

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Beslutad i Socialnämnden: 2017-02-22

Innehållsförteckning

Allmänt	3
Mål och strategier	3
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
Struktur för uppföljning och utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Risikanalys	7
Informationssäkerhet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Klagomål och synpunkter	8
Samverkan med patienter och närstående	9
Sammanställning och analys	9
Resultat	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	18

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2016

Allmänt

Patientsäkerhetslagen (2010:659) ger vårdgivaren ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskada. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren (socialnämnden) senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

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

Mål och strategier

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Kommunens ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskada, missförhållanden och andra avvikelser inte uppstår.

Samverkan med andra vårdgivare är en annan viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Formerna för samverkan regleras via

- Överenskommelsen mellan kommunerna och Region Kronoberg gällande insatser inom somatisk hemsjukvård
- Avtal mellan länets kommuner och Region Kronoberg gällande in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Kronobergs län
- Samverkansöverenskommelse mellan kommuner och Region Kronoberg kring personer med psykisk funktionshinder

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämnden, ansvarig vårdgivare, ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefen, skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främja 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. Verksamhetschefen ska tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) skall enligt hälso- och sjukvårdslagen ha det medicinska ansvaret i kommunen. Ansvaret utövas genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet i fokus. Den medicinska sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

I ansvaret ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns direktiv/rutiner och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs.

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att omvårdnadspersonalen får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning och utvärdering sker genom;

- Att följa och analysera rapporter tagna ur kvalitetsregister såsom palliativregistret, BPSD och senior alert.
- Analys av brukarundersökningar och öppna jämförelser
- Att följa mätningar i aktuellt avvikelsesystem samt avvikelser som uppstår mellan kommun och region Kronoberg.
- Egenkontroll i verksamheten såsom exempelvis hygienronder, loggkontroll av journalföring tillsyn av läkemedelshanteringen.
- Uppföljning av föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse.

Hur patientsäkerhetsarbete bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10§ p 1-2

Patientsäkerhetsarbetet har under 2016 till stor del handlat om att revidera och implementera rutiner för ökat patientsäkerhetsarbete både inom förvaltningen såsom mellan olika samverkansparters samt tillsyn och granskning inom egen verksamhet. Det har också arbetats med att få fram förslag till förbättringar så risk för fel och skador minskar.

Rutiner och vårdprogram som reviderats är;

- Vårdhygienrutiner(gäller för samtliga kommuner i Kronobergs län)
- Handlingsplan för dokumentation (gäller för Älmhults kommun)
- Rutin vid sårvård(gäller för samtliga kommuner i Kronobergs län)
- Rutiner för läkemedelshantering (både lokala för Älmhults kommun såsom för samtliga kommuner i Kronobergs län)
- Avfallshanteringsrutiner vad gäller skärande och stickande samt cytostatika och antibiotika (gäller för samtliga kommuner i Kronobergs län)
- Ny rutin vid misstanke om eller konstaterad stöld av läkemedel(gäller för Älmhults kommun)
- Rutin vid TENS behandling(gäller för Älmhults kommun)
- Ny rutin vad gäller ansvarsfördelning vid bilevel behandling (gäller för Älmhults Kommun)
- Rutin för hemrehab (gäller för Älmhults kommun)
- Rutin vad gäller ansvar för medicinteknisk utrustning (gäller för Älmhults kommun)

När dessa rutiner och vårdprogram publiceras på intranätet så läggs det ut en nyhet på medicinsk ansvarig sjuksköterskas intranätssida. Mail går också ut vid särskilt viktiga rutiner till berörda. Implementering av dessa har skett med aktuell grupp och på återkommande möten med områdeschefer, enhetschefer samt legitimerad personal för vidare implementering. Aktuella rutiner finns på intranätet under hälso- och sjukvårdsrutiner.

Arbetet med sammanhållen journalföring har inneburit att informationsöverföringen mellan region Kronoberg och kommunen har förbättrats. Hösten 2014 blev vi konsumenter(läsbehörighet till andras journalföring) till skillnad mot producenter (när vår journalföring finns med för andra att läsa) i nationell patientöversikt (NPÖ). Detta gör att vi kan få mer sammanhållen journalinformation om patienten vårdats tex i ett annat landsting eller i en annan kommun. En aktuell vårdrelation och samtycke av patienten krävs dock alltid.

Älmhults kommun har en egen organisation för utgivning av SITHS-kort. SITHS står för Säker IT i Hälso- och Sjukvården och innebär att inloggning mot olika verksamhetssystem som behandlar

personuppgifter blir säkrare. I nuläget finns kort utgivna till all legitimerad personal, chefer samt all omvårdnadspersonal inom socialförvaltningen.

Bevakningsområden finns för den legitimerade personalen. Det finns grupper inom:

- Diabetes
- Palliativ vård
- Sårvård
- Dokumentation
- Inkontinens

Den personal som ingår i grupperna har förtur på föreläsning, kurser och utbildningar inom ämnesområdet under förutsättning att de delar med sig av sin kunskap till övriga kollegor. De ingår också i regionala nätverk där de träffar andra kommuner samt regionen i länet och samverkar i olika frågor som berör deras bevakningsområde.

Älmhults kommun har medverkat i Svenska HALT hösten 2016 på våra särskilda boenden. Vid denna punktprevalensmätning så tittar man på vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändningen hos våra patienter.

