

# Patientsäkerhetsberättelse 2015

**Vetlanda kommun  
Vård- och omsorgsförvaltningen**

Helen Karlsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Innehåll

.....	1
<b>Patientsäkerhetsberättelse.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Allmänt.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Syfte .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....</b>	<b>5</b>
3.1 Vård- och omsorgsnämndens ansvar.....	5
3.2 Verksamhetschefens ansvar .....	5
3.3 Medicinskt ansvarig sjukskoterskas (MAS) ansvar.....	5
3.4 Funktionschefens ansvar .....	6
3.4 Områdeschefens ansvar.....	6
3.5 Alla medarbetare .....	6
<b>4. Övergripande mål och strategier.....</b>	<b>7</b>
4.1 Verksamhetens vision .....	7
4.2 Verksamhetsidé .....	7
4.3 Målarbete 2015.....	7
<b>5. Struktur för uppföljning/utvärdering .....</b>	<b>8</b>
5.1 Tillsyn .....	8
5.2 Avvikelse rapportering.....	8
5.3 Nattfastemätning .....	9
5.4 Mätning VRI, vårdrelaterade infektioner .....	9
5.5 Mätning av följsamhet vårdhygien .....	9
5.6 Mätning via Kvalitetsregister .....	9
5.7 Loggkontroll .....	9
5.8 Mätavla - Bättre liv för de mest sjuka äldre i Jönköpings län.....	9
<b>6. Samverkan för patientsäkerhet .....</b>	<b>9</b>
6.1 Samverkan med Region Jönköpings län regleras av olika avtal.....	10
6.2 Samverkan Region Jönköpings län och övriga sjukvårdshuvudmän.....	10
6.3 Samverkan Höglandets Räddningstjänstförbund .....	12
6.4 Anhörigstöd.....	12
6.5 Samverkan med patienter och närstående .....	12
6.6 Intern samverkan .....	12
<b>7. Riskanalys.....</b>	<b>13</b>

7.1 Analysträff.....	13
7.2 Senior alert.....	13
<b>8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</b>	<b>13</b>
8.1 Avvikelser .....	13
8.2 Rapport avvikelse .....	13
<b>9. Klagomål och synpunkter .....</b>	<b>14</b>
<b>10. Patientsäkerhet- arbete och åtgärder .....</b>	<b>14</b>
Läkemedelsprojektet - optimerad läkemedelshantering för patienter i ordinärt och särskilt boende.....	14
Läkemedelshantering, Webbutbildning för delgering av läkemedel.....	14
Läkemedelsgenomgångar .....	14
Trycksår och andra sår .....	15
Basal vårdhygien .....	15
Nutrition - nattfasta .....	15
Vårdplanering i hemmet .....	15
Medicintekniska produkter.....	15
<b>11. Sammanställning avvikelser och analys.....</b>	<b>16</b>
11.1 Avvikelser .....	16
11.2 Allvarliga vårdskador.....	18
11.3 Vårdrelaterade infektioner (VRI) .....	19
<b>12. Plan för införandet av Välfärdsteknologi inom Vård- och omsorgsförvaltningen.....</b>	<b>19</b>
<b>Slutord .....</b>	<b>21</b>

## Sammanfattning

Avvikelse rapportering utgör grundpelaren i patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetens personal har genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser bidragit till en ökad patientsäkerhet. Förutom en mängd läkemedelstillbud och fallrapporter har interna avvikelser rapporterats och avvikelser har skrivits i samverkan med andra vårdgivare. En händelse ledde till anmälan enligt lex Maria.

Patienter och närståendes synpunkter och klagomål har betydelse för patientsäkerhetsarbetet och har hanterats enligt gällande rutin. Klagomål från anhöriga har föranlett yttrande till Inspektionen för vård och omsorg. Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet genom dialog med personal på olika nivåer i verksamheten.

Bristen på utbildad personal är oroande och kan leda till risker inom patientsäkerheten. En annan risk gällande patientsäkerhet är den stora omsättningen på chefer, hälso- och sjukvårdspersonal samt övrig personal. Områdescheferna lägger mycket tid på att rekrytera kompetent personal vilket kan innebära att andra delar i chefernas ansvar inte får tillräckligt med fokus.

Kvalitetsregister som använts under året har bidragit till mer strukturerade arbetssätt och bidrar till underlag för fortsatt utveckling för att stärka en trygg och säker vård. Antal patienter som registrerats i BPSD och Senior Alert har minskat trots att hälso- och sjukvårdens team använder Senior Alert i sitt arbete för riskbedömning. Förvaltningen har fått igång fungerande mötesplatser, analysträffar, där patientens behov diskuteras.

Patientsäkerheten har ökat under året genom att personalen fått utbildning inom olika områden samt att olika projekt har pågått. All personal har gått eller kommer att gå utbildning i "Första hjälpen till psykisk hälsa". Inom funktion hälso- och sjukvård har projekt pågått inom områden som läkemedel och sårvård. Ett nytt bokningssystem för patientbesök har införts, "Att göra lista".

