastställd rutin.

Öppna jämförelser, Kvalitetsportalen SKL

Resultat har jämförts med andra kommuner med liknande förutsättning i länet och legat som grund vid samtal och för analys i ledningsgrupp samt vid yrkesträff med de legitimerade grupperna.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvård är en process där risker ibland uppstår. Risker identifieras i intern och extern samverkan. Utifrån innehåll i avvikelserapporterna förs samtal vid intern samverkan med deltagare i vård- och omsorgsteam, men även externt vid *Kommungruppen* med Vårdcentralen Lessebo samt regionalt i uppföljning med Region Kronoberg.

Även i övriga länsövergripande nätverksgrupper som länets MAS-nätverk, Hjälpmiddelssamverkan, Referensgrupp för läkemedelsnära, Läkemedelskommittén lyfts gemensamma förbättringsområden.

Processer där det oftast identifieras problem är i läkemedelskedjan och vid informations överföring.

Samverkan om rutiner för dessa beskrivna processer och delprocesser sker kontinuerligt utifrån rapporterade avvikelser, utifrån gällande avtal samt genom förbättringsarbeten som drivs såväl internt inom kommunens vård och omsorg som i samverkan med Regionens slutenvård och primärvård.

Avsaknad av direktöverföring av information mellan Pascal (ordinationsverktyg för dosdispensering av läkemedel) och patientjournalen i Cosmic kvarstår som den enskilt största riskfaktorn för vårdskador relaterat till läkemedelsbehandling. Uppgraderingen av läkemedelsmodulen i Cosmic (patientjournalen) våren 2016 medförde patientsäkerhetsrisker som i vissa delar kvarstår och kräver extra noggrann kontroll av läkemedelsordinationer.

Internt inom verksamheten sker samverkan mellan de olika serviceområdena/hemsjukvårdsområdena då behov av mer avancerad hälso- och sjukvård uppstår. Några områden är när specifik spetskompetens krävs, t.ex. demens, onkologi, smärtlindring, psykiatri och nutrition.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Patientsäkerhetslagen förtydligar vikten av förebyggande arbete, inte enbart omhändertagande av redan uppkomna avvikelser.

Riskanalys ska utföras enligt nationellt fastställd metod (modifierad från Department of Veteran Affairs, National center för Patient Safety, USA)

Inför förändringar i verksamheten eller vid införande av nya behandlingsmetoder/arbetsätt som kan komma att påverka patientsäkerheten ska riskbedömning initieras och genomföras.

Fortlöpande ska det i verksamheten göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra fara eller risk för fara. Detta sker genom teamarbete, statistikuppföljning, riskanalyser inom olika områden.

I samband med 2016 års semesterplanering för medarbetarna inom kommunal hemsjukvård och vård och omsorg gjordes riskanalyser med konsekvensbedömningar, vilka redogjordes för till vårdgivaren.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Flöde för rapporteringen av avvikelser

- Avvikelse rapport görs i verksamhetsstödet avvikelsemodul av den person som upptäcker eller är inblandad i avvikelsen. Hemsjukvårdsenheternas/serviceområdenas distriktssköterskor/sjuksköterskor - sjukgymnast - arbetsterapeut – enhetschefer söker regelbundet enligt rutin (1/vecka) av sin enhets avvikelser och ansvarar för att direkta åtgärder vidtas och dokumenteras.

- Rapporten bearbetas, utreds, av berörd enhetschef och legitimerad personal. Berörd enhetschef/ legitimerad personal utreder och avslutar ärendet efter bedömning av vidtagna åtgärder är tillräckliga och hur uppföljningen av avvikelserna skett. Resultat återkopplas vid APT. Analys av förbyggande åtgärder är viktig oavsett om bristerna beror på systemfel eller att vårdpersonal begått misstag.
- MAS sammanställer resultat i tertiärrapport som beskriver de avvikelser som rapporterats från de olika enheterna. Rapporterna delges alla medarbetarna via respektive arbetsledning samt till verksamhetschefen och socialnämnden.
- När någon medarbetare direkt bedömer att en vårdtagare drabbats eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada (riskvärde över 8) skall det inträffade direkt rapporteras till MAS vilken startar utredning. Under utredningen informeras berörd medarbetare/vårdtagare/närstående som ges möjlighet att yttra sig. Socialnämnden informeras om händelsen.
- MAS fattar beslut om anmälan enligt Lex Maria på delegation från socialnämnden
- När anmälan görs enligt Lex Maria till *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* informeras socialchef, verksamhetschef, berörd enhetschef och berörda medarbetare samt berörd patient/närstående.
- Alla medarbetare, oavsett anställningsform, ska erhålla information om skyldigheten att rapportera händelser och risker enligt Lex Maria (och Lex Sarah) i samband med att de börjar arbeta och därefter en gång per år.

Hantering av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Rutin för hantering av synpunkter("*Säg vad du tycker*") är förvaltningsövergripande. Rutinen anger hur synpunkter, klagomål med mera, tas emot, hanteras, utreds och återförs. Rutin anger:

- *Alla medarbetare ansvarar för att vidarebefordra synpunkter eller hänvisa till ansvarig chef eller att lämna broschyren "*Säg vad du tycker*".*
- *Ansvarig chef ansvarar för att synpunkter utreds och åtgärdas så snart som möjligt.*
- *Chefen ansvarar för att den som framfört synpunkter inom 7 dagar får en bekräftelse på att synpunkter har mottagits.*
- *Utredning, åtgärder och återkoppling ska dokumenteras. Enhetschef dokumenterar i journal/akt när synpunkter rör enskild.*
- *Alla synpunkter som kommer via "*Säg vad du tycker*" skickas till verksamhetsutvecklaren som diarieför ärendet och meddelar den som lämnat synpunkter att ärendet har mottagits.*
- *Inkomna synpunkter via "*Säg vad du tycker*" lämnas till berörd verksamhet som utreder, åtgärdar och återkopplar till den som lämnat synpunkter.*
- *Synpunkter inkomna via "*Säg vad du tycker*" redovisas av respektive verksamhet till socialnämnden var 3:e månad.*
- *En årlig övergripande analys genomförs av samtliga "*Säg vad du tycker*". Ansvar respektive enhetschef.*

Synpunkter/klagomål som kommer till förvaltningens kännedom via anmälan till IVO och/eller från Patientnämnden handläggs av MAS. Utredning sker på samma sätt som vid övrig avvikelshantering.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I samband med att avvikelser rapporteras i avvikelsemodulen ska det även anges om patient/närstående informerats om händelsen, samt hur de getts möjlighet att yttra sig om hur det inträffade skulle kunna ha förhindrats/förebyggts.