Älmhults kommun har också medverkat i punktprevalensmätning 2016 vad gäller vårdhygien. Där tittar man på hur vi använder oss av de basal hygienrutinerna.

Det har genomförts utbildningar inom området äldre och läkemedel i syfte att nå målen för läkemedelsindikatorerna för säker hantering. Dessa har genomförts i samverkan med övriga kommuner och Region Kronoberg. Det är läkemedelskommittén i Region Kronoberg som inbjuder till dessa utbildningar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samordnad vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvården eller vid flytt från annan kommun är en process där risker för vårdskada kan uppstå. Även när patienter skickas in till sjukhuset ses risker för vårdskada. Riskerna ligger främst i kommunikationen mellan parterna vad gäller patientens aktuella status, omvårdnadsbehov, läkemedel samt hjälpmedelsbehov. Systemet Link (i cambio cosmic) underlättar en del av denna överföring.

Även vid flytt internt i kommunen kan risker uppstå i samband med överföring av information.

Överföring av läkemedelsordinationer utgör stor risk för att vårdskada ska uppstå. Detta för att olika system används såsom Pascal (ordinationsverktyg för dosdispensering) och aktuell läkemedelsordination i Cambio Cosmic och att dessa inte synkroniserar. Här sker kontinuerligt samverkan och förbättringsarbeten utifrån rapporterade avvikelser såväl internt som i samverkan med Regionens slutenvård och primärvården.

2016 har vi haft 11 avvikelser mellan Älmhults kommun och Region Kronoberg. Älmhults kommun har registrerar 7 mot regionen och regionen har registrerat 4 mot kommunen . De som kommunen har fått från regionen har alla handlat om brist på dokumentation och kommunikation från kommunens sida i samverkanssystemet Link. Kommunen har skickat avvikelser i huvudsak om brist på kommunikation i samband med utskrivning, brist på ordination och medskickade läkemedel men också någon som handlat om bemötande. 2015 startade en grupp i samverkan region-kommun där man bearbetar avvikelser inkomna mellan Regionen och Kommunerna. Allt för att hitta områden som kan förbättras så att inte patienter blir lidande.

Införandet av NPÖ (nationell patientöversikt) gör att bättre samverkan kan ske med andra landsting/regioner och kommuner om det finns aktuell journalinformation publicerad.

Samverkansavtal finns med kommunens vårdcentraler(Achima Care och Helsa) och kommunen. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Här regleras b.la läkarmedverkan. Andra samverkansavtal finns mellan Region Kronoberg och alla kommuner i Kronobergs län. Exempelvis kan nämnas Hemsjukvårdsavtalet, respiratorvård i hemmet m.m.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Om det kan förutses att något kan inträffa som kan skada en patient, så finns det en risk (möjligheten att en negativ händelse inträffar). Om orsaken till risken identifieras och bedöms (riskanalys) kan åtgärder sättas in i förebyggande syfte.

Riskanalys görs inför förändringar i verksamheten eller vid införande av nya behandlingsmetoder/arbetsätt som kan komma att påverka patientsäkerheten. Här kan användas tex teamarbete, statistikuppföljningar och tidigare riskanalyser inom området som hjälp.

Vid ökning av avvikelser inom ett visst område och man ser att risken för återupprepning är stor görs också riskanalyser. Det kan handla om exempelvis läkemedelshantering, fall.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Rutin finns att månadsvis logga medarbetare vad gäller läsning i aktuella journalsystemet Cambio Cosmic. Dessa kontrolleras av enhetschef och rapporteras till områdeschef. Loggning har också gjorts när sk "kändisar" vårdas av socialförvaltningen så att bara personer med en aktuell vårdrelation läser aktuell journal.

Samtycke till att läsa patients journal vid sammanhållen journalföring med andra vårdgivare frågas efter av inskrivna hemsjukvårdspatienter 1g/år. Detta kontrolleras vid loggning varje månad samt vid granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring som är gjord av 24 hälso- och sjukvårdsjournaler 2016.

Informationsklassificering av Cambio Cosmic gjordes 2016-03-03. Då identifierades risker och konsekvenser av dessa beskrevs. Riskanalys och förslag till åtgärder beslutades. Dessa åtgärder har arbetats vidare med under 2016.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Flödet för rapportering av avvikelser;

- Den person som upptäcker eller är inblandad i avvikelser gör en registrering i verksamhetens avvikelssystem "safedoc". Sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och enhetschef underrättas också direkt. Beroende på allvarlighetsgrad görs bedömningen om omedelbara åtgärder krävs.
- Avvikelsen bearbetas och utreds av berörd enhetschef och legitimerad personal. Avvikelsen analyseras med fokus på om det behövs förebyggande åtgärder för att det inte ska hända igen. Detta kan med fördel göras på teamträffar.
- Avvikelsen avslutas när den är bearbetad, ev nya arbetsrutiner är införda och den är tillbakarapporterad till den inblandade personen. Detta görs av enhetschef som också är ansvarig för implementering av eventuella nya rutiner.
- Enhetschefer tar ut månatliga rapporter på avvikelser och dessa redovisas till områdeschefer. Socialnämnden informeras i samband med patientsäkerhetsberättelsen.