De styrande dokument som tagits fram och implementerats, såsom rutiner och arbetsinstruktioner är betydande för patientsäkerheten.

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2015 utbildat flera Esthercoacher. En ny tjänst är inrättad, Esthersamordnare, som har i huvuduppgift att sprida information om Esther på lokal nivå samt vilka förbättringsarbeten som pågår eller är genomförda. Samordnarens uppgift är även att handleda övriga coacher som finns idag.

Både inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen pågår projekt för att utveckla och höja kvaliteten. För att säkra kvaliteten görs kontinuerliga uppföljningar genom bland annat brukarundersökningar och kvalitetsmätningar. Åtgärdsplaner arbetas fram utifrån resultat.

## 1. Allmänt

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

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

## 2. Syfte

Enligt 3 kap 1§ i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården.

## 3. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### 3.1 Vård- och omsorgsnämndens ansvar

Vård- och omsorgsnämnden utgör vårdgivare enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### 3.2 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen, funktionschef för hälso- och sjukvård, skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### 3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

MAS utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ska på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

### 3.4 Funktionschefens ansvar

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

1. Hälso- och sjukvård
2. Hemtjänst
3. Särskilda boende för äldre
4. Funktionshinderomsorg
5. Myndighetsutövning och service

Funktionschefen ska bland annat genom en god omvärldsbevakning och helhetssyn planera och bygga upp långsiktiga strategier och driva utvecklings- och kvalitetsarbete för att uppnå funktionens mål och vision. Ha en helhetssyn och ett övergripande ansvar som syftar till att funktionen lever upp till gällande lagstiftning, politiska beslut, samt kommunens riktlinjer och styrdokument. Funktionschefen har ansvar för att leda, planera, utveckla och fördela resurser inom funktionen, för att tillförsäkra patienten bra levnadsvillkor.

### 3.5 Områdeschefens ansvar

På vård- och omsorgsförvaltningen finns ett antal områdeschefer som är underställda funktionscheferna. Dessa ansvarar för olika verksamheter inom särskilt boende, hemtjänst, gruppboendestäder, personlig assistentgrupper, hemsjukvård, korttidsvård, palliativ vård och så vidare.

Områdeschefen verkställer bland annat beslut och har ansvar för att leda, planera, utveckla och fördela resurser inom sitt område, för att tillförsäkra patienten trygghet, valfrihet, självbestämmande och ett individuellt bemötande. De ska tydliggöra och bryta ner funktionens mål och driva utvecklings- och kvalitetsarbete inom området.

### 3.6 Alla medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Personal som utför delegerade arbetsuppgifter efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

## 4. Övergripande mål och strategier

Under 2015 har arbete pågått, och kommer att pågå under 2016, med att bygga ett ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet är ett verktyg för att uppnå kvalitet. Det är ett stöd för både ledning och medarbetare att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten.

Vård- och omsorgsförvaltning är under en ständig utveckling, allt för att patienten vid olika behov ska få en individuellt anpassad vård och omsorg med hög kvalitet.

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter, så som:

- Nationella riktlinjer
- Kvalitetsdokument
- Mål och strategi
- Servicedeklarationer med värdighetsgarantier
- Ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbete

### 4.1 Verksamhetens vision

Vi ska inspirera och motivera människor till ett självständigt liv med livskvalitet.

### 4.2 Verksamhetsidé

Vi ska genom förebyggande och individuella insatser skapa trygghet och delaktighet för individer och grupper med olika behov. Verksamheten skall bedrivas med god kvalitet, ett bra bemötande och respekt för den enskilde.

### 4.3 Målarbete 2015

#### 4.3.1 Nämndens mål

”Omsorgen ska kännetecknas av ett kundanpassat utbud avseende trygghetsskapande åtgärder av god kvalitet för att kunna leva ett mer oberoende och självständigt liv.”

#### *Funktion Hälso- och sjukvårdens mål*

Arbeta för att identifiera patienter som har en för lång nattfasta. Vid behov planera och utföra relevanta åtgärder, som ska vara individuellt anpassade. Kvalitetsregistret Senior Alert används som riskbedömningsverktyg.

- Patienter på särskilt boende ska inte ha en nattfasta som överstiger 11 timmar
- Varje hemsjukvårdspatient ska ha en patientansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast

#### 4.3.2 Nämndens mål

Omsorgen ska kännetecknas av hög tillgänglighet och respekt för individen.

#### *Funktion Hälso- och sjukvårdens mål*

Den palliativa vården ska präglas av god kvalitet den sista tiden i livet och ett värdigt slut. Palliativ vård ska kunna bedrivas på den plats där patienten önskar t.ex. i det egna hemmet. Funktionen ska sprida och utveckla den palliativa verksamheten i den riktning som anges i de nationella målen för ”Bättre liv för sjuka äldre 2013”.

- 100 % av aktuella patienter skall smärtskattas minst en gång under sista levnadsveckan
- Munhälsobedömning/vård ska göras enligt lokal rutin

### **4.3.3 Nämndens mål**

Folkhälsoperspektiv som grund för livskvalitet.

