

Innehåll

.....	1
Patientsäkerhetsberättelse gällande den kommunala hälso- och sjukvården 2013.	1
1. Bakgrund	4
2. Sammanfattning	4
3. Samverkan	4
3.1 Samverkan för att förebygga vårdskador	4
3.2 Samverkan med kunder och närstående	5
4 Uppföljning av verksamheten	5
4.1 Struktur för uppföljning/utvärdering.....	5
4.2 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	6
4.3 Förslag till förbättringar	7
5. Resultat och kvalitetsarbete	7
5.1 Samverkan landstinget och övriga sjukvårdshuvudmän	7
5.2 Genomförda aktiviteter	7
5.3 Avvikelse	7
5.4 Förslag till förbättringar	8
6 Läkemedelshantering	8
6.1 Genomförda aktiviteter	9
6.2 Avvikelse	9
Från och med 2013 års patientberättelse kommer avvikelser gällande hemsjukvård i ordinärt boende också att redovisas. Vi har samma avvikelssystem för all hälso- och sjukvård.....	9
6.3 Förslag till förbättringar	10
7 Läkemedelsgenomgångar	10
7.1 Genomförda aktiviteter	10
7.3 Förslag till förbättringar	10
8. Basal vårdhygien	11
8.1 Genomförda aktiviteter	11
8.2 Förslag till förbättringar	11
9.2 Prevalens trycksår	12
9.3 Förslag till förbättringar	12

10 KAD – kvarliggande urinavledande kateter.....	12
10.1 Genomförda aktiviteter	12
10.2 Prevalens KAD	13
10.3 Förslag till förbättringar	13
11. Nutrition	13
11.1 Nattfasta	13
11.2 Resultat nattfastemätning	13
11.3 Förslag till förbättringar	14
12. Fall och fallskador	14
12.1 Genomförda aktiviteter	15
12.2 Mätning av fallolyckor.....	15
12.3 Förslag till förbättringar	16
13. Samordnad vårdplanering	16
14. Medicintekniska produkter.....	16
14.1 Sammanställning där medicintekniks produkt är involverad i avvikelser.....	16
14.2 Förslag till förbättringar	17
15. Munhälsa	17
15.1 Sammanställning enligt tandvårdsenheten för 2013	17
15.2 Förslag till förbättringar	17
16. Demens	17
16.1 Genomförda aktiviteter	18
16.2 Förslag till förbättringar	18
17. Dokumentation	18
17.1 Genomförda aktiviteter	18
17.2 Förslag på förbättringar	18
Slutord	19

1. Bakgrund

Siffror inom parantes är 2012 års redovisade avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att kunden får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS gör uppföljningar i enlighet med *Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659* samt "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet". Ledningssystemet bygger på *SOSFS 2005:12, Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård*.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har på vård- och omsorgsförvaltningens uppdrag upprättat rutiner och riktlinjer för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren ska senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
- vilka resultat som uppnåtts

2. Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen infördes 1 januari 2011. Lagens fokus är att förhindra vårdskador genom förebyggande insatser samt en väl fungerande avvikelshantering. Under året har förvaltningen påbörjat arbetet med att ta fram Kvalitetsledningssystem för vård och omsorg utifrån Socialstyrelsens föreskrift 2011:19. Ledningssystemet beskriver bl.a. ansvarsfördelning, planering och uppföljning samt de processer som ska leda till en god patientsäkerhet. Granskning enligt kvalitetsledningssystemet påbörjas under 2014.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att:

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera

Utifrån nuvarande mätresultat, kontroller, tillsyn samt samtal med personal, chefer och närstående är bedömningen att den kommunala hälso- och sjukvården är av god kvalitet.

3. Samverkan

3.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samarbetet med Jönköpings läns landsting regleras av olika avtal.

- Avtal mellan Jönköpings läns landsting och kommunerna gällande ansvaret för hemsjukvården. En gemensam värdegrund har tagits fram, vi utgår från patientens och

brukarens behov, i samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser. Värdegrunden är:

Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit samt vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

- Riktlinjer för uppsökande av tandvård i Jönköpings län
- Regelverk för samordnad vårdplanering
- Samverkansavtal med landstingets hjälpmedelscentral
- Avtal gällande läkarmedverkan i särskilda boendeformer
- Lokala samverkansavtal med vårdcentralerna

För att trygga informationsöverföringen mellan de olika huvudmännen finns ett gemensamt länsövergripande IT-stöd för samordnad vårdplanering, Meddix.

Kommunerna samverkar också med smittskyddsensheten i Jönköping, med läkemedelskommittén, med Palliativa vårdenheten (PVE) med flera.

Det finns en struktur för lokal samverkan mellan Vetlanda kommun och vårdcentralerna. MAS tillsammans med funktionschefen för hälso- och sjukvården har kontinuerliga möten med vårdcentralernas verksamhetschefer. På mötena diskuteras samverkansfrågor samt övergripande medicinska strategier för att uppnå en hög patientsäkerhet.

På Höglandet finns samverkan genom nätverk Esther. MAS ingår i ledningsgruppen för Esther.

