



Lessebo Kommun
LITE FÖRNUFTIGARE, LITE VÄNLIGARE

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE SOCIALNÄMNDEN LESSEBO KOMMUN

ÅR 2017

2018-02-05

Karin Svensson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
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
Informationssäkerhet	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 2017* och den länsgemensamma handlingsplanen, *Fortsatt arbete för sjuka äldre*.

Några resultat

- 93 % av medarbetarna inom vård och omsorg använder handsprit före patientnära arbete,
- 90 % av medarbetarna inom vård och omsorg gör rätt i samtliga 7 hygiensteg,
- 81 % av personer med beslut om särskilt boende har erbjudits och riskbedömts avseende fall, trycksår och undernäring samt munhälsa
- 84 % av de som avlider registreras i Palliativa registret,
- färre patienter i hemsjukvård förskrivs och behandlas med antipsykotiska och antiinflammatoriska läkemedel,
- flertalet mål i Patientsäkerhetsplan 2017 är uppnådda

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

Flertalet 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 i särskilt boende och i ordinärt boende.

Nationell punktprevalensmätning av förekomst av trycksår har genomförts under hösten i samtliga hemsjukvårdsområden.

Antalet rapporterade avvikelser ligger på samma nivå som 2016, vilket innebär väsentligt fler jämfört med åren 2013-2015.

Övergripande mål och strategier

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

Ledningssystem för kvalitet nås via Lessebo kommuns intranät (SOSFS 2011:9)

Socialnämnden fullgör sitt ansvar genom att årligen fastställa en patientsäkerhetsplan för patientsäkerhetsarbetet och följer upp samt redovisar resultatet av aktiviteterna i patientsäkerhetsberättelsen.

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar inom verksamheten men också med andra vårdgivare samt med patient och närstående. 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.

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 SFS 2017:30 upprätthålls (HSL).

Verksamhetschef enligt kapitel 4, § 2, HSL är socialchefen, vilket innebär att socialchefen har det yttersta övergripande ansvaret för hälso- och sjukvård och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet inom socialnämndens verksamheter

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har enligt kapitel 11 § 4 (HSL) det medicinska ledningsansvaret i verksamheten.

Verksamhetschef och MAS ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschef och MAS ansvarar för verksamheten, enligt HSL, fräntar inte andra befattningshavare deras yrkesansvar.

Verksamhetschef samt enhetschefer för vård och omsorg och verksamhetschef för hemsjukvård, har ansvar för patientsäkerhet inom 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

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 Region Kronobergs avvikelssystem (Synergi).

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 MAS 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 har genomförts under året. Några exempel:

Samverkansavtal mellan Region Kronoberg och länets kommuner gällande in – och utskrivning av patienter från slutenvården i Kronobergs län.

Gemensam strategi för de äldre i Kronoberg 2017-2025.

Samverkansöverenskommelse mellan Region Kronoberg och länets kommuner om personer med psykisk funktionsnedsättning och psykisk ohälsa.

Instruktioner för kommunal läkemedelshantering i Kronobergs läns kommuner har uppdaterats.

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 64 läkemedelsgenomgångar genomförts.

Observationsstudier och självskattningar av följsamhet till basal hygien rutin har genomförts.

Patientsäkerhetsdialoger 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 inom äldre omsorg deltog i den nationella punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner (observationsstudier) våren 2017.

Samtliga särskilda boenden inom äldre omsorg genomförde lokal punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner (observationsstudier) i november 2017.

Självskattning av följsamhet till basal hygien rutin ska enligt patientsäkerhetsplan genomföras en valfri dag i verksamheterna under sommarperioden. Samtliga verksamheter inom vård och omsorg har genomfört mätningarna 2017.

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, under 2017 har inget utbrott skett.

Samtliga särskilda boende inom äldreomsorg 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.

Besiktning av rollatorer har erbjudits till invånare med rollator. ”Rollatorns dag” genomfördes i kommunens tätorter.

Kvalitetskontroll av blodsockermätare har genomförts.

Läkemedel

Läkemedelsförråden vid samtliga hemsjukvårdsenheter och läkemedelsprocessen har genomgått extern kvalitetsgranskning i augusti 2017.

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

Jämförelser - omvärldsbevakning

Verksamheternas resultat har jämförts med andra kommuner med liknande förutsättningar i länet och data ur *Öppna jämförelser*, *Senior Alert*, *Palliativa registret*, *BPSD registret*, *Kvalitetsportalen SKL* legat till grund för analyser i ledningsgrupperna.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

Processer där flest problem identifieras är i läkemedelskedjan och vid informationsöverföring över vårdgivargräns och mellan enheter. Samverkan om rutiner för dessa beskrivna processer och delprocesser sker kontinuerligt utifrån rapporterade avvikelser, utifrån gällande avtal samt genom olika förbättringsarbeten.

Avsaknad av direktöverföring av information mellan Pascal (ordinationsverktyg för dosdispensering av läkemedel) och patientjournalen i Cambio Cosmic kvarstår som en stor riskfaktor för vårdskador relaterat till läkemedelsbehandling. Under 2017 har ett utvecklingsarbete för att möjliggöra integration av Pascal in i Cambio Cosmic läkemedelsmodul påbörjats.

Internt inom verksamheten sker samverkan mellan de olika serviceområdena/hemsjukvårdsområdena när behov av mer avancerad hälso- och sjukvård uppstår och det krävs specifik spetskompetens t.ex. inom 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 2017 års semesterplanering för medarbetarna inom kommunal hemsjukvård och vård och omsorg genomfördes riskanalyser med konsekvensbedömningar som rapporterades till vårdgivaren.