Följsamheten till denna del i rutinen är låg ofta relaterat till att den enskilde patienten bedömts ha nedsatt förmåga att självständigt ta emot och lämna information.

Vid händelser med hög risk och/ allvarlig konsekvens tar MAS alltid direkt kontakt med patient/närstående för att ge dem möjlighet att yttra sig och lämna sina synpunkter till hur risken att händelsen sker igen kan elimineras och eller minskas.

MAS har under året varit kallad till samverkan med *Kommunala rådet för pensionärer och personer med funktionsnedsättning*.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

MAS sammanställer tertialrapporter och årsresultat i patientsäkerhetsberättelsen utifrån avvikelssystemen (Procapita och Synergi), eventuella ärenden ifrån Patientnämnd, anmälningar till IVO samt inkomna ”Säg vad du tycker” rapporter som berör hälso- och sjukvården.

Tertialresultat lämnas till socialnämnden, förvaltningens ledningsgrupp där respektive verksamhetschef ansvarar för vidare analys och återkoppling ut till sin respektive verksamhet och övriga medarbetare via enhetschef.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Meddelande utskrivningsklar patient

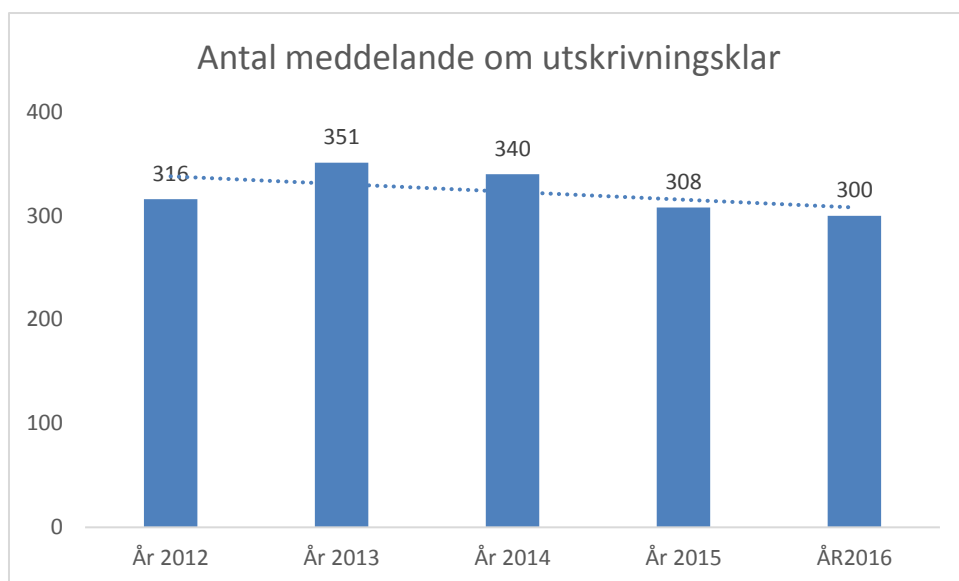
Totalt antal har 300 personer meddelats utskrivningsklar varav 10 från psykiatrin.

Hovmantorp 102 varav 9 från psykiatrin.

Kosta 55 varav 2 från psykiatrin.

Lessebo 100 varav 2 från psykiatrin.

Skruv 43, ingen från psykiatrin.



Vård dygns kostnad

Samtliga patienter som bedömts vara medicinskt utskrivningsklara har beretts vård och omsorg i kommunen. Ingen kostnad för slutenvård inom Region Kronoberg har debiterats under 2016.

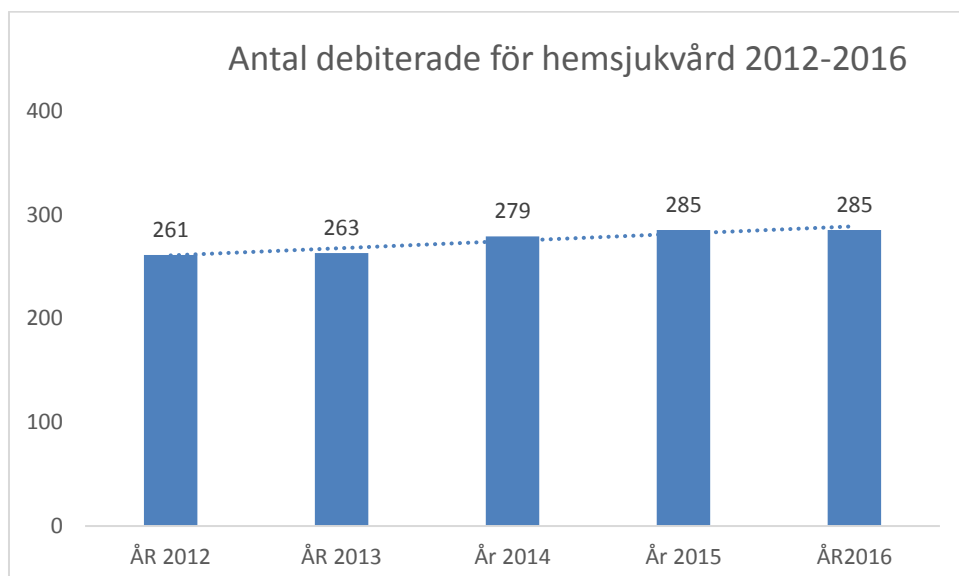
Hemsjukvård

Uppdraget omfattar hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsinsatser till samtliga medborgare, oavsett ålder och boendeform i kommunen t.o.m. sjuksköterskas, arbetsterapeuts, sjukgymnast/ fysioterapeuts kompetensnivå.