Intern samverkan för att bland annat förebygga vårdskador sker via analysträffar där alla professioner samlas en gång var femte vecka. Intern samverkan sker även via teamträffar och olika arbetsgrupper som till exempel sårvårdsgrupp, inkontinensgrupp, läkemedelsgrupper mm.

3.2 Samverkan med kunder och närstående

Samverkan sker med kunder och närstående i det enskilda ärendet genom individuell vårdplanering eller personligt möte med aktuell tjänsteman.

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

Demenssjuksköterskan har en viktig uppgift i kommunen. Förutom att ge råd och stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriga samverkar demenssjuksköterskan med andra vårdgivare. Sprider kunskap och nyheter inom området på bland annat anhörigträffar.

4 Uppföljning av verksamheten

4.1 Struktur för uppföljning/utvärdering

Inom hälso- och sjukvårdens område ställer lagstiftaren krav på att hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten. Ett led i detta arbete är riktlinjen för avvikelshantering som beskriver hur avvikelser ska analyseras, kategoriseras, följas upp samt hur händelserna ska fungera som underlag för kvalitets- och förbättringsåtgärder. Erfarenheterna av det som inträffat ska tas tillvara och spridas även till andra enheter än där händelsen ägt rum.

4.2 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen samt personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter har en skyldighet att rapporterar risker för vårdskada inom befintligt system för avvikelshantering.

Klagomål och synpunkter som inkommer från patient, närstående, landstinget, privata vårdgivare, Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) handläggs enligt samma rutin som avvikelser. Erfarenheterna av det som inträffat ska tas tillvara och spridas även till andra enheter än där händelsen ägt rum.

Vid allvarliga avvikelser gör MAS en händelseanalys. Involverad personal får lämna redogörelse för aktuell händelse, dokumentation granskas samt görs eventuellt även intervju med personal, närstående samt patient.

En Lex Maria-anmälan ska utföras då en händelse inträffat där en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller allvarlig sjukdom. Anmälan ska också göras om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord. Lex Maria finns reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28).

Under 2013 anmäldes ingen avvikelse enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

Utöver avvikelserutinerna genomför MAS stickprovskontroller, följer varje månad antal trycksår, vårdrelaterade infektioner samt risker för vårdrelaterade infektioner som t ex urinkateter.

I patientsäkerhetsberättelsen för 2012 var det områden som var definierade där patientsäkerhetsrisker kunde uppstå. Åtgärder utifrån dessa områden är genomförda som till exempel:

- IT-verktyg för remisshantering, LAB-ros, är installerat och används av sjuksköterskorna.
- hemtjänstpersonalen har fått ökad kompetens gällande läkemedelshanteringen genom delegeringsutbildning
- vikarier inom vård- och omsorgsförvaltningen har fått utbildning i läkemedelshantering mötesforum där alla olika professioner träffas och eventuellt kunden, analysträffar, är igång
- läkemedelsgenomgångar till hemsjukvårdspatienter erbjuds
- struktur för arbetet med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar enligt Senior alert är igång. Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister. Registrering i Senior alert ger möjlighet till ett systematiskt förbättringsarbete med direkt återkoppling av resultat. Registret vänder sig till alla som bedriver vård och omsorg och som vill arbeta systematiskt med att förebygga fall, trycksår, undernäring och hälsa i munnen.

Enligt sammanställning i Senior alert har 346 riskbedömningar utförts under 2013 där risk konstaterades. I 218 av dessa planerades minst en åtgärd in.

4.3 Förslag till förbättringar

Under varje rubrik i patientsäkerhetsberättelsen finns förslag på förbättringar.

5. Resultat och kvalitetsarbete

5.1 Samverkan landstinget och övriga sjukvårdshuvudmän

Enligt avsnitt 3.2 i "Regelbok för vårdval i Jönköpings län" ansvarar vårdenheten för att utse ansvarig läkare till särskilda boendeformer i sitt geografiska närområde.

Vårdenheten får ersättning enligt en tidsberäknad schablon per boendeplats i vårdenhetens närområde. Insatserna beräknas till 3 minuter per permanentboendeplats och vecka.

Landstinget ansvarar för kostnader och innehåll i det akutläkemedelsförråd som finns på boendet.

Inom Esther nätverk finns rutiner för avvikelshantering mellan sjukvårdshuvudmännen.

5.2 Genomförda aktiviteter

I början av 2013 fanns behov av att ta fram många olika rutiner på grund av att hemsjukvården gick över till kommunen. MAS, funktionschef för hälso- och sjukvården, förvaltningschef, områdeschefer träffade vårdcentralernas verksamhetschefer kontinuerligt.

Det togs fram rutiner för bland annat överrapportering mellan huvudmännen, ansvarsgränser, fax samt telefontider för kommunens hälso- och sjukvårdspersonal till läkarna. Det var även mycket samverkan med Höglandssjukhuset för att få fungerade rutiner.

Det största problemet var att kommunens hälso- och sjukvårdspersonal inte hade tillgång till landstingets journalsystem Cosmic. Det innebar stor patientrisk på grund av att det system som var utlovat, samordnad journal NPÖ, inte fungerade. NPÖ speglar patientens journal i Cosmic.