Patientsäkerhetsdialoger har genomförts i samtliga verksamheter. Medarbetarnas upplevelse av patientsäkerhetskultur är mättes via enkäten, *Säkerhet på min arbetsplats*.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Lessebo kommun har under sista kvartalet startat upp arbetet i samtliga kommunala verksamheter för att anpassa sig till, EU:s Dataskyddsförordningen EU 2016/679 även kallad GDPR som innefattar informationssäkerhetsanalys, dokumenterade rutiner, rapportering och uppföljning.

Riskanalyser har gjorts med avseende på PUL och är under anpassning till GDPR.

Förbättringsåtgärder av informationssäkerheten är under uppgradering till föreslagna åtgärder från GDPR, SKL och tillämpliga ISO-standarder i serien ISO/IEC 27001- ISO/IEC 27050.

Ingen strukturerad journalgranskning är genomförd under året. Stickprov är gjorda. Loggkontroller av patientjournalen är genomförda enligt rutin. Ingen anmälan om dataintrång har gjorts.

Hälsa- 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 verksamhetsstödets 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 avvikelsen 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 tertiär rapport 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.

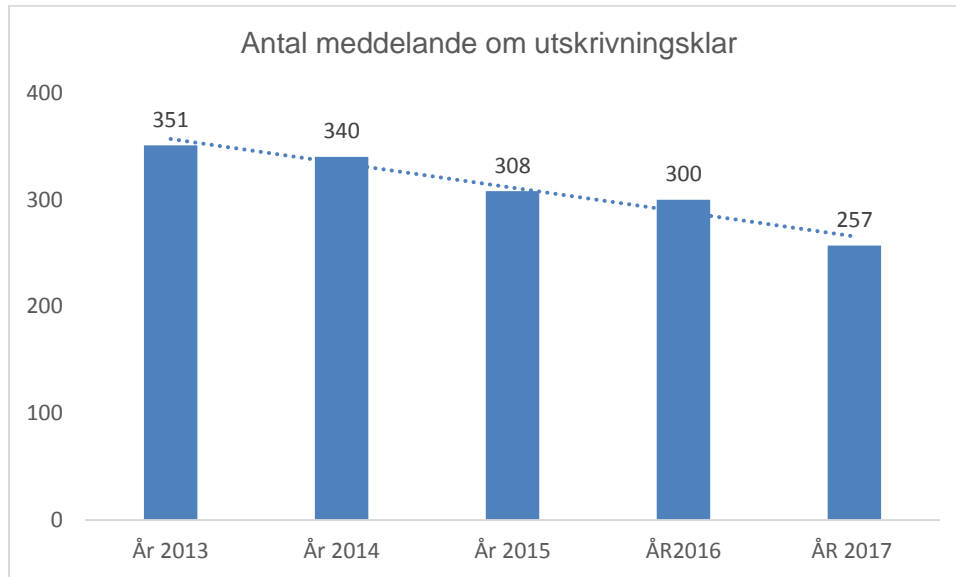
Tertialresultat lämnas till socialnämnden, förvaltningens ledningsgrupp där respektive verksamhetschef ansvarar för vidare analys och återkoppling ut till sin respektive verksamhet och övriga medarbetare via enhetschef.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Meddelande utskrivningsklar patient

Totalt har 257 personer meddelats vara utskrivningsklar, varav 18 från psykiatrin.



Utskrivningsklar per område

Hovmantorp 89 varav 6 från psykiatrin.

Kosta 43 varav 3 från psykiatrin.

Lessebo 97 varav 7 från psykiatrin.

Skrub 28 varav 2 från psykiatrin.

Vårddygnskostnad

Samtliga patienter som bedömts vara utskrivningsklara har beretts vård och omsorg i kommunen. Ingen kostnad för slutenvård inom Region Kronoberg har debiterats under 2017.

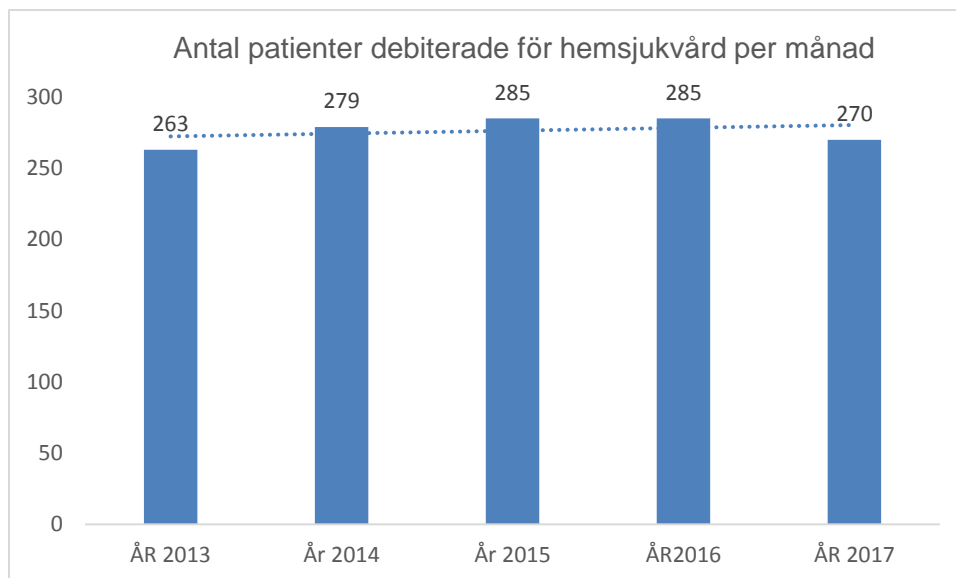
Hemsjukvård

Uppdraget omfattar hälso- och sjukvård samt rehabiliteringsinsatser till medborgare, oavsett ålder och boendeform i kommunen t.o.m. sjuksköterskas, arbetsterapeuts, sjukgymnast/fysioterapeuts kompetensnivå enligt överenskommelsen om hemsjukvård i Kronobergs län.