Vid årsskiftet 2016/2017 fanns 682 öppna patientjournaler, patienter som har/haft kontakt med hemsjukvården och där det gjorts journalanteckningar senaste halvåret.

Avgift för hemsjukvård debiteras per månad. I genomsnitt har 285 patienter per månad debiterats för hemsjukvård av sjuksköterska under året.

De patienter (strax över 100 stycken) som haft insats som utförs av arbetsterapeut, sjukgymnast/ fysioterapeut, dvs. patient som inte har kontakt med sjuksköterska saknas i nedan diagram.



Demenssjuusköterska

Vid varje hemsjukvårdsområde har funnits en sjuusköterska med specifik kompetens i omvårdnad av patient med demenssjukdom. Sjuusköterskorna ingår i ordinarie grundbemanning och har ingen särskild tid avsatt för att jobba specifikt med demenspatienter.

Psykiatrisjuusköterska

Inom kommunal hälso- och sjukvård finns en psykiatrisjuusköterska anställd. Tjänsten har omfattat 100 % under 2016. Uppdraget omfattar omvårdnadsansvar för patienter som finns inskrivna i hemsjukvård med samtidig psykisk funktionsnedsättning och/eller personer som har beslut om boendestöd.

Patient och närståendes delaktighet

Patienter tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal i samband med att de skrivs in i hemsjukvård. Hemsjukvårdens medarbetare lämnar en mapp innehållande informationsmaterial till ny patient i samband med inskrivning.

Evidens – att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet

Medarbetare inom hemsjukvården har ett antal ”egen ansvar”, där någon eller några medarbetare innehar spetskompetens för ett visst område, som t.ex. diabetes, demens, smärta, palliativ vård, omvårdnad vid sår, samt psykiatri.

Flertalet har deltagit vid träffar i nätverk inom respektive kompetens område.

Vård och omsorgspersonalen har på samma sätt ”egenansvar” som t.ex. hygienombud, kostombud, inkontinensombud samt rehabombud, vilka har haft möten i kommunen under året.

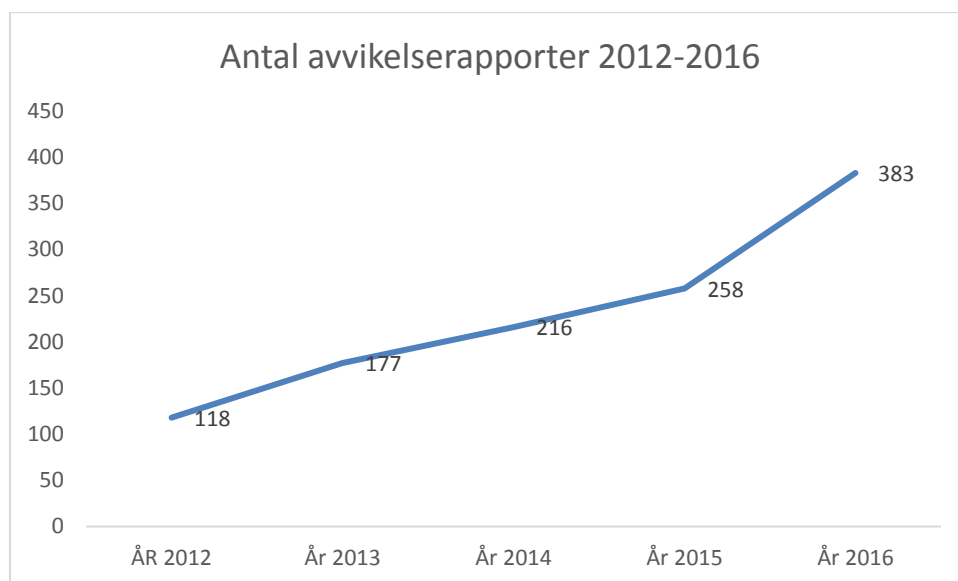
Få detaljerade resultat har lämnats från verksamheterna avseende de planerade aktiviteterna i patientsäkerhetsplan 2016.

Medarbetare inom rehab har identifierat att vissa rutiner i rehabiliterings- och hjälpmedelsprocessen saknas och arbete att ta fram utkast har startat under året.

Inom äldreomsorgen påtalar medarbetare ofta att det är svårt att finna gällande rutiner i vårdgivarens ledningssystem och att det saknas en enhetlig policy för hur nya och förändrade rutiner kommuniceras och blir kända för berörda medarbetare.

Avvikelser, händelserapportering

Totalt har det inkommit 383 avvikelserrapporter, exklusive fallrapporter, under år 2016. Antalet avvikelser har ökat (+ 48,5 %).



Typ av avvikelser 2016

Läkemedel	279
Medicinsk teknisk produkt (MTP)	1
Utebliven omsorg/insats	92
Trygghets telefoni	11*

*hälften avser händelser som egentligen hör hemma under rubriken utebliven insats av hälso- och sjukvård då det gällt individuellt ordinerade rörelselarm.

Avvikelse som avser fel/brist i trygghetstelefonin ligger organisatoriskt inom socialtjänstens uppföljningsansvar av beviljade insatser.

Mer än hälften (57 %) av läkemedelsavvikelserna avser att patienten inte fått sitt läkemedel i rätt tid dvs. delegerad personal har missat att överlämna läkemedlet till patienten.

Avvikelser gällande omsorg/omvårdnad avser i de flesta fall rapporter (85 %) där insats uteblivet eller inte kunnat genomföras relaterat till otillräcklig resurs, samt att planerad insats flyttas till annan dag och gäller främst insatser beviljade enligt socialtjänstlagen.

Läkemedel – uppföljning mål i länets handlingsplan *Fortsatt arbete för sjuka äldre samt Patientsäkerhetsplan 2016.*

Olämpliga läkemedel

Förskrivning av lugnande, sömn- och läkemedel ur gruppen psykofarmaka (antipsykotiska) har ökat marginellt under året, enligt utdata från *Kvalitetsportalen*. Data avser samtliga i åldersgruppen folkbokförda i Lessebo kommun, dvs. även de som inte är inskrivna i hemsjukvård. Se nedan tabell.