Vid risk för eller allvarlig vårdskada;

- När någon i personalen bedömer att en vårdtagare drabbats eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada ska detta omedelbart rapporteras till MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) som har ansvar för att utreda händelsen. I utredningen ingår att ge berörd personal, vårdtagare och anhörig möjlighet till att yttra sig i ärendet.
- Socialnämnden ska informeras om det inträffade. Om anmälan ska göras enligt Lex Maria så genomförs denna av MAS på delegation från socialnämnden.
- Verksamhetschef, berörd enhetschef och medarbetare samt berörd patient/anhörig informeras om att anmälan görs enligt Lex Maria till IVO (Inspektionen för vård- och omsorg)

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter speglar en händelse, en situation eller ett förhållande i vår verksamhet som någon utanför vår verksamhet påtalar för oss.

Rutin för hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser finns förvaltningsövergripande (När det inte blev som det var tänkt)

Flödet i klagomålshanteringen;

- Personal som får in ett klagomål eller en synpunkt delger denna till berörd chef och kan också registrera klagomålet.
- Berörd chef registrerar om det inte redan är gjort, utreder och eventuellt rapporteras klagomålet vidare till MAS och berörda områdeschefer beroende på allvarlighetsgrad. Svar lämnas alltid till den person som inkommit med klagomålet eller synpunkten.
- Registreringen av klagomålet eller synpunkten görs i särskilt formulär som finns på intranätet.
- Områdeschefen redovisar översiktliga uppgifter om inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

Synpunkter och klagomål som kommer till förvaltningens kännedom via anmälan till IVO (inspektionen för vård och omsorg) handläggs av respektive områdeschef samt MAS. Utredningen sker enligt rutinen för avvikelshantering.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

När en vårdskada eller risk för vårdskada rapporteras i avvikelsemodulen ska det också anges om anhöriga informerats om händelsen.

Vid händelser med hög risk och allvarlig konsekvens tar MAS alltid kontakt med patient/närstående för att ge dem möjlighet att yttra sig.

Patient/anhöriga ska alltid få svar från verksamheten vad som hände, varför och hur vi gör för att det inte ska hända igen.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §

Klagomål och synpunkter sammanställs och rapporteras till förvaltningens ledningsgrupp.

Avvikelser sammanställs 1g/månad av Enhetschef och rapporteras till områdeschef. Informationen förs sedan vidare ut till medarbetare i verksamheten av enhetschef. När en allvarlig vårdskada inträffar och en anmälan Lex Maria till IVO görs ska alltid socialnämnden informeras.

En sammanställning och analys av föregående års avvikelser görs i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Resultat

SFS 2010: 659, 3 kap. 10 § p 3

Socialnämndens mål för hälso- och sjukvård (beslutad 2010-02-23):

- Patienter som har minst 5 läkemedel och är 75 år och äldre erbjuds läkemedelsgenomgång minst vartannat år.
- Basala hygienrutiner följs
- Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter är korrekt
- Dokumentation är patientsäker och sker korrekt i en gemensam patientjournal
- Alla registrerade hemsjukvårdspatienter erbjuds en namngiven planeringsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast.
- Varje patient upplever ett gott bemötande i vården.
- Samtliga avlidna registreras i Svenska Palliativregistret
- 75 % av brukarna i särskilt boende ska bli riskbedömda och registrerade i kvalitetssystemet Senior Alert

Hemsjukvård

Uppdraget omfattar hälso- och sjukvård samt rehabiliterings insatser till samtliga medborgare i kommunen med svårighet av fysiska, psykiska eller sociala skäl att ta sig till primärvården. Insatsen är t.o.m sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeuts (sjukgymnast)nivå. I december 2016 fanns 516 patienter inskrivna i kommunens hemsjukvård vad gäller hjälp av sjuksköterska.

Hemrehab

Hemrehab har haft 13 inskrivna patienter under 2016. Alla bedöms enligt olika skattningsskalor beroende på patientens individuella allmäntillstånd. Det som bedöms är ADL, balans, livskvalité, om man har hemtjänst och smärtskattning. Vid uppföljning har 6 patienter uppfyllt sitt mål med hemrehab helt, 4 delvis och 3 inte alls .

Demenssjuksköterska

Kommunen har en demenssjuksköterska på 100%. Hennes arbete är övergripande där hon arbetar med handledning till personal och anhöriga. I stödet till anhöriga ligger bl.a utbildningsträffar samt lotsstöd i vården. I handledningen till personal ingår bemötandefokus, utbildning i BPSD samt att hjälpa till vid skapande av handlingsplaner. Demenssjuksköterskan har också samarbete med våra vårdcentraler.

Vårdplaneringar

En biståndshandläggare från Älmhults kommun åker på vårdplaneringar vid behov. Det kan vara helt nya patienter/brukare eller där nya vårdbehov uppstår hos redan inskrivna patienter/brukare i ordinärt boende. Sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast vårdplanerar via samverkanssystemet Link i Cambio Cosmic. Vid behov kan dessa professioner också följa med biståndshandläggare.

Totalt har Älmhults kommun betalat för **21 vårdddygn** till slutenvården 2016 att jämföras med 161 vårdddygn 2015 och 85 vårdddygn 2014.