Vid årsskiftet 2017/2018 finns 355 patienter inskrivna i hemsjukvården.

Under 2017 har 460 patienter varit inskrivna (unika individer).

Avgift för hemsjukvård debiteras per månad. I genomsnitt har 270 patienter per månad debiterats för hemsjukvård av sjuksköterska under året.



Demenssjuksköterska

Vid tre av fyra hemsjukvårdsområde har det funnits en sjuksköterska med specifik kompetens i omvårdnad av patient med demenssjukdom. Sjuksköterskorna ingår i ordinarie grundbemanning.

Psykiatrisjuksköterska

Inom kommunal hälso- och sjukvård finns en psykiatrisjuksköterska anställd. Tjänsten har omfattat 100 % under 2017. Uppdraget omfattar omvårdnadsansvar för patienter som finns inskrivna i hemsjukvård med samtidig psykisk funktionsnedsättning och/eller personer som har beslut om boendestöd.

Delaktighet och information till patienten

Alla patienter tillfrågas om sekretess, samtycke till sammanhållen journal och samtycke till deltagande i kvalitetsregistren i samband med att de skrivs in i hemsjukvård.

Hemsjukvårdens medarbetare lämnar en mapp innehållande informationsmaterial till ny patient i samband med inskrivning.

Resultat: Inga mätningar av måluppfyllnaden har rapporterats. Estimerad bedömning av målsättningarna är att flertalet patienter har tillfrågats och fått skriftligt informationsmaterial.

Evidens

Medarbetare ska utföra sina arbetsuppgifter utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och bästa möjliga evidens som grund. Vårdhandboken, aktuella vårdprogram, rutiner och riktlinjer ska följas i verksamheten. Följsamhet till rutiner ska bedömas.

Resultat: Medarbetarna har deltagit vid utbildningstillfälle inom hälso- och sjukvård som erbjudits under året inom t.ex. läkemedel och behandling samt produktvisningar i samband med upphandling och byte av leverantör som t.ex. sondmatpumpar och andra medicintekniska produkter.

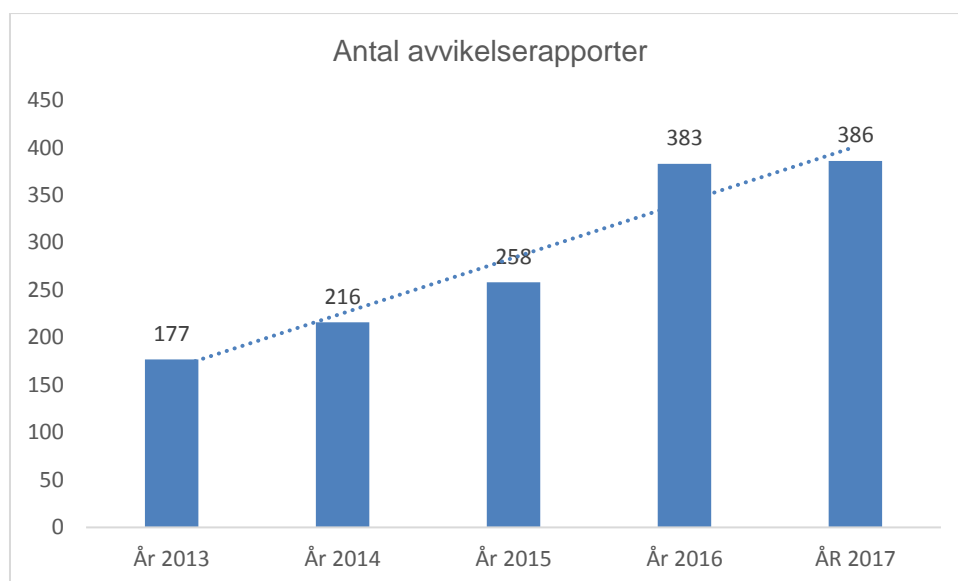
Flera medarbetare inom hemsjukvården har ett antal ”egenansvar” och några har spetskompetens för ett visst område t.ex. diabetes, demens, palliativ vård, nutrition, omvårdnad vid sår, samt psykiatri. Flertalet av dessa medarbetare har deltagit i aktiviteter inom respektive kompetensområde.

Följsamheten till basala hygienrutiner har bedömts.

Medarbetare, på samtliga nivåer, påtalar svårigheterna med att ha kännedom om och hitta gällande rutiner i vårdgivarens ledningssystem.
En enhetlig policy för hur nya och förändrade rutiner kommuniceras och blir kända för berörda medarbetare efterfrågas.

Avvikelser, händelserapportering

Totalt har det inkommit 386 avvikelserrapporter, exklusive fallrapporter, under år 2017.



Typ av avvikelser 2017

Läkemedel 296

Medicinsk teknisk produkt (MTP) 0

Omsorg/insats 82

Rehabilitering 1

Trygghets telefoni 7 *

*Fem av avvikelserna är inlagda under fel rubriken - fel/brist i trygghetstelefoni- men gäller utebliven insats till följd av att individuella skyddslarm inte använts korrekt.

Nästan 60 % av läkemedelsavvikelserna avser att patienten inte fått sin ordinerade läkemedelsdos.