#### **Funktion Hälso- och sjukvårdens mål**

Funktionen ska sprida ett preventivt förhållningssätt för att bidra till en hög livskvalitet för patienten. T.ex. förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen ska vara en del av det dagliga arbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal inom funktionshinderomsorg arbetar med hälsa och prevention inom området.

- Senior Alert skall erbjudas 1 gång/år och därutöver vid behov. Patientansvarig sjuksköterska är ansvarig för att alla med samtycke erbjuds en riskbedömning
- Arbetet med hälsobedömningar inom funktionshinderomsorgen påbörjas

### **4.3.4 Nämndens mål**

Habilitering och rehabilitering skall erbjudas människor med funktionsnedsättning så att de kan uppnå att behålla största möjliga självständighet och funktionsförmåga

#### **Funktionen hälso- och sjukvårdens mål**

Patienter ska ges möjlighet att få träna och rehabiliteras/habiliteras i sitt ordinära boende dvs. hemrehabilitering/habilitering ska erbjudas.

- Personer som har behov av hemmet som träningsmiljö eller har svårt att ta sig till vårdcentralen skall erbjudas träning i hemmet av sjukgymnast alt. arbetsterapeut
- Antal patienter som erbjuds hemrehabilitering ska öka

Resultat redovisas under rubrik Resultat.

## **5. Struktur för uppföljning/utvärdering**

Ledningen följer upp verksamheternas patientsäkerhetsarbete via olika återkommande mätningar. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ingår i vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp samt i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. I dessa grupper redovisas och analyseras bland annat mätningar som rör patientsäkerhet. Åtgärder utifrån resultat tas fram samt beslut om uppföljning. Områdescheferna har sedan ansvar att föra det vidare informationen till övrig berörd personal.

### **5.1 Tillsyn**

Sedan hösten 2015 genomför medicinskt ansvarig sjuksköterska och socialt ansvarig samordnare intern och extern tillsyn som en del i kvalitetsarbetet. En del av tillsynen bygger på intervjufrågor till personalen inom den granskade verksamheten. Frågorna är viktade och ger ett totalt medelvärde för varje enhet som kan jämföras med övriga jämförda tillsynsresultat.

Resultat och en sammanfattande reflektion delges ansvarig områdeschef samt funktionschef. Utifrån resultat föreslås åtgärder och en tidsplan. Konstateras riskområden vid tillsyn som kan röra fler verksamheter tas det upp på förvaltningens ledningsgrupp.

Tillsyn görs både föranmäld och oanmäld.

Redovisning av tillsynen redovisas i kvalitetsberättelsen som tas fram av socialt ansvarig samordnare.

### **5.2 Avvikelseberättelse**

Avvikelseberättelserna analyseras, kategoriseras, följs upp samt fungerar 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.



### 5.3 Mätning nattfasta

Mätning av hur lång nattfastan är för de som bor på särskilda boenden för äldre görs minst en gång per år. Resultatet analyseras i en arbetsgrupp som består av kostchef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, nutritionssjuksköterska samt områdeschef för hälso- och sjukvård. Gruppen tar tillsammans med områdescheferna fram åtgärder utifrån resultaten.

### 5.4 Mätning VRI, vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Den viktigaste metoden för att förhindra spridning av smitta mellan patienter och mellan personal och patienter är att tillämpa basala hygienrutiner i allt vårdarbete. Risken för VRI ökar när patienten bland annat har KAD, kvarliggande urinledande kateter, sår samt andra öppningar i huden.

Som en del av kvalitetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården registreras olika sår och andra parametrar som ökar VRI. Olika infektioner registreras också, det gäller både antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner.

### 5.5 Mätning av följsamhet vårdhygien

Områdescheferna fyller årligen i en kvalitetsdeklaration för basal vårdhygien och lämnar till medicinskt ansvarig sjuksköterska som sammanställer och redovisar resultaten.

### 5.6 Mätning via Kvalitetsregister

Användningen av befintliga kvalitetsregister, Senior Alert, BPSD och Palliativregistret medverkar till att patientsäkerhetsrisker identifieras.

### 5.7 Loggkontroll

IT-sjuksköterska ansvarar för att rutiner gällande loggkontroll av hälso- och sjukvårdspersonalen följs. Redovisning lämnas till medicinskt ansvarig sjuksköterska en gång i månaden.

### 5.8 Mätavla - Bättre liv för de mest sjuka äldre i Jönköpings län

Den nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre" är avslutad. I Jönköpings län fortsätter det länsgemensamma arbetet genom strategi- och handlingsplanen "Bättre liv för sjuka äldre i Jönköpings län". Resultatet redovisas på läns- och kommunnivå. Detta innebär att vi kan följa mätningar och resultat från följande områden:

- god vård vid livets slut
- preventivt arbetssätt
- god vård vid demenssjukdom,
- god läkemedelsbehandling för äldre
- sammanhållen vård och omsorg

### 5.9 Palliativa vården

Sammanställs i en egen rapport, Palliativ vård 2015.