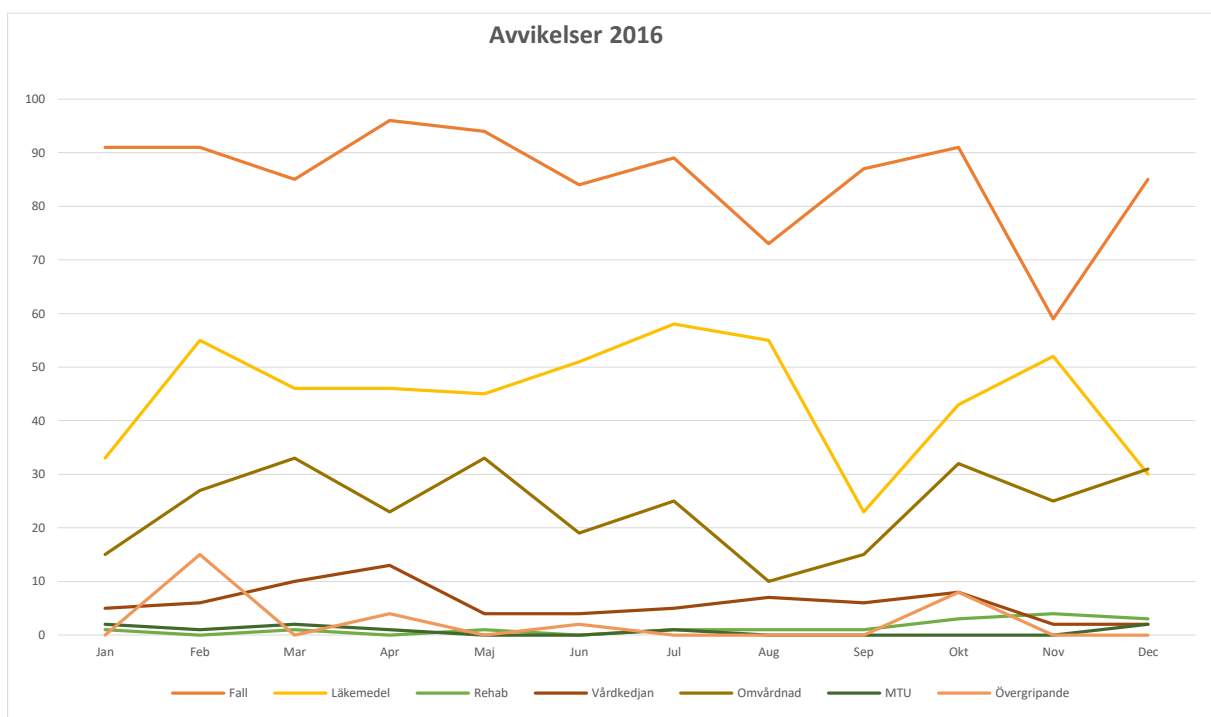
En enkät har lämnats ut andra kvartalet 2015 samt första kvartalet 2016 via regionen för att se vad orsaken är att patienter inte kan åka hem när de är utskrivna. Denna enkät har skickats till alla kommuner samt regionen när det blivit ett betalningsansvar. De stora orsaker har varit **brist på korttidsplats, brist på omvårdnadspersonal, brist på hjälpmedel eller personal som kan lämna ut hjälpmedel samt anhöriga som inte kan ta emot hemma.**

Avvikelser

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg kan vi förebygga fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontroll är att regelbundet och systematiskt följa upp verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Nedan presenteras inkomna avvikelser 2016 jämfört med 2015.

Avvikelse	2015	2016
Fall	1045	1025
Läkemedel	469	537
Rehab	18	16
Omvårdnad/SOL	118	284
Omvårdnad/LSS	10	4
Vårdkedjan	72	72
Medicinteknik	7	9
Övergripande	47	29



- Den vanligaste förekommande avvikelserna som anges i läkemedelsavvikelserna är att medicinen inte gavs på rätt tid och då i samband med stress, glömska och/eller kommunikationsbrist. Samt att signeringslistorna var fel eller inte lästs rätt.
- Utebliven omvårdnad/SOL har ökat och de avvikelserna gäller till största delen planerad insats som flyttas till annan dag eller uteblivet besök pga stress/ oväder. Mobila teamet har under hösten 2016 varit underbemannad och då var det många uteblivna besök på deras område.
- Övergripande handlar till stor del om telefoni och nätverk som inte fungerar.
- Avvikelser under vårdkedjan berör både inom organisationen såsom mot externa vårdgivare eller transportörer. Största orsaken är kommunikationsbrist.

Vårdgivare ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO (inspektionen för vård och omsorg). Denna anmälan kallas Lex Maria. 2016 har 2 lex Mariaanmälningar till IVO gjorts. Den ena handlade om kunskapsbrist vad gäller rutiner vid försämring hos patient samt kommunikationsbrist mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Den andra om försenad medicinsk bedömning och behandling med varaktig vårdskada som följt.

Läkemedel och Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Det är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinarie boende är idag ordinerade i medeltal 8-10 olika läkemedel. Detta utgör en stor risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner.

Socialstyrelsen har släppt en rapport december 2014 som visar att drygt åtta procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, och att cirka 60 procent av dem bedöms vara möjliga att förebygga. De läkemedel som oftast orsakar biverkningar är Hjärt-kärlläkemedel, antikoagulantia (blodförtunnande medel), läkemedel som påverkar centrala nervsystemet (psykofarmaka, morfinbesläktade smärtstillande medel, antiepileptika), antibiotika, cytostatika, antiinflammatoriska medel (NSAID) och diabetesmedel.