Månad	Antal personer med olämpliga läkemedel 2015	Antal personer med olämpliga läkemedel 2016
januari	61	60
februari	57	58
mars	63	58
april	60	64
maj	65	68
juni	65	64
juli	61	65
augusti	63	61
september	57	59
oktober	57	59
november	59	60
december	53	i.u

Enligt *Koll på läkemedel*, en gemensam satsning som drivs av Apoteket, PRO och SPF och som erbjuder stöd och råd om läkemedelsbehandling för äldre, har kvaliteten förbättrats med 50 % avseende för de äldre olämplig läkemedelsbehandling. År 2010 hade 28,1% av de äldre över 80 år för dem olämpliga läkemedel förskrivna, år 2015 har 15 % av de äldre över 80 år för dem olämpliga läkemedel förskrivna (data uppdaterad 2016 i april).

Antipsykotiska läkemedel

Ur *Vecka 11 mätningen av kommunal hälso- och sjukvård* framgår att behandling med antipsykotiska läkemedel har minskat i särskilt boende, totalt 10 patienter hade behandling, oavsett ålder.

Behandlingen har ökat i ordinärt boende, 8 patienter hade behandling, oavsett ålder.

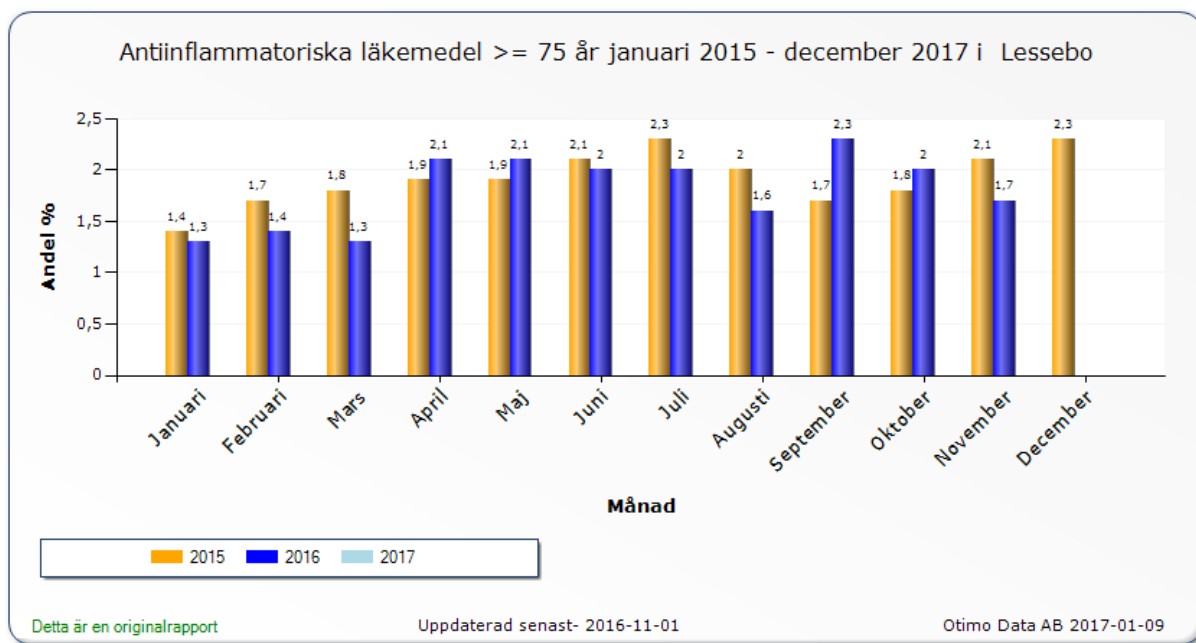
Enligt utdata från *Kvalitetsportalen* har förskrivningen av antipsykotiska läkemedel till äldre än 75 år minskat. Data avser samtliga i åldersgruppen folkbokförda i Lessebo kommun, dvs. även de som inte är inskrivna i hemsjukvård. Se nedan tabell.

Månad	Antal personer med antipsykotiska läkemedel 2014	Antal personer med antipsykotiska läkemedel 2015	Antal personer med antipsykotiska läkemedel 2016
januari	11	16	16
februari	11	14	14
mars	13	14	14
april	14	14	15
maj	13	14	16
juni	12	14	13
juli	13	16	14
augusti	13	15	14
september	13	17	15
oktober	14	18	14
november	15	19	14
december	15	17	i.u

Antiinflammatoriska läkemedel

Andelen personer äldre än 75 år (folkbokförda i Lessebo kommun) som har fått recept förskrivet på antiinflammatoriska läkemedel (t.ex. Ipren) ligger även 2016 något lägre än tidigare år och motsvarar 1,8 % enligt utdata från *Kvalitetsportalen*.

Vecka 11 mätningen av kommunal hälso- och sjukvård, visar att 17 patienter inskrivna i hemsjukvård har antiinflammatorisk behandling förskrivet.



Nödvändig tandvård

Inom ramen för avtal om *Nödvändig Tandvård* fanns vid årsskiftet 120 personer i Lessebo kommun som hade intyg om rätt till nödvändig tandvård och som ska erbjudas en munhälsobedömning från Region Kronobergs tandvård.

Av dessa personer med intyg om rätt till nödvändig tandvård har 57 % (n68) svarat att de önskar munhälsobedömningen och 96 % har erhållit munhälsobedömning.

I avtalet ingår att tandvården ska erbjuda utbildning till omsorgspersonalen årligen. Under 2016 har 101 medarbetare deltagit i sådan utbildning.

Omvårdnad

Senior Alert (SA) – fall, trycksår, undernäring, munhälsa

Motsvarande minst 90 % av alla över 65 år oavsett boendeform ska erbjudas riskbedömning avseende fall, trycksår undernäring och munhälsa.

Resultat: Oavsett boendeform, 76 %.

Särskilt boende 98 %. (Äldreboendena har haft tomma lägenheter i under året vilket medför att offentliga resultat, som beräknas på totalt antal lägenheter i särskilt boende, är för lågt).