## 6. Samverkan för patientsäkerhet

### 6.1 Samverkan med Region Jönköpings län regleras av olika avtal

- Egenvård
- e-Hälsa
- Rehabiliteringen
- Hemsjukvården
 

En gemensam värdegrund har tagits fram, vi utgår från patientens behov, vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser
- Hjälpmedelscentral
- Lokala samverkansavtal med vårdcentralerna
- Läkarmedverkan i särskilda boendeformer
- Psykisk funktionsnedsättning
- Samordnad vårdplanering
 

För att trygga informationsöverföringen mellan de olika huvudmännen finns ett gemensamt länsövergripande IT-stöd för samordnad vårdplanering, Meddix
- Samordnade insatser
- Smittskyddsensheten Jönköping
- Uppsökande av tandvård

### 6.2 Samverkan Region Jönköpings län och övriga sjukvårdshuvudmän

Hälso- och sjukvård och socialtjänsten i länet samverkar inom en rad olika områden. Det rör allt från folkhälsa för friska till vård och omsorg om de mest sjuka.

Samverkan sker bland annat med läkemedelskommittén, Palliativa vårdenheten (PVE), Esther nätverk, rehabiliteringen, barnkliniken med flera.

#### 6.2.1 Lokal samverkan med vårdcentralerna

Det finns en struktur för lokal samverkan mellan Vetlanda kommun och vårdcentralerna i kommunen. Medicinskt ansvarig sjuksköterska 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.

#### 6.2.2 Samverkan med LOV företag samt Vardaga

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare samt funktionschef för myndighetsutövning och service ansvarar för samverkan med LOV företagen och Vardaga.

#### 6.2.3 Esther - nätverk för vårdssamverkan

Esthernätverket är ett samarbete mellan kommunerna, primär- och slutenvården i region Jönköpings län. Esther är en symbolisk patient med vårdbehov som kräver samordning mellan sjukhus, primärvård, hemsjukvård och kommunal omsorg. Det innebär att Esther kan vara i alla åldrar.

**Vision:** Esther ska uppleva trygghet och oberoende samt leva ett självständigt liv som förstärks av ett handlingskraftigt nätverk.

För att få till personcentrerad vård används en enkel återkommande fråga: "Vad är bäst för Esther?" För att Esthernätverket ska vara hållbart krävs det att många är engagerade och "bär" nätverket. Därför utbildar nätverket Esthercoacher som arbetar för att sprida "Estherandan" i

sina verksamheter. Coacherna är utbildade i förbättringskunskap samt patientfokus och har som uppgift att stödja pågående utvecklingsarbete som leder till högre livskvalité och ökad trygghet för Esther. I vård- och omsorgsförvaltningen finns för nuvarande cirka 15 utbildade Esthercoacher och 7 som är under utbildning.

#### **6.2.4 Vård och omsorg vid demenssjukdom**

Vård- och omsorgsförvaltningen samverkar med primärvården gällande demensvården. Vid demenssjukdom är det viktigt med tidig upptäckt, utredning och diagnos. Det är två olika kvalitetsregister som används för att säkerställa och utveckla demensvården Vårdcentralerna använder Svenska Demensregistret (SveDem), personalen på särskilda boenden använder Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD).

#### **6.2.5. Samverkansrutiner vid in- och utskrivning**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:27) sker samverkan vid in- och utskrivning med slutenvården av patient beträffande informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Dessa syftar till att skapa en struktur för informationsöverföring och samverkan mellan olika vårdgivare i de fall kommunen kan få ett betalningsansvar enligt lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, betalningsansvarslagen.

#### **6.2.6 Vård och omsorg i livets slutskede**

Vård- och omsorgsförvaltningen samverkar både med specialistsjukvården och med primärvården gällande den palliativa vården.

#### **6.2.7 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Rutiner för rapportering av avvikelser mellan vårdgivare finns genom nätverket Esther. Respektive sjukvårdshuvudman svarar skriftligt på avvikelser och redovisar vilka åtgärder som vidtagits.

#### **6.2.8 Beslutsstöd för sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård**

Kommunerna i länet tillsammans med Region Jönköpings län, har i den gemensamma strategi och handlingsplanen inom Äldreområdet infört beslutsstöd under 2015.

Beslutsstöd är ett verktyg för systematiska bedömningar som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Det bygger på en strukturerad klinisk bedömning och används av sjuksköterskor, främst inom kommunal hälso- och sjukvård, som stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske för patienten och informationsöverföring till nästa vårdgivare, primärvård, ambulans eller akutsjukvård ska säkras. Målet är att arbetssättet ska bidra till sammanhållen vård och omsorg.

#### **6.2.9 Fokuspatienter**

Kommunen har i samverkan med primärvården arbetat fram rutiner för "Fokuspatienter". Patienter med hög risk för återinskrivning ska identifieras och en snabb och standardiserad rapportering ska ske mellan olika vårdnivåerna. Den förbättrade utskrivningsprocessen bidrar till att skapa en mera sammanhållen vård och ökad kvalitet i omhändertagandet av patienterna under vårdtiden samt vid övergångar och utskrivningar.

Primärvården har en samordnande roll i vården av de mest sjuka och invånare med kroniska sjukdomar.