Socialförvaltningens mål att alla personer inskrivna i hemsjukvården över 75år med minst 5 läkemedel får en läkemedelsgenomgång i teammodell vartannat år har inte uppfyllts. Detta beror på att tilldelningen av antal läkemedelsgenomgångar till vårdcentralerna i Älmhult inte blir av den storleksordningen att alla kan få. För att nå målet behöver cirka 200 läkemedelsgenomgångar göras varje år. Som det ser ut just nu får patienter inskrivna i hemsjukvården, där vi övertagit läkemedelshanteringen, läkemedelsgenomgång vartannat år.

Läkemedelsgenomgångar i teammodell (apotekare, läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal) har genomförts på Ekebo, Pehr Hörbergsgården, Nicklagården och Elmiersgården samt i ordinärt boende. Sammanlagt har 92 läkemedelsgenomgångar gjorts under 2016 att jämföras med 2015 då det gjordes 94 läkemedelsgenomgångar. Enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång är när patientens läkare går igenom de läkemedel patienten har, exempelvis i samband med förnyande av recept eller vid inläggning på sjukhus.

Läkemedelsgranskning

Läkemedelsgranskning tillsammans med apotekare där rutiner och efterlevnad av rutiner görs för att säkerställa kvalitén är inte gjord av olika skäl 2015. Denna görs i februari 2016 på Almgården och Ekebo.

Nödvändig tandvård

Den uppsökande verksamheten vad gäller tandvård består i att patienten erbjuds en munhälsobedömning av tandvårdspersonal, individuell instruktion om hur den dagliga munhygien ska utföras samt vid behov kontakt med tandläkare för att få nödvändig tandvård utförd.

Vid årsskiftet hade 250 personer i Älmhults kommun intyg om rätt till nödvändig tandvård. 62% av dessa har 2016 fått en munhälsobedömning

I avtalet ingår också att tandvården ska erbjuda utbildning till omsorgspersonalen årligen. 2016 har Ost i Älmhults kommun fått utbildning i detta. Motsvarande siffra 2015 var 63 personer.

Kvalitetsregister

Förvaltningen har under åren arbetat med riskanalyser i nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert och Palliativ registret. En ökning har också skett i användandet av BPSD (register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) registret.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. Syftet att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienter och personer i landstingens/regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas sociala omsorger. Älmhults kommun använder sig av undernäring, trycksår, fallolyckor samt munhälsa (ROAG).

Det viktiga är att de som registreras och har risk får en åtgärdsplan och att den följs upp. Som vi ser nedan får många en åtgärdsplan. Detta görs i samband med registreringen. Vi kan däremot bli mycket bättre på uppföljningar. Det är ju då vi ser om åtgärderna har effekt!

Särskilt Boende

Riskbedömning Med risk Åtgärd fall Åtgärd trycksår Åtgärd undernäring Åtgärd ohälsa mun Uppföljning

324	309	89%	89%	89%	74%	63%
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Ordinärt Boende

Riskbedömning Med risk Åtgärd fall Åtgärd trycksår Åtgärd undernäring Åtgärd ohälsa mun Uppföljning

82	75	88%	92%	88%	82%	31%
----	----	-----	-----	-----	-----	-----

Sammanfattningsvis och glädjande vad gäller senior alert så har vi förbättrat våra siffror från 2015 vad gäller åtgärder och uppföljningar.

Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att belysa och visa på områden som kan förbättras vid vård i livets slut.

Av totalt 183 dödsfall i kommunen så rapporterades ca 63% in till palliativ registret 2016.

Indikatorerna i jämförelse 2014-2016 visar vilka områden hemsjukvården behöver arbeta vidare med 2016.

	2014	2015	2016	Målvärde Palliativregis- tret
Erbjudit eftersamtal	75,7%	80,3%	89,8%	100 %
Uppfyllt önskemål om dödsplats	82,1 %	52,1%	Senast kända 100%	100 %
Bedömt munhälsa	70,1 %	56,3%	46,9%	100 %



Avliden utan trycksår	88,1%	85,9%	87,8%	90 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	97%	94,4%	91,8%	90 %
Utfört validerad smärtskattning	35,8%	45,1%	22,4%	100 %

BPSD

Ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem, diagnos, behandling och resultat vad gäller beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Behandlingen som föreslås kan omfatta bemötande, omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Att arbeta med BPSD bidrar till en ökad förståelse för demenssjukdomens symtom och anpassar bemötandet för att ge ökad livskvaliteten för den enskilde demenssjuke.

Älmhults kommun gjorde 11 registreringar 2015. 2016 anställdes en ny demenssjuksköterska som utbildades i att utbilda och handleda all personal i BPSD. Hon har under 2016 utbildat all personal på särskilt boende i BPSD, varit med vid tillskapande av handlingsplaner för de med BPSD symtom samt skapat nätverk så att personalen kan ta hjälp och dela erfarenheter av varandra i detta arbete. **Totalt har 67 BPSD registreringar gjorts 2016 och 57 administratörer är utbildade.**

Vårdhygien

2015 gjordes en satsning på basala hygienrutiner i Älmhults kommun. Delvis med punktprevalensmätningen 2014 som motivation och delvis för att möta de nya krav som föreskriften basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) ställer.