Ordinärt boende 67 %.

Minst 90 % av de som faller ut med risk, oavsett boendeform, ska ha planerad åtgärd.

Resultat: 88 % av de med risk för fall har åtgärd planerad

86 % av de med risk för trycksår har åtgärd planerad

90 % av de med risk för undernäring har åtgärd planerad
79 % av de med risk för ohälsa i munnen har åtgärd planerad

Minst 90 % av planerade insatta åtgärder ska följas upp inom ett år, oavsett boendeform.
Resultat: 88 % av planerade åtgärder har blivit uppföljda.

Minst 90 % av de med skattad risk för trycksår ska ha fått planerad åtgärd utförd
Resultat: 73,5 % av planerade åtgärder är utförda.

Minst 80 % av alla, över 65 år i särskilt boende ska erbjudas bedömning av munhälsa (ROAG*).

Resultat: Samtliga, 100 %, har fått munhälsobedömning av de som riskbedömts i särskilt boende.

Nutrition

Ta fram och fastställa rutiner i syfte att förebygga undernäring.

Revidera och implementera gällande rutiner och instruktioner för Senior Alert.

Nattfasta som understiger 11 timmar.

Resultat: Tvärprofessionell arbetsgrupp har identifierat behov av samarbetsrutiner mellan kostorganisation och kommunal hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Rutinförslag har tagits fram med förslag till förbättringar.

Under året har 6 mätningar av nattfasta genomförts i särskilt boende. Nattfastan har legat precis under 11 timmar (10,56) i genomsnitt.

Fall

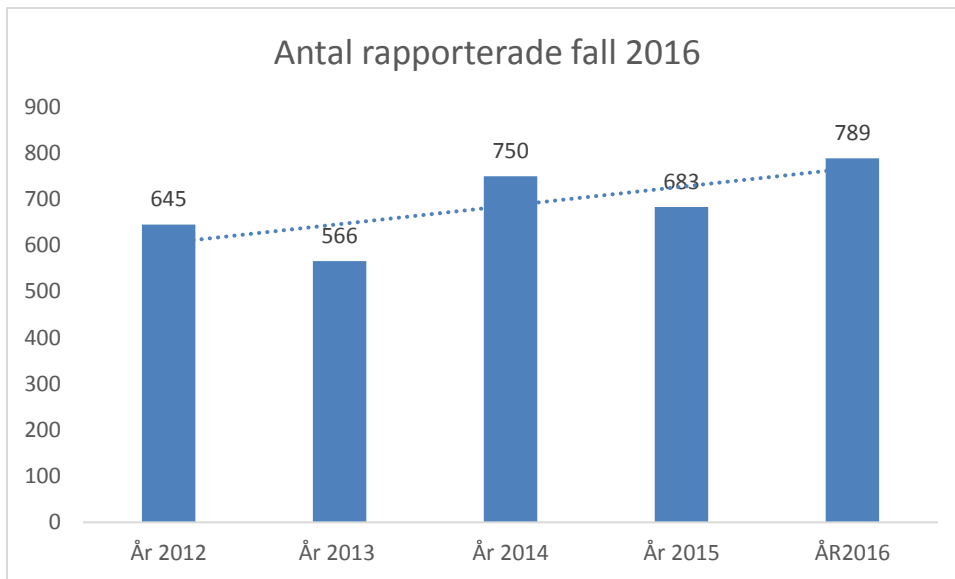
Minska antal fall.

Förebyggande hembesök till medborgare över 80 år utan tidigare kontakt med kommunal hemsjukvård eller vård och omsorg.

Resultat: Antalet rapporterade fall inom vård och omsorg har ökat. Under året har 789 fall rapporterats.

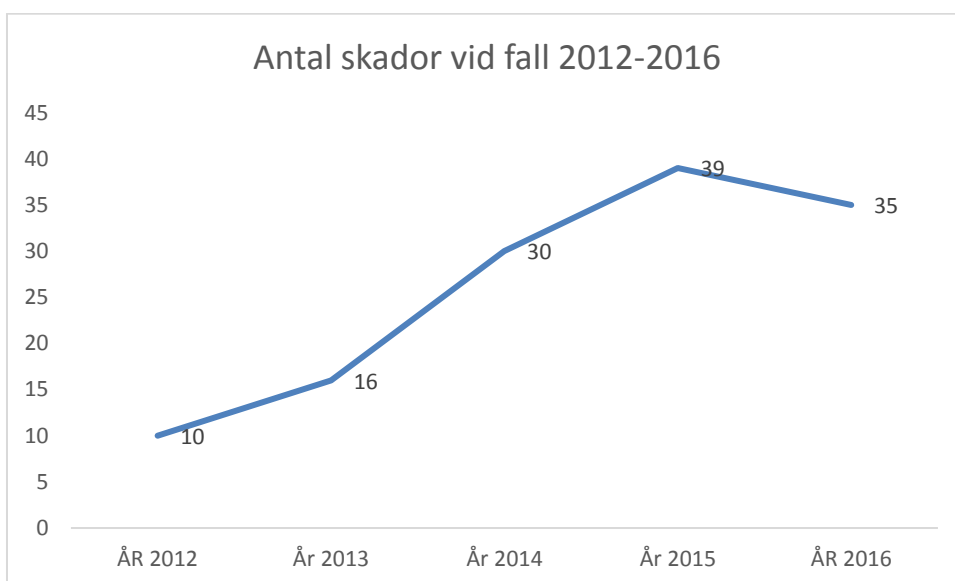
Det totala antalet skador vid fall har minskat, två patienter mer har drabbats av höftfraktur. Under året har 16 patienter behövt sjukhusvård i samband med fall.

Inga förebyggande hembesök har genomförts till äldre medborgare över 80 år utan tidigare kontakt med kommunal hemsjukvård eller vård och omsorg.