### **6.2.10 SIP, samordnad individuell plan**

Region Jönköpings län har överenskommelser om samordning för enskilda personer med behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Sedan den 1 januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet i HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av stöd med samordning av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. SIP förutsätter att den enskilde/vårdnadshavare samtycker, och bör påbörjas utan dröjsmål.

### **6.3 Samverkan Höglandets Räddningstjänstförbund**

Representanter från vård- och omsorgsförvaltningen, vårdcentraler samt Höglandets Räddningsförbund utgör *Säkerhetsgrupp för äldre*. Gruppen arbetar bland annat med att minska fallolyckor till exempel genom årlig "Säkerhetsdag för äldre". Gruppen samverkar med pensionärsorganisationer.

### **6.4 Anhörigstöd**

Att anhöriga får stöd för att förebygga fysisk, psykisk och social ohälsa är ett viktigt uppdrag för kommunen. Sedan några år tillbaka är stöd till anhöriga en rättighet enligt Socialtjänstlagen (5 kap. 10§ SoL). Med anhörig avses en person inom familjen, släkten eller vänkretsen som stöder, hjälper eller vårdar en närstående som inte längre klarar av vardagen på egen hand. Kommunen, primärvården och organisationer erbjuder olika former av stödinsatser som kan underlätta för anhöriga oavsett ålder och diagnos.

Anhörigstöd kan också innebära avlösning/avlastning i form av avlösning i hemmet, korttidsboende och/eller dagverksamhet för den som vårdas.

### **6.5 Samverkan med patienter och närstående**

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

I samband med ett dödsfall erbjuds närstående efterlevandesamtal med en sjuksköterska alternativt undersköterska. 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 patienter med demenssjukdom och deras anhöriga samverkar demenssjuksköterskan med andra vårdgivare.

### **6.6 Intern samverkan**

För att öka patientsäkerheten och förebygga vårdskador krävs även intern samverkan. Förvaltningen är organiserad i olika funktioner, hälso- och sjukvård, hemtjänst, äldreomsorg, funktionshinder och myndighet. Det innebär att samverkan och kommunikation inom förvaltningen är extra viktigt för att se till hela patienten. Fungerande analysträffar där alla professioner samlas en gång var femte vecka är ett sätt att öka patientsäkerheten. Intern samverkan sker även via teamträffar och olika arbetsgrupper som till exempel sårvårdsgrupp, inkontinensgrupp, läkemedelsgrupper mm.

## 7. Riskanalys

### 7.1 Analysträff

På vård- och omsorgsförvaltningen finns så kallade analysträffar. Detta är inplanerade, strukturerade korta möten då de olika professionerna som finns runt patienten inom kommunens egna verksamheter gemensamt planerar för bästa möjliga vård och omsorg. Detta görs bland annat genom analys av inkomna avvikelser samt genom riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar utifrån individens behov. Verktyg som används för detta är bland annat nationella kvalitetsregister ex. Senior alert och BPSD.

### 7.2 Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. Det ska utgöra ett stöd i det systematiska förbättringsarbetet runt fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Genom att registrera riskbedömningar och åtgärder som ska vidtas förbättras det förebyggande arbetet och det blir möjligt att arbeta med att utveckla kvalitet och säkerhet i våra verksamheter och därmed skapa ett bättre liv för sjuka äldre. Verksamheten utför riskbedömningar på individnivå och vidtar åtgärder vid förhöjd risk.

Registreringen har omfattat personer över 65 år som är inskrivna i hemsjukvården.

## 8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Legitimerad personal, eller personal som fått medicinska arbetsuppgifter via en delegering, har enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 skyldighet att rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

### 8.1 Avvikelse

Avvikelserna kategoriseras efter avvikelsernas allvarlighetsgrad mellan 1 och 4.

- 1=Mindre (Obehag eller obetydlig skada, ingen märkbar konsekvens)
- 2=Måttlig (Övergående funktionsnedsättning, mindre skada ex blåmärke)
- 3=Betydande (Bestående måttlig funktionsnedsättning, större skada ex fraktur)
- 4=Katastrofal (Dödsfall/självmod, bestående funktionsnedsättning)

### 8.2 Rapport avvikelse

Rapporteringen av en avvikelse sker på olika sätt beroende på allvarlighetsgraden.

Allvarlighetsgrad 1 och 2 rapporteras till och utreds av patientansvarig hälso- och sjukvårdspersonal, allvarlighetsgrad 3 och 4 rapporteras till och utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

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.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att anmäla enligt lex Maria till IVO. 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.

Vård- och omsorgsnämnden, ledningsgruppen på vård- och omsorgsförvaltningen, chefsgrupper samt berörd personal informeras om lex Maria anmälan. Även avvikelse enligt

kategori 3 och 4 som inte anmäls enligt lex Maria informeras om på samma sätt. Avvikelse enligt kategori 1 och 2 dokumenteras i ett avvikelsesystem som hälso- och sjukvårdspersonal samt områdeschefer har tillgång till. Dessa avvikelser diskuteras och följs upp.