Ny mätning 2016 visar att;

- Vi behöver bli bättre i att desinfektera händerna före omvårdnadsarbete . 47% korrekta granskningar.
- Vi behöver bli bättre på att använda förkläde i omvårdnadsarbete. 64% korrekta granskningar.
- Övriga vårdhygienspunkter var exempelvis rätt arbetskläder, frånvaro av juveler, användning av handskar mm. Här låg Älmhults kommuns siffror på mellan 85-90% korrekta granskningar.

Åtgärder som gjorts 2016 i syfte att minska vårdrelaterade infektioner;

- Utbildning i basala hygienrutiner vid nyanställning
- Antibiotika smärtstillande gel används vid urinkatetersättning
- Inköp av bladderscan för att kunna se om urinblåsan är full utan att sätta kateter
- Medverkat i PPM mätningen basala hygienrutiner samt Svenska HALT
- Vårdhygienronder

Hygiensjuksköterskan har varit ute på hygienrond 2016 på Nicklagården, Almgården samt inom OF.

Smitta

Under 2016 har Älmhults kommun haft patienter som har upptäckts ha smitta av arten multiresistenta bakterier. Detta har krävt särskilda vårdhygieniska åtgärder enligt rutiner som finns upprättade mellan Region Kronoberg och MASarna i länets kommuner. Vårdhygiensjuksköterska har också konsulterats.

Två utbrott av maginfluensa under 2016 var så stora att det inrapporterades till vårdhygien.

Nutrition

Enligt SOSFS2014:10- förebyggande av och behandling av undernäring så är ett gott näringstillstånd nödvändigt för en god livskvalitet, för att förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. Socialstyrelsen rekommenderar att nattfasta inte bör överstiga 11 timmar. Vi vet att en kort nattfasta ger större chans för äldre och/eller sjuka i vården att få ett fullgott energi- och näringsintag. Den underlättar sårhäkning, förebygger undernäring, minskar risken för fall samt ger en hög livskvalitet.

Våren 2016 gjordes en nattfastamätning under ett dygn i alla våra verksamheter på de patienter/brukare där vi har ansvar för nutritionen. Den visade att på våra särskilda boenden hade 75% en nattfasta över 11 timmar och i ordinärt boende var det 94%. Alla enhetschefer tillsammans med legitimerad personal uppmanades att innan resultatet skickades till MAS analysera och fundera på åtgärder. Någon enhetschef har rapporterat att de startat arbetsgrupp för att arbeta med nutrition och också sprida förbättringsförslag till andra områden.

Dokumentation

Patientdatalagen (SFS 2008:355) reglerar vårdgivarens behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt bestämmelser om skyldighet av föra patientjournal. Journalen är också viktig i det dagliga arbete som information och stöd. Den är viktig i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet. Den använd vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

Stickprovskontroll av loggar 1 gång/månad genomförs efter ett utsett system och dessa har varit utan allvarlig anmärkning. Det har också gjorts loggning vad gäller att läsa i sk "kändisars" journal eller titta i sin egen journal och då upptäcktes att vid några tillfällen har det tittats i sin egen journal. Detta är inte tillåtet enligt lag. Varje tillfälle har utretts och fått sin förklaring.

Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation är gjord 2016. Slumpvis valdes 2 journaler ut per område inom hemsjukvården. Sammanlagt 24 journaler granskades med hjälp av samma mall som utgår från det som ska vara med i en patientjournal enligt HSLF-FS 2016:40. Sammanfattningen av granskningen är att det behövs ett uppdaterat samtycke i ett flertal journaler, kontaktuppgifterna behöver ses över vid flytt från ordinärt till särskilt boende samt att förbättra användningen av vårdplaner för att kunna hitta information och följa behandling för utvärdering.

Bevakningsgruppen inom dokumentation (sjuksköterskor och rehab personal) samverkar med övriga kommuner samt regionen och har träffar varje termin. MAS medverkar.

Skyddsåtgärder

I december 2016 har vi 3 GPS larm (1 i säbo och 2 i ordinärt boende) igång.

Delegering

Delegering ska användas restriktivt och får göras endast när det är förenligt med en god och säker vård. Delegering innebär att legitimerad person delegerar arbetsuppgifter till omvårdnadspersonal efter utbildning. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Älmhults kommun har haft en indragning av medarbetares delegering under 2016.