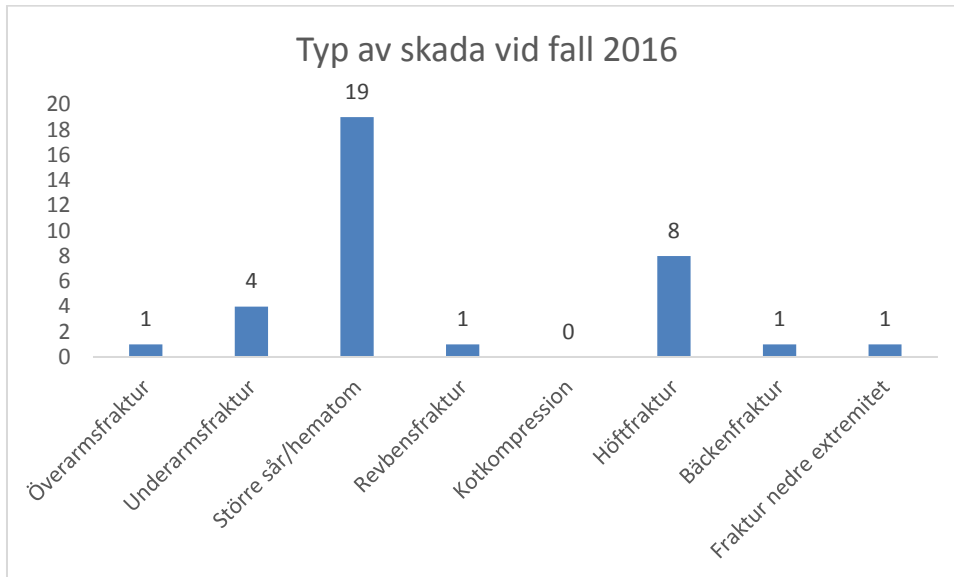
Alla (100 %) som har riskbedömts i Senior alert har skattats med risk för fall. Rapportering av fallavvikelser sker oavsett om skada uppstår eller inte.

Patienter med fallbeteende faller ibland väldigt frekvent, trots åtgärder, en och samma patient kan generera 10-15 rapporter under en månad.



Typ av skada relaterat till fall

Totalt har 16 patienter drabbats av fraktur till följd av falloolycka.



Trycksår

Minska förekomst av trycksår i grad 2-4 oavsett boendeform.

Minst 90 % av patienter med skattad risk för trycksår ska ha vidtagen trycksårsförebyggande åtgärd.

Resultat: 89 % har planerad åtgärd, vilken utförts för 73,5 %.

Förekomsten (punktprevalensen) av trycksår oavsett stadie och boendeform är lägre, 5,6 % vecka 40 (riket, 7,6 %).

(2015, v 40, 9,2 %).

Vecka 11, 2016 var prevalensen för trycksår 5,7 % (n 87) för patient bosatta i ordinärt boende registrerad i mätningen.

Vecka 40, 2016 var prevalensen för trycksår 5 % (n 99) för patient bosatta i ordinärt boende registrerad i mätningen.

Vecka 11 PPM av trycksår ORDBO	2015	2016 v11 (n87)	2016 v40 (n99)
Trycksår stadie 1	0	3	4
Trycksår stadie 2	3	1	1
Trycksår stadie 3	0	0	0
Trycksår stadie 4	1	1	0
Antal trycksår totalt	4	5	5
Antal patienter med trycksår	4	5	3

Vecka 11, 2016 var prevalensen för trycksår 5,6 % (n 72) för patient bosatt i särskilt boende registrerad i mätningen.

Vecka 40, 2016 var prevalensen för trycksår 9,8 % (n 61) för patient bosatta i särskilt boende registrerad i mätningen.

Vecka 11 PPM av trycksår SÄBO	2015	2016 v11 (n72)	2016 v40 (n61)
Trycksår stadie 1	2	3	6
Trycksår stadie 2	2	0	2
Trycksår stadie 3	0	1	0
Trycksår stadie 4	0	1	0
Antal trycksår totalt	4	4	8
Antal patienter med trycksår	4	5	6

Inkontinens

Patienter som får inkontinenshjälpmedel förskrivet ska ha dokumenterad diagnos i anamnesen som stödjer och säkerställer att rätt hjälpmedel (storlek) förskrivs och följs upp samt att patient erbjuds kontinensbefrämjande omvårdnadsåtgärder (toalettassistans, bäckenbottenträning).

Resultat: Omkring 60 % av patienter inskrivna i hemsjukvård har inkontinenshjälpmedel förskrivet, endast 17 % har bakomliggande anamnes dokumenterad i patientjournalen.

För att optimera vårdprocessen och uppnå bästa möjliga inkontinensvård ska riskbedömning av blåsdysfunktion (urinläckage, tömningsproblem och trängningar) genomföras, och registreras i Senior Alert, vilket skapar en bra struktur och systematik även för det förebyggande arbetet.

Resultat: Under sista halvåret 2016 har arbete påbörjats med att riskbedöma även blåsdysfunktion i Senior Alert. Utifrån de fåtal bedömningar som genomförts (14) tyder resultaten på att 70 % har blåsdysfunktion.

Vårdhygien

Resultat från punktprevalensmätning, genom observation av följsamheten till basala hygienrutiner, kräver fortsatt arbete med implementering av gällande författning och följsamhet till vårdhygieniska rutiner.

Resultat: Vid årets båda mätningar gjorde 47 % av de observerade (n97) rätt i samtliga 8 steg, vilket innebär att följsamheten försämrats (-8 %) till att göra rätt i samtliga steg*. Handsprit *före* patientnära arbete använder 65 %, innebär en försämring (-8 %). Handsprit *efter* patientnära arbete använder 92,5 %, innebär en marginell förbättring.

(*vid patientrelaterat arbete t.ex. nedre toalett med byte av inkontinensskydd; Handsprit före, använd handskar, plastförkläde som skydd för arbetsdräkt, kortärmad och för dagen ren arbetsdräkt, inget nedhängande löst hår i arbetsfältet, inga ringar, klockor eller armband på sig, handsprit efter utfört patientrelaterat arbete)

De 34 medarbetare (n97) som observerats vid årets två mättillfällen och *inte* använder handsprit före patientnära arbete utsätter patienter för risk att drabbas av vårdrelaterade infektioner, vårdskada.