Avvikelse enligt kategori 3 och 4 analyseras och utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska i samverkan med berörd personal och chefer, även patienten själv och närstående. Avvikelse kan även leda till intern tillsyn av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

## 9. Klagomål och synpunkter

Vetlanda kommun har information på hemsidan om hur klagomål och synpunkter på kommunens service eller tjänster lämnas in. Där beskrivs också att den som lämnat in en synpunkt eller klagomål får inom två arbetsdagar en bekräftelse med besked om vem som är handläggare. Inom tio arbetsdagar ska svar ges på hur sakfrågan hanteras.

Klagomål och synpunkter som inkommer från patient, närstående eller andra vårdgivare, Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) handläggs enligt samma rutin som avvikelser och klagomålshandlingen. Det innebär att det som rör hälso- och sjukvården inkommer till medicinskt ansvarig sjuksköterska för fortsatt handläggning. Erfarenheterna av det som inträffat ska tas tillvara och spridas i organisationen.

## 10. Patientsäkerhetsarbete och åtgärder

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits inom framförallt följande områden under 2015:

### Läkemedelsprojektet - optimerad läkemedelshandling för patienter i ordinärt och särskilt boende

Ett projekt där Region Jönköpings län i samverkan med kommunerna i länet och apotekare har pågått sedan april 2015 och kommer att avslutas under våren 2016. Projektet ska skapa arbetssätt för läkemedelshandling i ordinärt och särskilt boende som optimerar hur resurser i kommun och primärvård används och som minskar den tid som läggs på "onödiga" aktiviteter i läkemedelshandling. Fokus på arbetet har varit att öka användningen av dosdispenserade läkemedel, dvs. ApoDos.

### Läkemedelshandling, Webbutbildning för delegering av läkemedel

Många av de inkomna avvikelserna rör läkemedelshandlingen. För att öka kunskapen för de som har delegering för delar av läkemedelshandlingen har en utbildning för läkemedelsdelegering tagits fram av medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länet. Utbildningen sker på webben genom att personalen går igenom SKL:s utbildning, "Jobba säkert med läkemedel". För att vara aktuell för att få en delegering för läkemedelshandling ska personalen genomfört utbildningen och blivit godkänd på kunskapstestet som är kopplat till utbildningen.

### Läkemedelsgenomgångar

Samtliga patienter som bor i kommunens äldreboende erbjuds fördjupade läkemedelsgenomgångar, detta för att kunna upptäcka och förebygga läkemedelsfel.

Rutin är framtagna under 2015 för att nyinflyttade till särskilt boende ska erbjudas läkemedelsgenomgång. Genom att göra läkemedelsgenomgång vid inflyttning kan läkemedelsfel upptäckas.

Hemsjukvårdspatienter som bor i ordinärt boende erbjuds också läkemedelsgenomgångar som då genomförs på vårdcentralen. Kommunens sjuksköterska förbereder på samma sätt som för patienter på särskilda boenden

### **Trycksår och andra sår**

Ett projekt för att öka kunskapen om att förebygga sår samt sårhäkning har pågått under hösten 2015 och kommer att avslutas under våren 2016.

Målet med projektet och utbildningen är att få optimal sårhäkning med förbättrad livskvalitet för patienterna i Vetlanda kommun. Dessutom ses en kostnadsoptimering inom sårbehandlingsområdet.

I samband med projektet har det också startats ett nätverk för sårvårdsbehandling tillsammans med högländskommunerna. Ett gemensamt arbete och synsätt ger också möjlighet till bättre underlag vid upphandling av förbandsartiklar och ger bättre chanser till omvärldsbevakning kring sårbehandlingsprodukter och metoder. En sjuksköterska från varje kommun är representerad i nätverket.

### **Basal vårdhygien**

Utifrån att Socialstyrelsens tagit fram en ny föreskrift, Basal hygien i vård och omsorg, SOSFS 2015:10 har en arbetsgrupp tillsatts. Gruppen har under 2015 arbetat fram en handlingsplan för vad som behöver åtgärdas i de olika verksamheterna utifrån föreskriften.

Områdescheferna har i medarbetarsamtal med sin personal fyllt i en "Kvalitetsdeklaration" gällande basal vårdhygien. Detta för att öka kunskapen om vårdhygien. Respektive områdeschef har även lämnat in en "Kvalitetsdeklaration" gällande lokaler, utrustning, med mera inom området vårdhygien till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### **Nutrition - nattfasta**

Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att riskbedömning görs vid inflyttning samt vid behov och att uppföljning sker regelbundet. För patienter i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas. Alla problem med nutrition dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournal.

Nattfastan mäts minst en gång om året på samtliga patienter inom äldreomsorgen som bor på särskilda boenden. Nattfastan mäts genom enkätundersökning som görs av personalen.

### **Vårdplanering i hemmet**

Under hösten 2015 har en ny rutin tagits fram och antagits av förvaltningens ledningsgrupp gällande vårdplanering i hemmet. Det är aktuellt för patienter som vistats inom slutenvården och ska hem till sitt ordinarie boende och där slutenvården kallar till vårdplanering på grund av nytt eller förändrat behov av insatser.