Kommunerna och Landstinget i Jönköpings län har kommit överens om att samverka för att alla äldre ska få åldras i trygghet, med självbestämmande och tillgång till en god vård och omsorg. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet gör gemensamt en statlig satsning – "Bättre liv för sjuka äldre".

5.3 Avvikelse

Under första delen av 2013 inrapporterades många avvikelser som handlade om läkemedelshantering. Det var uteblivna doser, dubbla läkemedelsdoser, otydliga rapporter samt uteblivna läkemedelslistor efter ordinationändringar.

Många avvikelser kunde vi inte påverka, som till exempel att inte sjuksköterskorna kunde se patientens läkemedelslista. Läkarna antog att sjuksköterskorna hade samma möjlighet som tidigare då de var anställda av landstinget. Det krävdes mycket jobb från kommunens personal för att få tag i rätt information om varje patient.

MAS gjorde händelseanalyser enligt rutiner samt var i kontakt med Inspektion för vård och omsorg (IVO). Utifrån händelseanalyserna kunde rutinerna säkras upp och detta i sin tur ledde till patientsäkerhet.

Sammanlagt var det 31 (19) avvikelser inrapporterade gällande samverkan. Förutom avvikelser rörande läkemedel var det följande områden:

- Utebliven eller bristfällig rapportering från sjukhuset till sjukgymnaster
- Utebliven rapportering i Meddix från sjukhuset
- Patienter hemskickade från sjukhus utan att hemtjänst informerad
- Sjukhusets personal lovar t ex korttidsplats i kommunen
- Vårdcentralens läkare satte ut Apodos på kunder utan att informera varken sjuksköterska eller kunderna
- Uteblivet läkarbesök inom den palliativa vården
- Brist i bemötande till patient från läkare

I samverkansrutinerna finns även struktur för hur sjukhuset och vårdcentralerna rapporterar avvikelser till kommunen. Under 2013 inrapporterades 6 (22) avvikelser inom följande områden:

- Dement kvinna kom från ett äldreboende till sjukhuset utan varken anhöriga eller personal
- En kund från ett äldreboende inkom till sjukhuset, personal där upptäckte att personen hade mycket dålig munhälsa
- Fel information gavs av sjuksköterska till anhöriga gällande smärt pump
- Bristfällig rapport från kommunens personal

5.4 Förslag till förbättringar

Esthers nätverk är viktigt för att diskutera samverkan på olika nivåer. Kunde konstatera i början av 2013 att personalen på sjukhuset inte hade fått information om organisationsförändringarna gällande hemsjukvården ute i kommunerna. Det ledde till många olika avvikelser. Genom en fungerande samverkan och Esther nätverk kan problem snabbt åtgärdas.

Viktigt att fortsätta att avvikelserapportera för att hitta arbetssätt som leder till förbättringar. När kommunen skickat in en avvikelse kommer det svar till MAS om vad som åtgärdats för att inte problemet ska återupprepas. MAS skickar i sin tur ut svaret till den som gjort avvikelsen.

Samma sak gäller när sjukhuset eller vårdcentralerna gjort avvikelse på kommunen. Då lämnar kommunen svar till berörd enhet.

6 Läkemedelshantering

De lokala riktlinjerna om läkemedelshantering som MAS upprättat ska vara väl kända av all berörd personal. Iordningställande av läkemedel från originalförpackning till dosett, ska utföras av sjuksköterska och får inte delegeras till annan person. Däremot får sjuksköterska genom delegering överlåta åt annan befattningshavare att ifrån originalförpackning överlämna läkemedel för vidbehovs medicinering, under förutsättning att det är förenligt med en god och säker vård till vårdtagaren.

Det ska finnas dokumenterat i hälso- och sjukvårdsjournalen om sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen när kunden inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. Om kunden klarar sin läkemedelshantering själv och sjuksköterskan bedömer det som egenvård ska även det dokumenteras.

Överlämnat läkemedel ska signeras på en signeringslista. Om det inte sker ska en avvikelserapport skrivas.

6.1 Genomförda aktiviteter

Ett material för delegeringsutbildning finns sedan något år tillbaka. Sjuksköterskorna använder ett och samma material ute i sina verksamheter för att undervisa personalen gällande delegering och läkemedelshantering. På utbildningen går man igenom rutiner runt läkemedelshantering, vikten av att skriva avvikelser, olika typer av läkemedel, vad som kan göras i stället för att ge läkemedel t ex vid oro. Efter att gått delegeringsutbildningen görs ett kunskapstest.

Under 2013 skapades även utbildningstillfällen för vikarier inom vård- och omsorg. På så sätt kommer kompetensen att öka när det gäller läkemedelshantering.

Läkemedelskommittén i Jönköpings läns landsting har under 2013 stoppat nya kunder i apotekets dossystem, Apodos. Vissa vårdcentraler har även plockat bort kunder från systemet. Detta på grund av att riskerna med det IT-system, Pascal, som är ordinationsverktyg för Apodos enligt dem inte är säkert. Detta har medfört att fler och fler kunder fått sina läkemedel delade i läkemedelsdosetter.