Lokal punktprevalensmätning av riskfaktorer för att få vårdrelaterad infektioner och antibiotikabehandlade infektioner har inte genomförts vid alla enheter varje månad. De enheter där mätningar genomförts har liknande resultat, med ett fåtal infektioner per månad som behandlas med antibiotika jämfört med tidigare år.

Samtliga särskilda boenden deltog i Svenska HALT studien 2016 under vecka 46-47 via Senior Alert. Studien mäter förekomst av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning.

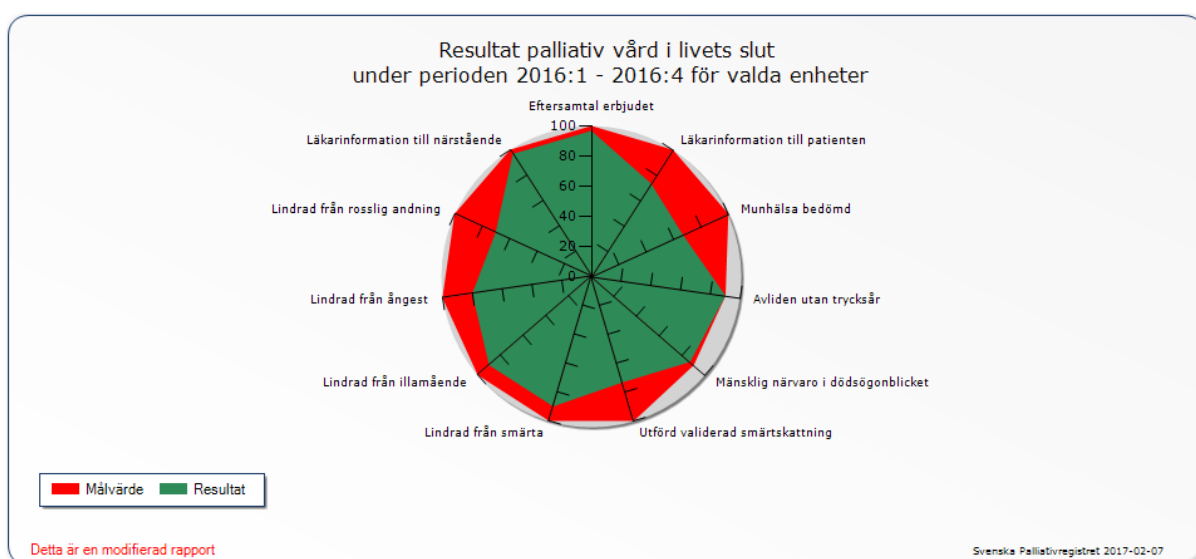
Resultat: Totalt hade 2 patienter (n70) bekräftade infektioner förvärvade på särskilt boende vilket innebär en prevalens på 2,8 % (2014, 4,7 %, 2015, 6,0 %). Prevalens för riket publiceras våren 2017.

Smitta

”Vinterkräksjuka” 2016

Kommun	Antal utbrott	Insjuknade patienter	Insjuknad personal	Dödsfall med samband
Lessebo	2	26	19	0

God vård i livet slut - Palliativa registret



Målet för täckningsgraden i Palliativa registret är 70 %. De dödsfall som inträffar (av folkbokförda innevånare) i Lessebo kommun ska registreras av den vårdgivare som ger/ansvarar för vården vid livets slut.

Resultat: 70,6 %

Informerande ”brytpunktsamtal” ska ha genomförts med patienten för motsvarande 80 % av de som registrerats.

Resultat: För 66,7 % har brytpunktssamtal genomförts och dokumenterats

Smärtskattning ska genomföras med validerat instrument (APS/NRS/VAS) för 80 % av dem som haft symtom på smärta den sista levnadsveckan.

Resultat: 73,3 % har smärtskattningen gjorts och dokumenterats

Motsvarande 80 % ska ha fått munhälsan bedömd sista veckan i livet.

Resultat: 66,7 % har fått munhälsa bedömd.

Att 80 % av patienterna ska ha erhållit ordinationer på injektionsläkemedel för lindring av smärta, ångest och illamående i livets slutskede.

Resultat: 100 % (smärta) 96,7 % (ångest) 83,3 % (illamående)

Samtliga patienter, 100 %, med palliativ vård ska ha en fast vårdkontakt

Resultat: Kan inte mätas via registret.

Teamutbildningar i palliativ vård och omsorg är genomförd i samverkan med Palliativt centrum, men avviker från planeringen under hösten 2016 då färre utbildningar genomförs relaterat till bemanningsproblem inom kommunal hälso- och sjukvård samt inom vård och omsorg.

God vård vid demens – BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Vård och omsorg ska bedrivas utifrån nationella riktlinjerna för vård av personer med demenssjukdom.

Samverkan med vårdgrannar över huvudmannagränserna inom området demens.

Klargöra demensteamens uppdrag i kommunen.

Följa handlingsplan för BPSD.

Resultat: Under året har 24 patienter registrerats i BPSD.

Samtliga patienter med BPSD har en upprättad bemötandeplan.

Enligt *Vecka 11 mätningen av kommunal hälso- och sjukvård* fanns 21 personer med BPSD i särskilt boende och 1 person i ordinärt boende.

Två sjuksköterskor med spetskompetens i demensvård har blivit certifierad utbildare i BPSD.

Undersköterskor har utbildats i att använda BPSD registret som verksamhetsstöd under året.

Gemensam ”kick off” har arrangerats för undersköterskor inom demensomsorgen och sjuksköterskor med demenskompetens i kommunen.

Samverkans träffar har skett med Region Kronobergs demenssamordnare, sjuksköterskor med demenskompetens i kommunen och Vårdcentralens demensansvariga distriktssköterska tillsammans med respektive ledningar för hälso- och sjukvård.

Adekvat läkemedelsanvändning vid demenssjukdom.

Resultat: Enligt BPSD registret har 38 % av registrerade personer olämplig läkemedelsbehandling.

Skyddsåtgärder – nödsändare

Användningen av skyddsåtgärder har minskat med omkring 30 %.