Genom att möta patienten i hemmet skapas också förutsättningar för en trygg hemgång.

Närmaste vardag efter att patienten kommit hem gör biståndshandläggare hembesök tillsammans med berörda professioner.

### **Medicintekniska produkter**

Under året har ett arbete gjorts för att säkerställa hanteringen av inköpta medicintekniska produkter. Alla inköp ska vara uppmärkta med gul etikett med ID-nummer. Servicetekniker ansvarar för uppmärkning av produkterna.

Avtal för underhåll och inköp av medicintekniska produkter finns med MTA (Medicintekniska avdelningen) Höglandssjukhuset.

## 11. Sammanställning avvikelser och analys

Siffror inom ( ) avser 2014.

### 11.1 Avvikelse

Sammanlagt är det 1585 (1514) inrapporterade avvikelser under 2015. Av dessa bedömdes 14 som allvarlighetsgrad 3.

En händelse rörande dubbel dos insulin till patient anmäldes enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg, IVO.

#### 11.1.1 Samverkan/informationsöverföring

21 (36) avvikelser rapporterades under 2015 till andra vårdgivare. Det var avvikelser som inträffat på vårdcentral, sjukhus, psykiatrimottagning samt ambulansverksamhet.

Vård- och omsorgsförvaltningen fick in sju rapporter där andra vårdgivare ansåg att vård- och omsorgsförvaltningen orsakat avvikelsen.

Från anhöriga inkom det tre klagomål gällande vården. Ett av dessa kom från Inspektion för vård och omsorg, IVO.

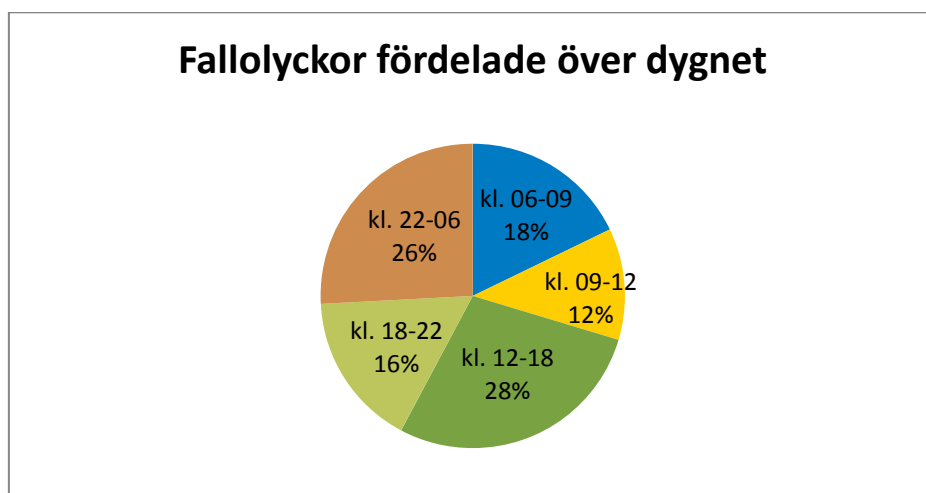
Kommentar:

Den vanligaste orsaken till avvikelse gällande samverkan/informationsöverföring är otydlig rapportering/kommunicering mellan vårdgivare samt mellan olika professioner i förvaltningen.

#### 11.1.2 Fall

Under 2015 rapporterades det 1173 (1008) fallolyckor. Utav dessa var det 27 (21) som orsakade någon slags fraktur och 145 (162) som orsakade sårskada. 23 av fallen skedde utomhus.

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

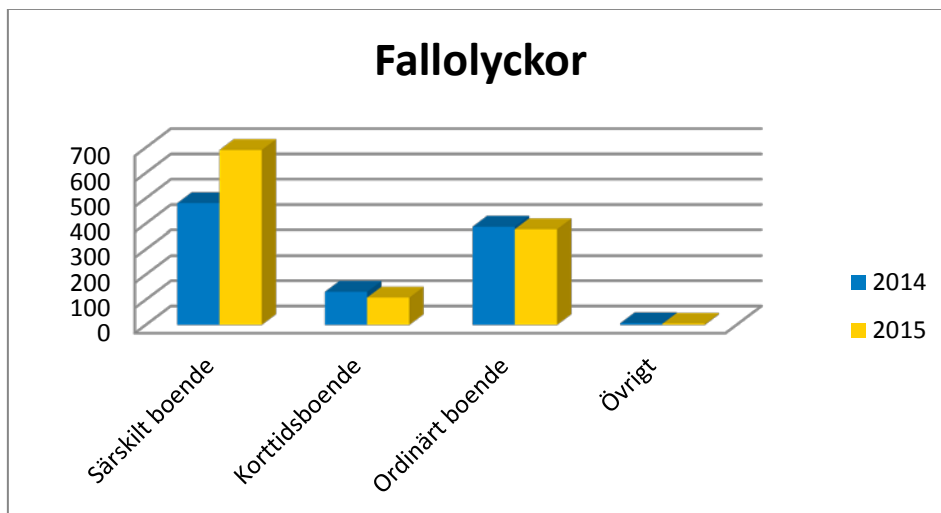


Kommentar:

De flesta fallolyckorna sker efter lunch och under eftermiddagen. Då är många uppe och rör på



sig. Det är en liten del av samtliga patienter som står för de flesta fallolyckorna. Det innebär att det kan vara en patient som ramlar ofta och ibland flera gånger per dygn trots att åtgärdsplaner har tagits fram.