Avvikelser gällande omsorg/omvårdnad avser i de flesta fall rapporter där insats uteblivet (75 %) eller att insats utförts felaktigt (22 %).

Preventivt, förebyggande arbetssätt - omvårdnad

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

Resultat: Oavsett boendeform ≈ 66 %.

Särskilt boende ≈ 81 %

Ordinärt boende ≈ 62 %

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

Resultat: 87 % av de med risk för fall har åtgärd planerad
97 % av de med risk för trycksår har åtgärd planerad
90 % av de med risk för undernäring har åtgärd planerad
91 % 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: Vid kontroll av utfallet i den vårdpreventiva processen kan det fastställas att uppföljningar sker i samband med förnyad riskbedömning som enligt rutin görs en gång per halvår.

Minst 90 % av de med skattad risk för fall, trycksår, undernäring och munhälsan ska ha fått planerad åtgärd utförd

Resultat: 91 % av de planerade åtgärderna är utförda.

Mätning av nattfasta ska genomföras i särskilt boende minst två gånger per år. Nattfastan ska understiga 11 timmar.

Resultat: Under året har 6 mätningar av nattfasta genomförts i särskilt boende. Nattfastan har legat på 11 timmar och 30 minuter i genomsnitt.

Enlig patientsäkerhetsplan 2017 skulle erbjudande om förebyggande hembesök till medborgare som har fyllt 80 år utan tidigare kontakt med kommunal hemsjukvård eller vård och omsorg ha genomförts.

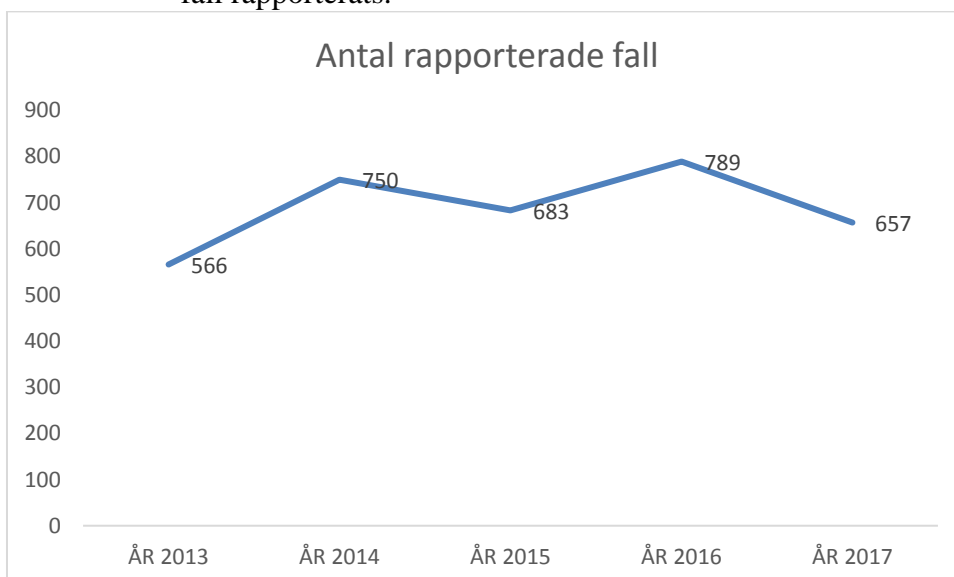
Resultat: Ingen aktivitet genomförd under 2017.

100 % av enheterna ska delta i nationell punktprevalens mätning avseende fall och trycksår samt i *Vecka 11 mätningen* av trycksår.

Resultat: Samtliga enheter har deltagit. Ingen nationell mätning av fall erbjöds hösten 2017.

Antalet fallolyckor ska minska.

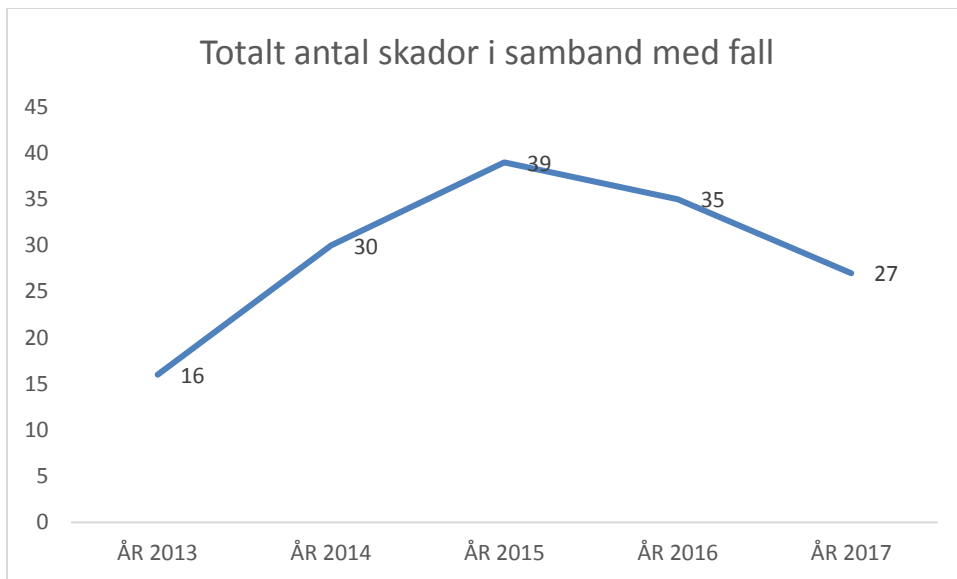
Resultat: Antalet rapporterade fall inom vård och omsorg har minskat. Under året har 657 fall rapporterats.