Vecka 11 mätningen av kommunal hälso- och sjukvård visade att 9 patienter hade sänggrind ordinerad (skyddsåtgärd) i särskilt boende.

Individuellt ordinerat rörelselarm hade 12 patienter i särskilt boende och 6 patienter i ordinärt boende.

Ingen patient har haft ordination på nödsändare under året. Behov av nya generationens GPS larm har aktualiserats inom demensvården, en patient har fått testa detta.

God vård – rehabilitering

Rehabiliterande förhållningssätt

Resultat: En träff med REHAB ombud har genomförts våren 2016.

Behov av funktionsbeskrivning för REHAB ombud har identifierats och lämnats vidare till verksamhetsledningen inom vård och omsorg att ta fram.

Skötseln av hjälpmedel sker enligt instruktion/bruksanvisning samt att de är rena.

Resultat: Rehab verksamheten har tagit fram en checklista tänkt att användas som stöd vid kontroll och rengöring av hjälpmedlen.

Resultat från egenkontroll är inte lämnad.

Säkerställa att ordinerad träning utförs.

Resultat: Uppföljning av utförandegrad av ordinerad träning från

sjukgymnast/arbetsterapeut, har genomförts via granskning av 10 slumpvis utvalda patienters signeringslistor som haft ordination från sjukgymnast.

4 av 10 listor är korrekt ifyllda, dvs. det är signerat att träningen utförts/eller anledningen till varför den inte utförts.

3 av 10 listor visar att träningen är utförd till 3 av 4 gånger, orsak till utebliven träning är angivet vid ett tillfälle.

3 av 10 listor visar att träningen är utförd mindre än hälften av ordinerat antal tillfällen, inga orsaker är angivna till varför träningen uteblivit.

Dokumentation

Dokumentation av hälso- och sjukvård ska ske enligt Patientdatalag (SFS 2008:355) samt följa vårdgivarens riktlinje, regler, och rutin för dokumentation.

Samtliga patienter där läkemedelsansvaret är övertaget av hemsjukvård ska ha en individuell vårdplan 1/11 2016.

Resultat: Tre medarbetare har deltagit i de olika gemensamma förvaltningsgrupperna för vårdinformationsystemet (VIS- grupper) i syfte att driva utvecklingsfrågor och få till effektivare användning av verksamhetsstödet.

Arbetet med att upprätta individuella vårdplaner kom igång sista kvartalet 2016, förseningen beror på bemanningsproblem inom hemsjukvården. Vilket även medfört att ingen journalgranskning kunnat genomföras. Loggkontroller av patientjournalen är genomförda enligt rutin. Ingen anmälan om dataintrång har gjorts.

Trygghet och säkerhet för den äldre genom sammanhållen vård och omsorg

Minska antalet tillfällen där slutenvård kunde undvikits genom att patienten tagits om hand på rätt vårdnivå, säkra informationsöverföringen vid in- och utskrivning, och att sjuksköterskorna använder beslutsstödet.

Minska antalet återinläggningar inom 30 dagar.

Tidigt hembesök av sjuksköterska efter utskrivning från sjukhuset.

Öka användningen av samordnad individuell plan (SIP) för dem med behov av insatser från fler verksamheter/huvudmän.

Resultat: Antalet återinläggningar av patienter från hemsjukvård i Lessebo kommun ligger på samma nivå, 68 patienter.
Inom 7 dagar återinläggs 31 patienter
Inom 8-14 dagar återinläggs 14 patienter
Inom 15-30 dagar återinläggs 23 patienter

Användningen av beslutsstödet i samband med bedömning av lämplig vårdnivå i förhållande till patientens symtom har minskat väsentligt.

Uppföljning avseende antal SIP, antal som har utskriven samordnad vårdplan med hem efter inläggning, antal tidiga hembesök av sjuksköterska har inte rapporterats.

Äldre och psykisk ohälsa

Förbättra samverkan, vård och omsorg för äldre med psykisk funktionsnedsättning. Öka kompetensen omkring äldre med psykisk ohälsa.

Resultat: En gemensam länsövergripande handlingsplan för psykisk hälsa är framtagen. Målet är att skapa enighet om behovet av en långsiktig plan för området psykisk hälsa med gemensamma strukturer för utvecklingsarbete som skapar förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap. Alla åldrar omfattas i planen. Kommunerna ska ta fram lokala handlingsplaner utifrån denna.
Lokal handlingsplan för Lessebo kommun för psykisk hälsa är utarbetad.
Ett projekt i samverkan kommun- vårdcentral och äldrepsykiatri har påbörjats. Innebär bland annat att samtliga patienter som blir aktuella för hemsjukvård och är över 70 år skattas med *Geriatric depression scale* (GDS) i syfte att tidigt identifiera psykisk ohälsa.

Avvikelser externt, synpunkter, anmälningar

Avvikelser inkomna från Region Kronoberg

5 rapporter har inkommit gällande brister vid provbeställning (2) samt brist i informationsöverföring (3).

Avvikelser sända till Region Kronoberg

11 rapporter har lämnats gällande brister i informationsöverföring i samband med utskrivning och inskrivning (9) samt bristande samverkan (2).

Avvikelser till Dosapotek (PASCAL)

Avvikelser gällande leveransproblem (paket lämnas utan kvittens, på fel plats) av dosförpackade läkemedel har skickats till företrädare för Apoteket Farmaci.

Anmälan om negativ händelse/tillbud medicinteknisk produkt enligt SOSFS 2008:1

Ingen anmälan har gjorts.

Lex Maria

Ingen anmälan har gjorts.

Patientnämnden

Inget yttrande har begärts.

Synpunkter på vården ("Säg vad Du tycker")

Inget ärende inkommit till MAS.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Utifrån resultaten för 2016, och med socialnämndens vision samt prioriterade mål till grund, kommer *Patientsäkerhetsplan 2017* att utarbetas.

Länsgemensamma regionala handlingsplaner som innefattar patienter i kommunal hälso- och sjukvård avseende 2017 kommer att beaktas och infogas.

Förslag till *Patientsäkerhetsplan 2017* återkommer till socialnämnden för beslut.