Konsekvenser av detta har bland annat varit att belastningen för sjuksköterskorna ökar genom att de inte ser patientens ordinerade läkemedelslista i Cosmic, de ska se till att beställa läkemedel från apoteken, åka runt och dela läkemedel, mycket läkemedelskassation, svårare för vårdpersonalen att kontrollera att det är rätt i dosetterna mm.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet har tagit fram riskanalyser och lämnat till ledning för kommun och landsting, Socialstyrelsen, SKL med flera.

6.2 Avvikelser

Från och med 2013 års patientberättelse kommer avvikelser gällande hemsjukvård i ordinärt boende också att redovisas. Vi har samma avvikelssystem för all hälso- och sjukvård.

Under 2013 rapporterades det in 185 (173) avvikelser gällande läkemedelshantering på särskilda boenden. 87 (78) % av dessa var kvarglömda doser, dvs. kunden fick inte sina läkemedel vid rätt tid. Personalen upptäckte vid ett senare tillfälle under dagen att kunden inte fått sina ordinerade läkemedel.

Inrapporterade avvikelser visar att den största orsaken till avvikelser i samband med läkemedelshanteringen är den mänskliga faktorn, dvs. man glömmer att ge ordinerade doser.

93 läkemedelsavvikelser rapporterades in från ordinärt boende. 82 % av dessa var kvarglömda doser.

Kan konstatera att samtliga områden har rapporterat in avvikelser. Tomasgården kan ses som ett gott exempel, har under året endast rapporterat in tre läkemedelsavvikelser.

6.3 Förslag till förbättringar

- att återinföra Apodos
- att fortsätta med att personalen årligen ska gå delegeringsutbildning samt erbjuda vikarier utbildning kontinuerligt
- att i analysgrupperna diskutera avvikelser, åtgärder och göra uppföljningar
- att utbilda personalen om andra behandlingar än läkemedel

7 Läkemedelsgenomgångar

En säker och effektiv läkemedelsanvändning är en av de största utmaningarna inom äldreomsorgen. Läkemedelsanvändningen hos äldre är stor. Risken för interaktioner ökar när en person använder en mängd olika läkemedel, speciellt hos äldre som i vissa fall har svårt att själva redogöra för sina biverkningar.

Enligt samverkansavtal med vårdcentralerna ska varje kund årligen erbjudas läkemedelsgenomgång. Kommunens sjuksköterskor förbereder genomgången enligt framtagna rutiner t ex provtagningar, symtomskattning genom Trigger (underlag för att utvärdera hur vårdtagaren mår), Phase 20, MNA (Mini Nutritional Assessment) samt MMT (Mini Mental Test). Handlingsplan för äldre och läkemedel 2011-2013 ska följas.

Det finns två olika typer av läkemedelsgenomgångar, enkel och fördjupad. MAS har tillsammans med verksamhetscheferna för samtliga vårdcentraler i kommunen kommit överens om att en fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas samtliga hemsjukvårdspatienter.

Vid en fördjupad läkemedelsgenomgång ska för varje ordinerat läkemedel:

- kontrolleras att det finns en indikation för läkemedlet,
- behandlingseffekten värderas,
- bedömas hur doseringen av läkemedlet förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner,
- utvärderas om läkemedlets biverkningar, risken för biverkningar eller risken för interaktioner är större än nyttan av läkemedlet och
- nyttan med läkemedlet i förhållande till patientens övriga läkemedel och behandlingar värderas

7.1 Genomförda aktiviteter

Samtliga kunder som bor i kommunens äldreboenden har blivit erbjudna fördjupade läkemedelsgenomgångar. Det är få som tackar nej till detta. Nytt för 2013 var att apotekare var med på läkemedelsgenomgångarna.

Hemsjukvårdspatienter som bor i ordinärt boende blir också erbjudna läkemedelsgenomgångar, det genomförs på vårdcentralen. Kommunens sjuksköterska förbereder på samma sätt som för kunder på särskilda boenden.

7.3 Förslag till förbättringar

- att under 2014 erbjuda alla nyinflyttade kunder läkemedelsgenomgång

- att samverka med sjukhuset gällande fokuspatienter

Utöver dessa punkter ska vi arbeta med huvudområden inom SKL satsning:

God läkemedelsbehandling för äldre, den omfattande läkemedelsanvändningen bland äldre innebär en påtaglig risk för biverkningar och negativa läkemedelsinteraktioner. Det krävs fortsatt förbättrad läkemedelsanvändning för personer som är 75 år och äldre.

1. Olämpliga läkemedel för äldre bör endast användas om det finns välgrundad och aktuell indikation samt att nyttan står i rimlig proportion till riskerna
2. Psykosläkemedel vid allvarliga beteendesymtom, demens, psykotiska symtom och psykosjukdom ger ofta biverkningar som passivitet och kognitiv störning. De ger dessutom en ökad risk för stroke och förtid död hos äldre med demenssjukdom. Läkemedel med antiinflammatoriska effekter medför vid behandling av äldre en ökad risk för sår och blödningar i mag-/tarmkanalen, vätskeretention, hjärtinkompensation samt nedsatt njurfunktion.