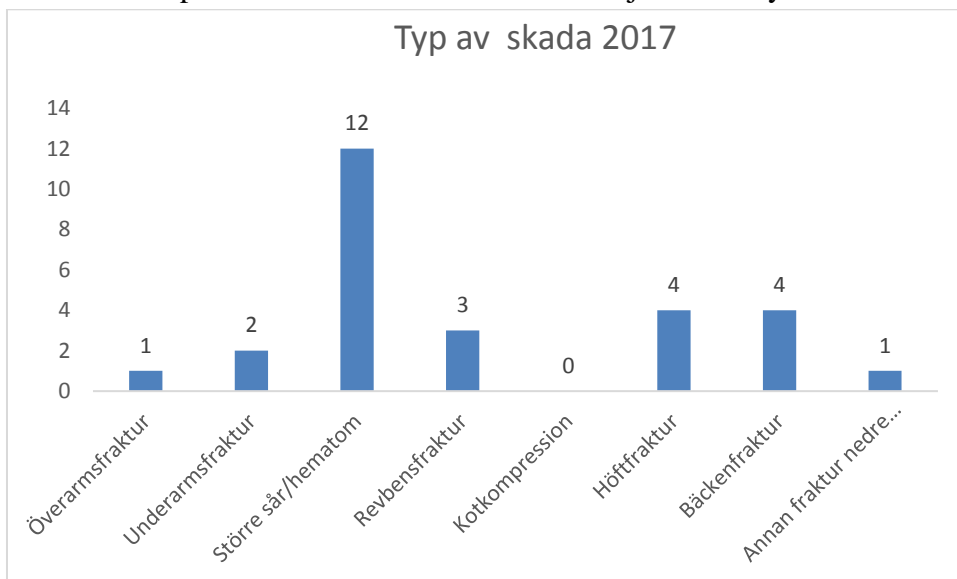
Rapportering av fallavvikelser sker oavsett om skada uppstår eller inte.

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

Antal skador i samband med rapporterade fall har minskat under året.



Totalt har 15 patienter drabbats av fraktur till följd av fallolycka.



Trycksår

Minska förekomst av trycksår oavsett boendeform.

Resultat: Förekomsten (punktprevalensen) av trycksår oavsett stadie och boendeform är lägre, 5,6 % (n161) jämfört med riket (7,6 %).

Vecka 11 PPM av trycksår ORDBO	2015	2016	2017
Trycksår stadie 1	0	3	2
Trycksår stadie 2	3	1	3
Trycksår stadie 3	0	0	0
Trycksår stadie 4	1	1	0
Antal trycksår totalt	4	5	5

Vecka 11 PPM av trycksår SÄBO	2015	2016	2017
Trycksår stadie 1	2	3	0
Trycksår stadie 2	2	0	1
Trycksår stadie 3	0	1	0
Trycksår stadie 4	0	1	1
Antal trycksår totalt	4	4	2

Nödvändig tandvård

Inom ramen för avtal om *Nödvändig Tandvård* fanns vid årsskiftet 119 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 55 % (n 65) svarat att de önskar munhälsobedömningen och samtliga har erhållit munhälsobedömning.

I avtalet ingår att tandvården erbjuder utbildning till omsorgspersonalen årligen. Under 2017 har inte några utbildningar bokats av de kommunala enheterna.

Inkontinens

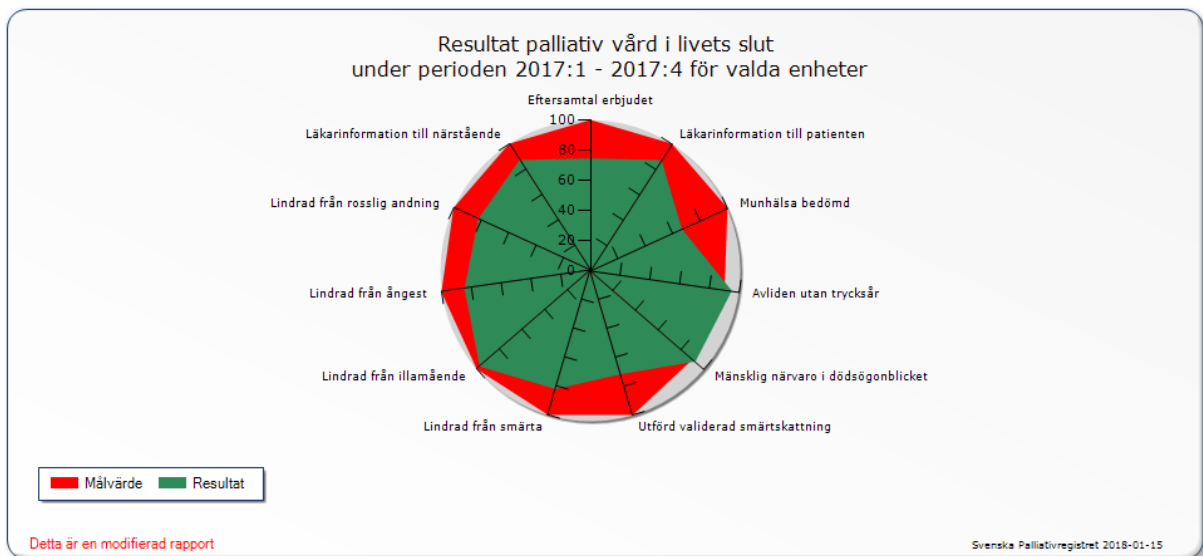
Patienter som får inkontinenshjälpmedel förskrivet ska ha dokumenterad diagnos i anamnesen som stödjer och säkerställer att rätt hjälpmedel (storlek) förskrivs och följs upp samt att patient erbjuds kontinensbefrämjande omvårdnadsåtgärder (toalettassistans, bäckenbottenträning).