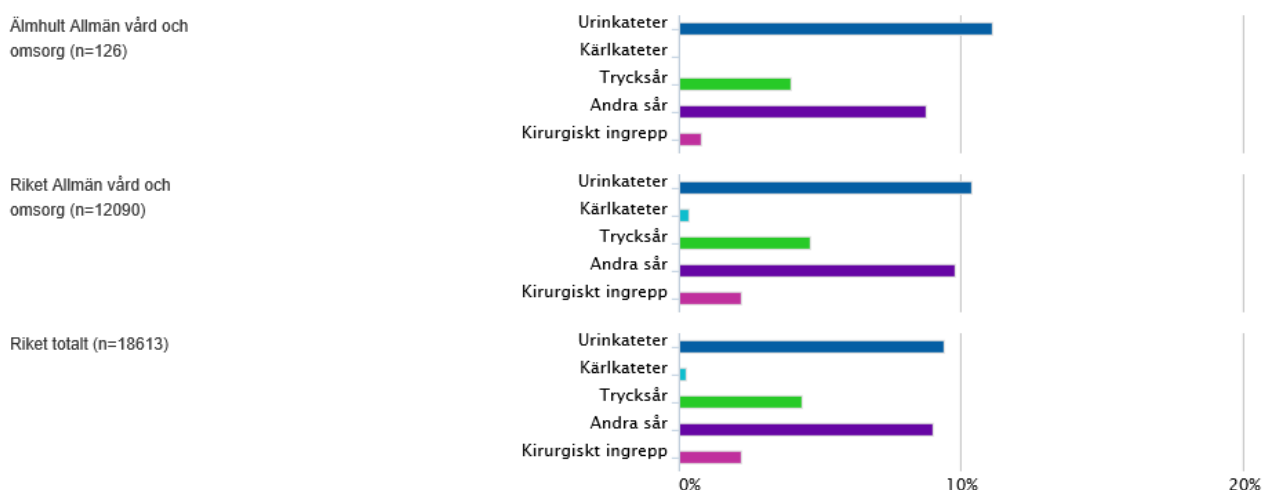
Granskning av delegeringsdokument görs varje månad av MAS och de dokument som hittas med fel vid granskningarna skickas tillbaka till leg. personal för åtgärd.

Svenska HALT

Vecka 46-47 2015 genomfördes första punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Älmhults kommun. Den gjordes på Nicklagården och Almgården. Hösten 2016 gjordes en ny mätning på alla särskilda boenden förutom ett. Nedan syns Älmhults jämförelse med riket vad gäller riskfaktorer till att få vårdrelaterade infektioner.

Fördelning av riskfaktorer i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

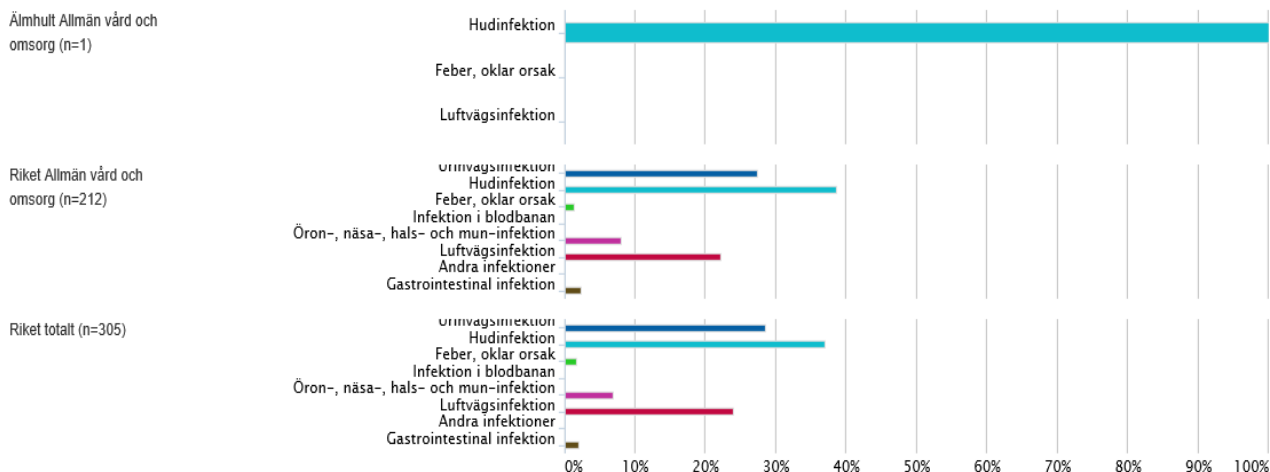
Kommun: Älmhult. Enhetstyp: Allmän vård och omsorg. Kön: Alla



Och då kan vi se kopplingen nedan till vilka infektioner som är vanligast hos oss jämfört med riket.

Bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO (VRI) - fördelning per infektionstyp i kommunen jämfört mot riket på enhetstyp och totalt

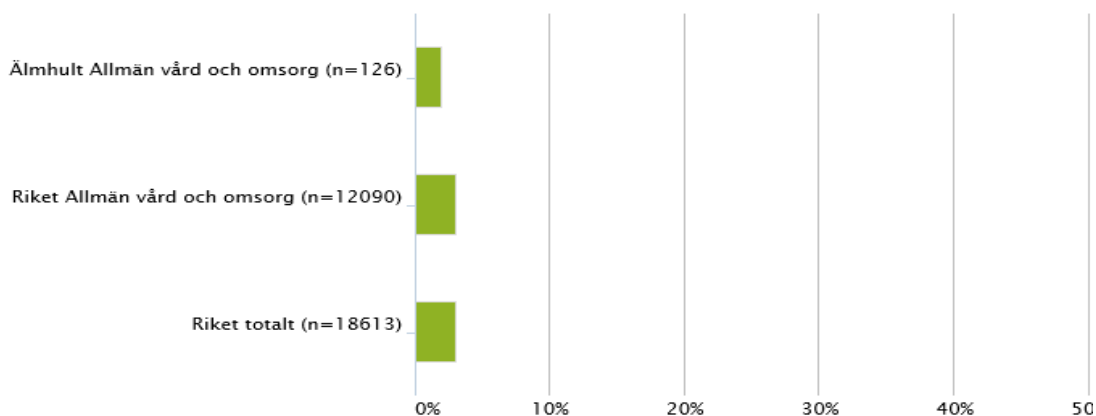
Kommun: Älmhult. Enhetstyp: Allmän vård och omsorg. Kön: Alla