8. Basal vårdhygien

I hälso- och sjukvårdslagen står att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. På grund av vårdrelaterade infektioner är det viktigt att personalen följer de hygienrutiner som finns. Många av de som bor på särskilda boenden behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Det är viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna i nära anslutning till hjälpen med personlig hygien. Det ska finnas tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till arbetskläder, skyddskläder och handskar.

Vid arbete i mottagningskök med hantering av mat ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

8.1 Genomförda aktiviteter

Fram till i slutet av 2013 låg mätning nere gällande infektionsregistrering. På grund av hög arbetsbelastning för sjuksköterskorna efter övertagandet av hemsjukvården prioriterades inte denna mätning. Under hösten beslutade MAS om att införa infektionsregistrering igen och då även för hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende.

Infektionsregistrering är en mätning som visar förekomst av olika risker för uppkomst av infektioner. Den visar bland annat antal kunder med urinkateter, förekomst av trycksår och andra sår. Den visar även antal infektioner och hur många som behandlats med antibiotika.

Eftersom mätningen endast genomförts två månader under 2013 redovisas inte samtliga resultat.

8.2 Förslag till förbättringar

- att genomföra hygienronder på särskilda boenden och även i hemtjänsten
- att göra tillsyn ute i verksamheterna gällande följsamheten av basala hygienrutiner

9 Trycksår

Ett trycksår uppkommer när huden utsätts för tryck, det kan uppstå redan efter några timmar. Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer som t ex lågt näringsintag, nedsatt cirkulation och oförmåga att ändra läge på kroppen.

För att förhindra att trycksår uppkommer ska en riskbedömning göras för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen, och utifrån vad den visar ska åtgärder vidtas. När behov uppstår ska det finnas möjlighet att erbjuda tryckavlastande madrass eller kuddar. Det finns rutiner framtagna för hur tryckavlastning ska ske och ett "kit" med tryckavlastande produkter på varje enhet på äldreboenden.

9.1 Genomförda aktiviteter

En sårvårdsgrupp har tillsatts där det ingår sjuksköterskor från samtliga hemsjukvårdsteam, områdeschef och MAS. Sjuksköterskorna i sårvårdsgruppen har övergripande ansvar för vilka produkter som ska användas, vilka sårbehandlingar som är lämpliga till olika typ av sår, val av lämpliga sårförband mm. De ansvarar för att nyheter gällande sårvård sprids till kollegor samt för beställning av sårvårdsmaterial.

Under hösten anordnades en sårvårdsutbildning, har även haft sårvårdskonsulent som varit behjälplig i utvärdering av sårvårdsmaterial.

Arbete med riskbedömningar har kommit igång inom samtliga hemsjukvårdsteam. Omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal träffas regelbundet på analysträffar, där tas problem upp som handlar om till exempel kunder som har risk för trycksår.

9.2 Prevalens trycksår

Enligt sammanställning av infektionsregistrering för december 2013 är förekomsten av trycksår 1,9 (3,1) % på särskilt boende och 0,45 % i ordinärt boende.

9.3 Förslag till förbättringar

- att representanterna i sårvårdsgruppen sprider sin kunskap till övrig personal
- att ta fram tydlig struktur för vilket förbandsmaterial som ska användas

10 KAD – kvarliggande urinavledande kateter

Behandling med KAD ska alltid ordinerars av läkare.

Följande ska finnas dokumenterat i kundens hälso- och sjukvårdsjournal:

- ansvarig läkare
- indikation
- när KAD är satt
- när KAD ska bytas/tas bort

Urinvägsinfektion är en av de komplikationer som kan uppkomma i samband med KAD-behandling. För varje dygn med KAD ökar risken att få en urinvägsinfektion med 10 %.

10.1 Genomförda aktiviteter

Registrering av riskfaktorer och infektioner görs varje månad och skickas till MAS. Kunden registreras varje månad, som i detta fall kund med KAD.

10.2 Prevalens KAD

Enligt sammanställning av infektionsregistrering för december 2013 är förekomsten av KAD 13,5 (10,8) % på särskilt boende och 9 % ordinärt boende.

10.3 Förslag till förbättringar

- Sprida arbetssättet "KAD-bara när det behövs". Det är ett projekt som kommunen i samverkan med landstinget var med i under 2012. Det ligger för närvarande nere men förhoppning om att det ska komma igång igen i landstinget.

11. Nutrition

I säker vård med god kvalitet ingår också bedömning av risk för undernäring, utredning av orsak till undernäringstillstånd samt adekvat näringsbehandling, inklusive uppföljning. För kunden är god nutritionsvård lika medicinskt angeläget som till exempel läkemedel. Sjuksköterskan ansvarar för att riskbedömning görs vid inflyttning samt vid behov och att uppföljning sker regelbundet. För kunder i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas. Alla problem med nutrition ska dokumenteras i kundens hälso- och sjukvårdsjournalen.

Kosten som serveras på särskilda boenden är anpassad efter de näringsbehov som kunderna har.