Resultat: Omkring 41 % av patienterna i ordinärt boende respektive 71 % av de i särskilt boende inskrivna i hemsjukvård har inkontinenshjälpmedel förskrivet. Omkring 34 % har bakomliggande anamnes dokumenterad i patientjournalen.

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

Resultat: Ett fåtal bedömningar av blåsdysfunktion har genomförts 2017.

God vård i livets 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: 84 %

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

Resultat: För 87,5 % har brytpunktssamtal genomförts och dokumenterats

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

Resultat: 62,5 % har smärtskattats.

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

Resultat: 65 % har fått munhälsa bedömd.

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

Resultat: 93,8 % (smärta) 93,8 % (ångest) 97,5 % (illamående)

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

Resultat: Kan inte mätas via registret – ingen journalgranskning är genomförd. Vid slumpvis kontroll av journaler bedöms målet delvis uppnått, att patienten har en fast läkare som ansvarar för vården.

Teamutbildningar i palliativ vård och omsorg var planerade att genomföras i samverkan med Palliativt centrum under 2017, dock genomfördes väsentligt färre utbildningar 2017 orsaken angavs vara bemanningsproblem inom kommunal hälso- och sjukvård.

God vård – rehabilitering

Alla medarbetare ska utgå från ett rehabiliterande förhållningssätt vid omvårdnad och omsorg om den enskilde. För att upprätthålla god kompetens ska REHAB ombud finnas inom vård och omsorg och kontinuerligt få uppdatering inom området rehabilitering och träning.

Resultat: Ingen REHAB ombuds träff har genomförts under året.

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

Resultat: Inga resultat från egenkontroll av rengöring och funktionskontroller av hjälpmedlen i verksamheterna är 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.

5 av 10 listor är korrekt ifyllda, dvs. det är signerat att träningen utförts/eller anledningen till varför den inte utförts (patienten ville inte, personalen har inte tid eller patienten har försämrats och orkar inte).

2 av 10 listor visar att träningen är utförd 3 av 4 gånger.

2 av 10 listor visar att träningen är utförd 2 av fyra gånger.

1 av 10 listor visar att träningen är utförd till mindre än hälften av ordinerat antal tillfällen.

Under 2017 har omvårdnadspersonalen i högre grad angett orsaken till varför träningen uteblivit på signeringslista.

En avvikelse under rubriken Rehabilitering är inkommen under hela året.

Läkemedel

Olämpliga läkemedel.

Förskrivning av lugnande, sömn- och läkemedel ur gruppen psykofarmaka (antipsykotiska) har minskat 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	Antal personer med olämpliga läkemedel 2017
januari	61	60	55
februari	57	58	49
mars	63	58	47
april	60	64	55
maj	65	68	56

juni	65	64	53
juli	61	65	46
augusti	63	61	51
september	57	59	50
oktober	57	59	i.u
november	59	60	i.u
december	53	56	i.u

Antipsykotiska läkemedel.

Ur *Vecka 11 mätningen av kommunal hälso- och sjukvård* framgår att behandling med antipsykotiska läkemedel har fortsatt minska i särskilt boende, totalt 5 patienter hade behandling, oavsett ålder. Behandlingen har minskat även i ordinärt boende, 6 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.

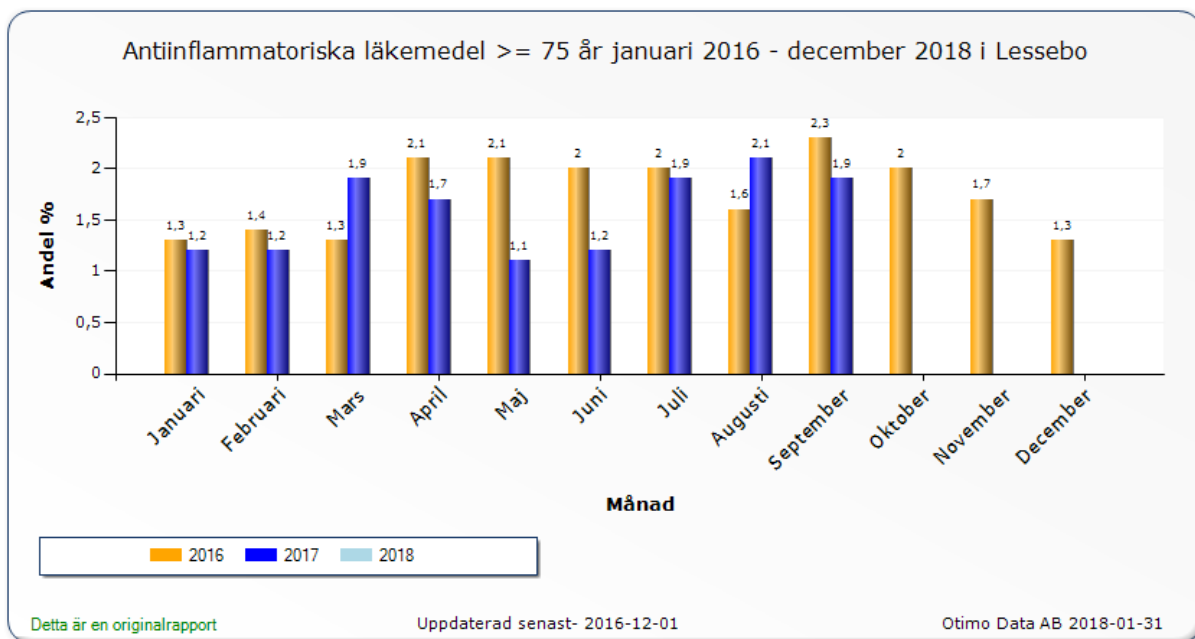
Månad	Antal personer med antipsykotiska läkemedel 2014	Antal personer med antipsykotiska läkemedel 2015	Antal personer med antipsykotiska läkemedel 2016	Antal personer med antipsykotiska läkemedel 2017
januari	11	16	16	13
februari	11	14	14	13
mars	13	14	14	11
april	14	14	15	9
maj	13	14	16	9
juni	12	14	13	10
juli	13	16	14	9
augusti	13	15	14	7
september	13	17	15	8
oktober	14	18	14	i.u
november	15	19	14	i.u
december	15	17	12	i.u