Nästa diagram visar andel vårdtagare med antibiotikabehandling vid mätvårdtillfället

Andel vårdtagare med antibiotikabehandling (J01 exkl metenamin) i kommunen

Kommun: Älmhult. Enhetstyp: Allmän vård och omsorg. Kön: Alla. n=totalt ant



Övergripande mål och strategier för kommande år

Läkemedel, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsgranskning;

- Fortsatt arbete så att sjuksköterskor i samband med förnyande av läkemedel erbjuder hjälp med bokning av läkarbesök och att detta sker 1g/år
- Granskningar av läkemedelshandlingen med apotekare enligt bestämmelse 1g/år med förbättringar som fokus
- Centrala utbildningar i delegering av medicinhantering var 3:e vecka för nyanställda permanentas 2017
- Webbutbildningar "Jobba säkert med läkemedel" samt "Vård av äldre med Diabetes" blir en naturlig del att göra vid nyanställning. Dessa bör också implementeras i alla verksamheter hos alla fastanställda omvårdnadspersonal. Planering för detta görs tillsammans med enhetschefer

- Digital signering via mobiler av givet läkemedel för att öka patientsäkerheten införs 2017 i hela kommun

Munhälsa-tandvård;

- Utbildning till omvårdnadspersonal i munhälsa behöver bli en naturlig del i verksamheten. En god mun/tandhälsa är viktig. Utbildning till personal erbjuds gratis av tandhälsan.

Vårdhygien;

- Fortsatt arbete med hygienronder och ett ständigt implementerande av vårdhygien i verksamheten
- Införa att webbutbildningen basala hygienrutiner är en permanent del i nyanställdas introduktion
- Ny punktprevalens mätning hösten 2017
- Ny mätning i Svenska Halt hösten 2017. Arbeta med Svenska Halt rapporten 2016 i verksamheten. Om vi inte mäter och dokumenterar så finns det inte och då vet vi inte vad vi ska arbeta med för att förbättra vården

Nutrition;

- Ny mätning våren 2017 av nattfastan för att se vad som gjorts och om nattfastatiden har förbättrats.

Avvikelser;

- Under året belysa och fortsätta arbeta för att få till aktivt förbättringsarbete i verksamheten med avvikelser som grund.

Dokumentation och E-hälsa kopplat till patientsäkerhet;

- Granskning av dokumentation i cambio cosmic av medicinskt ansvarig sjuksköterska görs 2017 med inriktningen att använda den för att komma med förbättringsförslag
- Fortsatt arbete i all hemsjukvård med att belysa och lära av varandra för att förbättra strukturen i dokumentationen. Här ingår också att tillse att alla registrerade hemsjukvårdspatienter har en namngiven ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut
- Fortsatt arbete med att utveckla mobil dokumentation

Nationella kvalitetsregister;

Synen på kvalitetsregister måste hållas i och följas upp i den meningen att man ser registren som en hjälp för att förbättra och ge patientsäkerhet i vården.

- Senior alert- här är viktigt att se detta som ett förebyggande arbete för att minska risker och tillskapa tryggare miljö. Senior alert finns med i checklista månadsrapport för enhetscheferna att rapportera till områdeschef så där kommer detta att belysas varje månad som en påminnelse



- Palliativ registret- statistiken vad gäller munhälsobedömning och att arbeta med validerad smärtskattning sjunker ytterligare och är inte nära palliativregistrets mål. Därför bör vi arbeta vidare med dessa indikatorer. Antalet registreringar i palliativ registret från 72% 2014 till 69% 2015 och nu 2016 63%. Detta måste lyftas i enhetschef och sjuksköterskegruppen. Varför och eventuella åtgärder?
- BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdomar)-fortsatt arbete med att registrera och använda BPSD registret till hjälp för åtgärder där patienter med demens har problem med någon av dessa symtom. 2017 har demenssjuksköterskan fokus på utbildning av BPSD i ordinärt boende.

Beslutsstöd;

- Fortsatt arbete i att betona vikten av att använda beslutstödet vid bedömning av försämrad patient så att alla patienter får samma bedömning om rätt vårdnivå.
- Ge nyanställda sjuksköterskor utbildning i att använda beslutstödet. Detta planeras i samverkan med övriga kommuner i Kronobergs län.

3 –årigt Samarbetsprojekt 2016-2019 Ljungby-Älmhult-Markaryd med Region Kronobergs västra del för att pröva ett annorlunda arbetssätt kring äldre patienter med kroniska sjukdomar vilket innebär ;

- att man ska arbeta och sträva efter att ge ett tryggare och förbättrad vård och omsorgsnätverk kring patienter med stora behov.
- Bättre tillvaratagande av patienters/vårdtagares tid genom att vården erbjuds i det egna hemmet. Mindre slutenvård och mer hembesök av läkare.
- Fyra områden har utkristalliseras och arbetas vidare med i projektgruppen för implementering i allas verksamheter. Mest sjuk äldre platser på Ljungby lasarett, äldremottagning på våra vårdcentraler, förbättra arbetssättet runt vårdplanering när patienter ska från sjukhus till hemmet samt mobil läkare i alla våra 3 kommuner.