11.1 Natfasta

Natfastan mäts en gång om året på samtliga kunder inom äldreomsorgen som bor på särskilda boenden. Natfastan mäts genom enkätundersökning som görs av personalen. Mätningen innefattar tre dygns måltiter.

Natfastan är den tid som går från tidpunkten för kvällens sista måltid till påföljande dags första måltid. Socialstyrelsen använder natfastans längd som en kvalitetsindikator i öppna jämförelser, och rekommenderar att natfastan inte bör överstiga 11 timmar.

11.2 Resultat natfastemätning

Målet är att 80 % av kunderna ska ha en natfasta på elva timmar eller mindre. Resultat för 2013 visar att 61 (37) % har natfasta mindre än elva timmar.

Brobygården, Emmagården, Österliden och Österäng har i år visat en kraftig höjning av värdet från förra året vilket visar att de ändrat sina rutiner och arbetar mycket på att minska natfastan.

Det kan konstateras även i år är att det verkar vara svårt att hitta en bra rutin för nattmålshanteringen på de olika boendena. Vilket visas tydligt i mätningarna från åren tillbaka, det är väldigt varierande värden för varje boende från år till år.

Boende	Antal boende	Kortaste nattfastan	Längsta nattfastan	Medelvärde nattfasta	< 11 h	Antal palliativa	Andel procent 11 h eller lägre
Brobygården	38	2:45	17:00	12:59	99	2	87%
Bäckagården	27	2:50	15:45	10:48	55	4	68%
Ekebogården	32	2:55	17:30	12:17	67	3	71%
Emmagården	12	2:55	16:00	11:02	24	2	66%
Kvarngården	33	1:30	19:00	9:07	46	8	46%
Norrgården (Solgläntan)							
Näverbyn	8	3:15	13:15	11:04	13	0	54%
Tomasgården	34	1:50	16:10	9:51	40	5	40%
Österliden	33	1:50	17:00	10:14	53	3	53%
Österäng	27	2:40	16:00	11:00	51	3	63%
Vetlanda kommun totalt:	244	01:30	19:00	10:56	448	30	61%

11.3 Förslag till förbättringar

- att erbjuda alla kunder enkla nattmål t ex LIVA, glass, näringsdryck, ostbågar eller choklad
- ha ett kostombud på någon natt tjänst vilket gör att den personen tar ett ansvar för nattmål och förfrukost
- ha en lista på vilka kunder som nattpersonalen ska ställa in nattmål till
- ta med något in till kunden när de larmar på natten
- sättet att servera nattmålet är också viktigt
- skapa en rutin så att alla "ska" få nattmål och ev. ställa in detta redan på sen kväll
- ta lärdom av varandra

12. Fall och fallskador

Många människor har genom ålder eller sjukdomstillstånd en ökad risk för fallskada. Varje år avlider minst 1 400 personer i Sverige efter fallolyckor och fler än 70 000 personer behöver sjukhusvård för skador som de har fått vid ett fall.

Var tredje person som är 65 år eller äldre och bor i eget boende faller minst en gång per år. I särskilda boenden för äldre är frekvensen fall den dubbla, och även på sjukhus inträffar många fallolyckor. Ungefär 10 procent av fallolyckorna resulterar enligt svensk statistik i en allvarlig skada och 1-2 procent i en höftfraktur.

I Sverige inträffar 18 000 höftfrakturer varje år, varav de allra flesta orsakas av fall. Förutom det lidande som en höftfraktur innebär för den som drabbas så är det också en merkostnad för landsting och kommuner på 150 000 – 200 000 kronor det första året efter olyckan.

(Källa: Socialstyrelsen)

12.1 Genomförda aktiviteter

En arbetsgrupp från vård- och omsorgsförvaltningen i samverkan med räddningstjänst håller på att arbeta fram en plan för att minska fallolyckor.

Ett nytt arbetssätt har påbörjats där samtliga nya kunder inom korttidsvård, särskilt boende samt ett försöksområde i hemtjänsten erbjuds ADL- bedömning av arbetsterapeut.

ADL betyder Aktiviteter i Dagliga Livet. ADL-träning innebär just träning av vardagliga aktiviteter som duschning, städning, tvätt och matlagning. Att kunna utföra vardagsaktiviteterna är viktigt både för en självständig livsföring och för livskvaliteten. Träningen är därför en del i rehabiliteringen efter skada eller sjukdom som lett till funktionsnedsättningar.

12.2 Mätning av fallolyckor

Verksamheterna registrerar fallolyckorna enligt vård- och omsorgsförvaltningens rutiner.

Under 2013 rapporterades det in 940 (918) avvikelser gällande fall inom särskilda boenden.

Inom äldreomsorgens särskilda boenden inträffade 782 fallolyckor::

98,5 % inomhus

46,5 % dagtid

53,5 % kvälls- och nattetid

Det var 8 % av fallolyckor som orsakade skada hos kunden. 2 % av dessa orsakade fraktur.

Inom äldreomsorgens korttidsvård inträffade 129 fallolyckor:

Det var endast en fallolycka som inträffade utomhus.

39,5 % dagtid

60,5 % kvälls- och nattetid.

Det var 26 % av fallolyckorna som orsakade skada hos kunden. 2, 3 % av dessa orsakade fraktur.