Adekvat läkemedelsanvändning vid demenssjukdom.

Resultat: Enligt BPSD registret har 38 % (9) av registrerade personer olämplig läkemedelsbehandling.

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 2017 något lägre än tidigare år och motsvarar $\approx 1,6$ % enligt utdata från *Kvalitetsportalen*.



Enligt *Vecka 11* mätningen av kommunal hälso- och sjukvård har förskrivningen av antiinflammatorisk behandling fortsatt minska, 7 patienter inskrivna i hemsjukvård hade behandling.

Läkemedelsgenomgång.

Ansvaret för läkemedelshantering är övertaget av sjuksköterska för 108 patienter i ordinärt boende samt för 71 patienter i särskilt boende. Enligt *Vecka 11* mätningen av kommunal hälso- och sjukvård har 33 % av patienterna i särskilt boende och 26 % av patienterna i ordinärt boende erhållit läkemedelsgenomgång enligt Kronobergs modellen. Hälften av patienterna har erhållit en enkel läkemedelsgenomgång och en tredjedel har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång. Inga läkemedelsgenomgångar har genomförts för patienter inom omsorgen.

Enligt statistik från läkemedelsenheten Region Kronoberg har det genomförts 64 läkemedelsgenomgångar enligt Kronobergs modellen under året, vilket motsvarar ≈ 24 % av samtliga patienter inskrivna i hemsjukvård (37 % av patienterna där sjuksköterska övertagit ansvaret för läkemedelshantering).

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelsprocessen.

Samtliga enheter omfattades av kvalitetsgranskningen som innebär genomgång av läkemedelsskåp hos ett antal patienter där man bl.a. tittade på förvaring, ordinationshandlingar, signeringslistor, vid behovslistor och i förekommande fall narkotikajournaler samt kontroll av hållbarhet, brytningsdatum och aktuella/inaktuella läkemedel. Hanteringen av och åtkomst till nycklar till de lokaler där det förvaras läkemedel samt hela kedjan i hanteringen av DOS läkemedel ingick. Samtliga hemsjukvårdsområdes basförråd av läkemedel kontrollerades. Efter genomgångarna hölls kvalitets möten där en åtgärdsplan med förbättringsförslag för varje granskad enhet upprättades. Huvudområdena för förbättringar är att:

- delegerad personal ska läsa ordinationer på ordinationshandlingen före administrering,
- hela kedjan för DOS dispenserade läkemedel är spårbar (från att läkemedelspåsarna tas emot av sjuksköterska tills dem administreras till patient),

- enbart delegerade medarbetare har åtkomst till nycklar till läkemedelsskåp hos den enskilde,
- läkemedelsskåp hos den enskilde har lås med loggfunktion,
- basförråden förses med kodade lås med loggfunktion

Vårdhygien

Följsamheten till basala hygienrutiner ska vara 100 %.

Samtliga särskilda boenden ska genomföra hygienobservationer vår (nationell jämförelse) och höst. Samtliga medarbetare vid alla enheter ska genomföra en självskattning av följsamhet till basala vårdhygieniska rutiner under semesterperioden.

Resultat: Vid årets sista mätning gjorde 90 % av de observerade (n29) rätt i samtliga 8 steg, vilket innebär att följsamheten förbättrats.
 Handsprit *före* patientnära arbete använder 93 %.
 Handsprit *efter* patientnära arbete använder 100 %.

Samtliga särskilda boenden genomförde Svenska HALT studien hösten 2017 via Senior Alert. Studien mäter förekomst av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning.

Resultat: Två patienter (n 45) hade bekräftade infektioner förvärvade på särskilt boende, allmän vård och omsorg, dvs. prevalens 4 %.
 Två patienter (n20) hade bekräftade infektioner förvärvade på särskilt boende, demens, dvs. prevalens 10 %.

Utbrott av samhällsförvärvade infektioner ska begränsas och smittspridning ska förhindras.

Resultat: Inga utbrott av smittor har rapporterats under 2017.

Nyanställda medarbetare ska screenas för förekomst av symtom på tuberkulos (TBC) samt eventuell exponering av multiresistenta bakterier (MRB).

Resultat: Ingen enhet har lämnat detaljerat svar. Någon enhet uppskattar att ”flera” nyanställda fått fylla i enkäter avseende TBC och MRB. De som anställdes inför sommaren 2017 fick alla fylla i enkäterna.

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.

Resultat: Utsedda medarbetare har deltagit i de olika gemensamma förvaltningsgrupperna för vårdinformationsystemet (VIS- grupper) i syfte att driva utvecklingsfrågor för effektivare användning av verksamhetsstödet. Uppdateringar av verksamhetsstödet är genomförda under året.

Fler patienter har upprättade individuella vårdplaner för läkemedelshanteringen jämfört med 2016, dock saknar flertalet patienter individuell vårdplan för sina *samtliga* omvårdnadsproblem.

Trygghet och säkerhet för den äldre genom sammanhållen vård och omsorg

Sjuksköterskans kliniska bedömning ska göras utifrån beslutsstödet för att säkra att patienten tas om hand av rätt vårdnivå.

Resultat: Användningen av beslutsstödet i samband med bedömning av lämplig vårdnivå i förhållande till patientens symtom har fortsatt sjunka under året.

Kvalitetssäkra informationsöverföringen av patientens status och hälsotillstånd mellan enheter inom vårdgivaren och med övriga vårdgivare i öppen och slutenvård.

Resultat: De verksamheter som rapporterat resultat, hälften av hemsjukvårdsområdena, anger att de använder ISBAR metoden.

Tidigt hembesök av sjuksköterska efter utskrivning från sjukhuset.

Resultat: Inga mätningar rapporterade. De hemsjukvårdsområden som rapporterat resultat uppskattar att flertalet multisjuka patienter erhåller besök från sjuksköterska inom ett dygn efter utskrivningen från slutenvård.

Öka antalet samordnade individuella planer (SIP) för patient med behov av insatser från fler verksamheter/huvudmän.

Resultat: Inga mätningar rapporterade.

Återinläggning till slutenvården bör undvikas när hälsoproblemen bedöms kunna hanteras med bibehållen patientsäkerhet i öppenvård, dvs. sjukhusinläggning bedöms som undvikbar.

Resultat: Antalet återinläggningar av patienter från hemsjukvård i Lessebo kommun är färre, 51 patienter.

Inom 7 dagar återinläggs 24 patienter

Inom 8-14 dagar återinläggs 12 patienter

Inom 15-30 dagar återinläggs 15 patienter

Äldre och psykisk ohälsa

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

Resultat: En gemensam länsövergripande handlingsplan för psykisk hälsa är framtagen. Alla åldrar omfattas i planen. Lokal handlingsplan är fastställd och rapporterade till vårdgivaren.

Projektet som påbörjades 2016 i samverkan kommun- vårdcentral och äldrepsykiatri som bl.a. innebar att samtliga patienter som blev aktuella för hemsjukvård och var över 70 år skulle skattas med *Geriatric depression scale* (GDS) i syfte att tidigt identifiera psykisk ohälsa har inte startats.

Kartläggning av utbildningsbehov samt framtagande av handlingsplan för att genomföra kompetensutveckling inom området äldre och psykisk hälsa har inte genomförts.

Inga av de föreslagna utbildningarna i länets gemensamma handlingsplan för 2017 har genomförts.

God vård vid demens

Nationella riktlinjer för demens ska ligga till grund för den vård och omsorg som ges. Ett gemensamt arbetssätt för utredning, behandling och bemötande för personer med demenssjukdom ska utvecklas.

Utvärdera 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.
Inga medarbetare har utbildats i att använda BPSD registret som verksamhetsstöd.
Inga aktiviteter för att klargöra demensteamens uppdrag samt utfall från ”demensprojektet” har rapporterats.
Flertalet fast anställda vid gruppboende för personer med demens har genomfört utbildningen, *Demens ABC*. I vilken omfattning nya medarbetare har genomfört webbutbildning som en del i introduktionen har inte rapporterats.
Samverkans träff har skett med Region Kronobergs demenssamordnare, sjuksköterskor från Äldrepsykiatri, sjuksköterskor med demenskompetens i kommunen och Vårdcentralens demensansvariga distriktssköterska tillsammans med respektive ledningar för hälso- och sjukvård.

Skyddsåtgärder – nödsändare

Användningen av skyddsåtgärder har minskat något från 27 till 21 förskrivna. Den vanligast förekommande skyddsåtgärden är individuellt förskrivna larm som t.ex. matlarm, rörelsevakt och dörr larm.

Vecka 11 mätningen av kommunal hälso- och sjukvård visade att 5 patienter hade sänggrind ordinerat i särskilt boende och 2 i ordinärt boende.

Ingen patient har haft ordination på nödsändare under året och ingen patient har rapporterats ha fått ordination på GPS larm.

Avvikelser externt, synpunkter, anmälningar

Avvikelser inkomna från Region Kronoberg

3 rapporter har inkommit gällande brister i informationsöverföring.

Avvikelser sända till Region Kronoberg

9 rapporter har lämnats gällande brister i informationsöverföring i samband läkemedelsförskrivning och ordinationer (6) samt bristande samverkan vid vårdplanering (3).

Avvikelser till Dosapotek

Ett flertal avvikelser gällande leveransproblem (paket lämnas utan kvittens, på fel plats, utebliven leverans) av dosförpackade läkemedel har skickats till aktuella dosleverantörer (byte har skett under året).

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

En anmälan har gjorts.

Lex Maria

Ingen anmälan har gjorts.

Patientnämnden

Inget yttrande har begärts.

Synpunkter på vården ("Säg vad Du tycker")

Tre ärende inkommit till MAS.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Utifrån resultaten för 2017, och med socialnämndens vision samt prioriterade mål till grund, kommer *Patientsäkerhetsplan 2018* att utarbetas.

Länsgemensamma regionala handlingsplaner som innefattar patienter i kommunal hälso- och sjukvård avseende 2018 kommer att beaktas och om möjligt infogas.

Förslag till *Patientsäkerhetsplan 2018* återkommer till socialnämnden för beslut.