Inom funktionshinderomsorgen är endast 29 fallolyckor inrapporterade för 2013. En av dessa ledde till fraktur.

Sedan hemsjukvården kom över till kommunen kan även fallolyckor gällande ordinärt boende redovisas. Det har rapporterats in 467 fallolyckor i ordinärt boende. Det är fallolyckor där personal från vård- och omsorgsförvaltningen rapporterat in fallet i avvikelssystemet. Det kan vara fallolyckor hos kunder som har trygghetslarm och som larmat eller där personal har varit då fallolyckan inträffade.

Sammanställning av fallolyckor i ordinärt boende ser ut enligt följande:

97 % inomhus

44,5 % dagtid

55,5 % nattetid

Det var 24 % av fallolyckorna som orsakade skada hos kunden. 2 % av dessa orsakade fraktur.

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

Fallolyckorna på särskilda boenden i Vetlanda kommun har ökat. Finns inga svar på varför. En anledning kan vara att åtgärder som larm, sänggrindar och bälten får inte användas i syfte att frihetsberöva en person. Får användas som skydd eller hjälpmedel när den enskilde samtycker till åtgärden. Detta utifrån att 2010 upphörde Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad att gälla. Svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska utsättas för tvång utan lagstöd.

Hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet.

12.3 Förslag till förbättringar

- att aktivt arbeta för att minska antalet fallolyckor
- att personalen arbetar förebyggande, det vill säga gör riskbedömningar
- att upplysa kunderna om hur man förebygger fallolyckor
- att teamet runt kunden förmedlar kunskap till kunden samt tar fram åtgärder om behov finns
- att sprida arbetssättet med erbjudande om ADL-bedömning på nya kunder

13. Samordnad vårdplanering

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhus. Rutiner för samordnad vårdplanering finns för Höglandets sjukvårdsområde. Finns även rutiner för hantering av Meddix, meddelandesystem för samordnad vårdplanering mellan kommun och landsting.

13.1 Förslag till förbättringar

att fortsätta att avvikelserapportera när rutiner inte följs.

14. Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter, MTP, används inom vård och omsorg. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska och det ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkten används. Det ska finnas bruksanvisning på svenska vid produkterna. Vissa produkter ska regelbundet kontrolleras av tekniskt utbildad personal.

Vård- och omsorgsförvaltningen har ett avtal med Medicintekniska avdelningen på Höglandssjukhuset i Eksjö. I avtalet ingår bland annat hjälp vid inköp samt utbildning av nya produkter.

Under 2013 införskaffades ny medicinteknisk utrustning utifrån behov sedan hemsjukvården kommit över. Bland annat har en bladderscan samt ett antal pulsoximetrar köpts in.

14.1 Sammanställning där medicintekniks produkt är involverad i avvikelser

Under 2013 rapporterades det in 6 (5) avvikelser där en medicinteknisk produkt var involverad. Fem av dessa avvikelser inträffade inomhus och en utomhus.

Produkter som var involverade var manuella rullstolar samt rollator. Orsakerna till avvikelserna var produktfel, bristande rutiner, handhavandefel samt otillräcklig instruktion.

14.2 Förslag till förbättringar

att rutiner och dokument inom området revideras.

15. Munhälsa

I Sverige har allt fler kvar sina egna tänder långt upp i åren. Många äldre har stora fyllningar och konstgjorda tänder. Förebyggande vård, men också reparationer och omgörningar är viktiga för att tänderna ska fungera bra.

När individen har ett stort behov av personlig omvårdnad större delen av dygnet har man rätt till kostnadsfri bedömning av munhälsan. Det gäller för personer som bor i särskilt boende, i gruppboende eller i det egna hemmet. Gäller även de som får hjälp enligt lagen om stöd och service (LSS) eller om har ett allvarligt psykiskt funktionshinder.

Kommunen ansvarar i samarbete med Landstinget för att alla som berörs erbjuds en munhälsobedömning. Bedömningen är frivillig och består av en enklare undersökning av munhålan och tänderna. I samband med besöket ger tandvårdspersonalen råd och anvisningar om den dagliga munvården. Tandvårdspersonalen, Oral Care, utbildar också vårdpersonalen för att du ska kunna få hjälp med munhygien.

För att få en bedömning av munhälsan och nödvändig tandvård behövs ett intyg. Intygen utfärdas av speciella intygsutfärdare, i Vetlanda är det sjuksköterskan som skriver dessa.

15.1 Sammanställning enligt tandvårdsenheten för 2013

Det är försämrade resultat utifrån tandvårdsenhetens sammanställning i jämförelse med resultaten 2012. Kan även se att det är fler kunder som tackar nej till uppsökande tandvård. Antal personal som blivit utbildade är mindre än tidigare år.

• Patient, antal berättigad	534 (569)
• Patient, uppsökta	305 (330)
• Patient, antal Nej-tack	200 (167)
• Munhygien, antal patienter God	134 (203)
• Munhygien, antal patienter Dålig	171 (61)
• Behandlingsbehov, antal patienter	30 (33)
• Personal, antal utbildade	82 (263)

15.2 Förslag till förbättringar

- att respektive områdeschef tar kontakt med tandvårdsenheten
- att personalen får utbildning
- att områdescheferna inom hälso- och sjukvården inventerar behov av fler intygsskrivare

16. Demens

Samtliga särskilda boenden använder BPSD-register, som är ett kvalitetsregister för vården av dementa. BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

BPSD-registrets syfte är att minska beteendemässiga och psykiska symtom och lidandet som detta innebär hos personer med demenssjukdom.

16.1 Genomförda aktiviteter

Målet var att alla på våra särskilda boenden med demensdiagnos skulle registreras i BPSD fram till 30 september 2013. Vid den inventering som gjordes under våren fanns det 103 personer med demensdiagnos. Det var 99 registreringar gjorda.

En samverkansgrupp med representanter från samtliga vårdcentraler har bildats. Detta utifrån att ansvarsgränserna har ändrats sedan kommunen fick över hemsjukvården. Risk finns för att kunder med demenssjukdom hamnar i kläm om inte samverkan sker.

Demenssjuksköterskan i kommunen är sammankallande för gruppen. I gruppen ingår även MAS, biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjuksköterska.

16.2 Förslag till förbättringar

- fortsätta att utbilda i BPSD
- fortsätta att använda BPSD register
- utveckla samverkansgruppen och ta fram struktur för arbetet

17. Dokumentation

Dokumentation enligt Hälso- och sjukvårdslagen sker digitalt i Procapita. Dokumentationen sker enligt sökordsträd ICF - International Classification of Functioning, svensk översättning - Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Samtliga hälso- och sjukvårdspersonal, dvs. sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor, dokumenterar i gemensam hälso- och sjukvårdsjournal. Den samlade journalföringen främjar patientsäkerheten så att dubbeldokumentation undviks.

Omvårdnadspersonalen signerar delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser på papper.

17.1 Genomförda aktiviteter

För personalen som kom över från landstinget vid övertagandet av hemsjukvården, har det varit stor irritation för att inte ha tillgång till landstingets journalsystem i Cosmic.

För att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha tillgång till landstingets information om patienterna har kommunerna tillgång Nationella patientöversikten, NPÖ. Det är en sammanhållen journal. Tyvärr har inte NPÖ fungerat fullt ut någon gång under 2013, vilket innebär att det är tungarbetat för hälso- och sjukvårdspersonalen och patientsäkerheten inte alltid kan upprätthållas.

17.2 Förslag på förbättringar

- att under 2014 förbereda för processbaserade dokumentationsmodellen för HSL, som tagits fram lokalt av kommunerna i Jönköpings län.
Precis som Socialstyrelsens nationella modell för socialtjänsten; Äldres behov i centrum, bygger den lokala modellen för HSL på arbetet med Nationell informationsstruktur och Nationellt fackspråk. Modellerna syftar till att stärka ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt utifrån ICF inom äldreomsorgen.
- att ett verktyg för kommunikering mellan landsting och kommun tas fram i länet

Slutord

Genom att följa upp och kvalitetsbedöma de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs kan verksamhet och kompetens hela tiden utvecklas. Kunden ska känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården i kommunen och personalen ska arbeta för att minska vårdskador. Vi ska underlätta för kund och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra till dem att komma in med synpunkter.

Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas kontinuerligt i varje område. Avvikelser, synpunkter och risker bör tas upp i analysgrupperna för att i sin tur leda till förändringar som leder till förbättringar för kunden.

Patientsäkerhetsberättelsen bör användas som underlag i säkerhetsarbetet under kommande år. Angivna förbättringsförslag ska inte ses som ett fullständigt åtgärdsprogram utan som ett förslag till flera olika lösningar. Områdeschefer ansvarar tillsammans med övrig personal för att enheterna arbetar fram färdiga åtgärdsprogram för just sin enhet för att stärka patientsäkerheten.

Uppföljning sker i samband med upprättande av 2014-års patientsäkerhetsberättelse.

Under 2013 har det varit fokus på hemsjukvården. Mycket arbete har varit att få fungerande tydliga rutiner och arbets sätt för hälso- och sjukvårdspersonalnen. Det leder i sin tur till hög patientsäkerhet för kunder i hemsjukvården.

Min sammanfattande bedömning är att den kommunala hälso- och sjukvården i förvaltningen är av god kvalitet utifrån de granskningar och uppföljningar som genomförts. Emellertid finns det områden som behöver utvecklas för att nå upp till intentionerna i de lagar, föreskrifter, nationella och lokala riktlinjer som finns. De områden som ur ett patientsäkerhetsperspektiv är extra viktiga att fokusera på under 2014 är enligt min bedömning:

- Att följsamheten till riktlinje för läkemedelshantering ökar.
- Att utbildningar och bedömningar genomförs enligt tandvårdreformen
- Att fortsätta implementeringen av kvalitetsregister som ett underlag för förbättringsarbete inom palliativ vård, demensvård och förebyggande insatser
- Att utveckla den interna samverkan ytterligare då detta är en förutsättning för en god vård och omsorg
- Att arbeta för att förebygga fallolyckor