Kommentar:

Fallolyckorna har under 2015 ökat trots att personalen arbetar med riskbedömningar, information till patienter om åtgärder för att minska fallolyckor mm. Detta är ett problem i hela landet.

Socialstyrelsen har fått två deluppdrag av regeringen med syfte att förhindra fallolyckor.

- Planera för och ta fram webbaserad utbildning om fallprevention riktad till verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 mars 2019.
- Att i dialog med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomföra en utbildningsåtgärdsplan riktad till äldre kvinnor och män om hur äldre själva kan skydda sig mot fallolyckor. Arbetet ska ske i nära samarbete med organisationer på äldreområdet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 mars 2017.

### **11.1.3 Medicintekniska produkter**

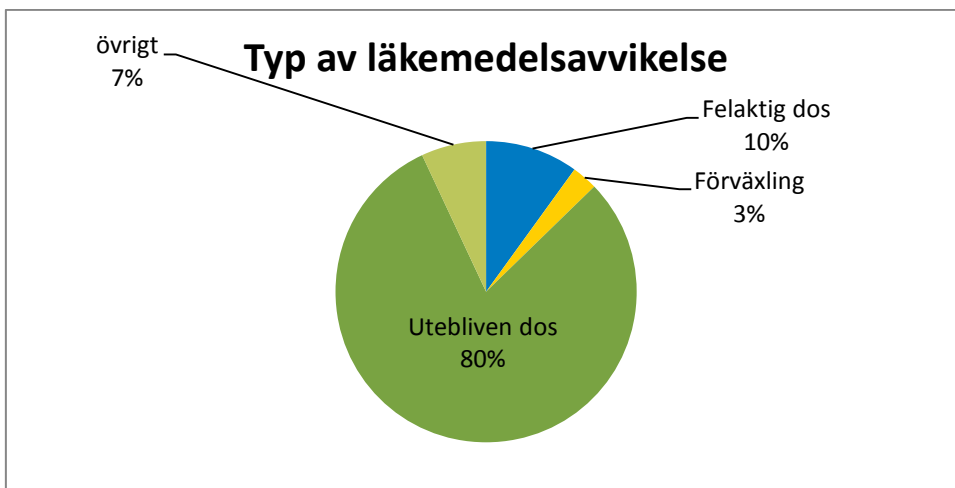
Under 2015 har det endast rapporterats en avvikelse på medicinteknisk produkt, denna kategoriseras som inte allvarlig.

### **11.1.4 Läkemedel**

Under 2015 rapporterades det in 401 (354) avvikelser gällande läkemedelshandling. Inom särskilda boenden har avvikelserna minskat och inom ordinärt boende ökat.

12 % av avvikelserna hade direkt påverkan på patienten, dvs avvikelsen orsakade extra kontroll, tillsyn eller läkarbesök.

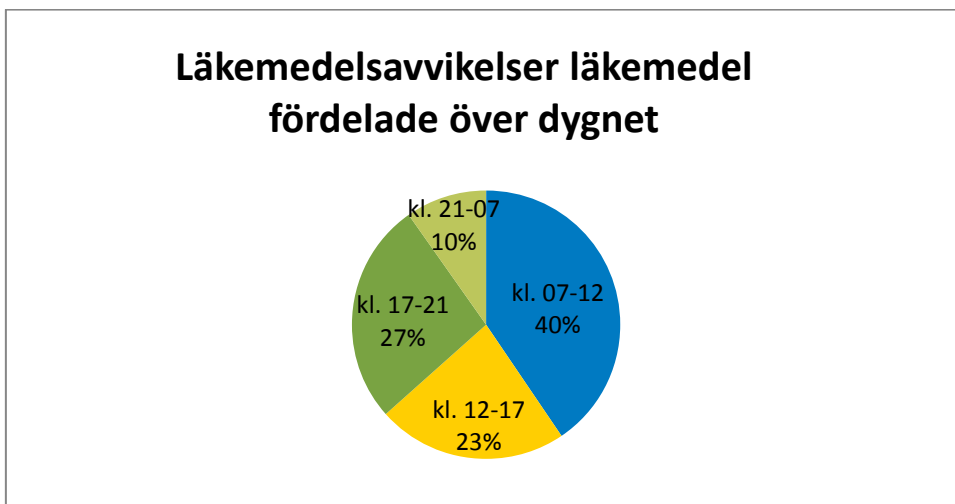
80 (79) % av avvikelserna var kvarglömda läkemedelsdoser. Det innebär att patienten inte fick sina läkemedel vid rätt tid. Personalen upptäckte vid ett senare tillfälle under dagen att patienten inte fått sina ordinerade läkemedel.



**Kommentar:**

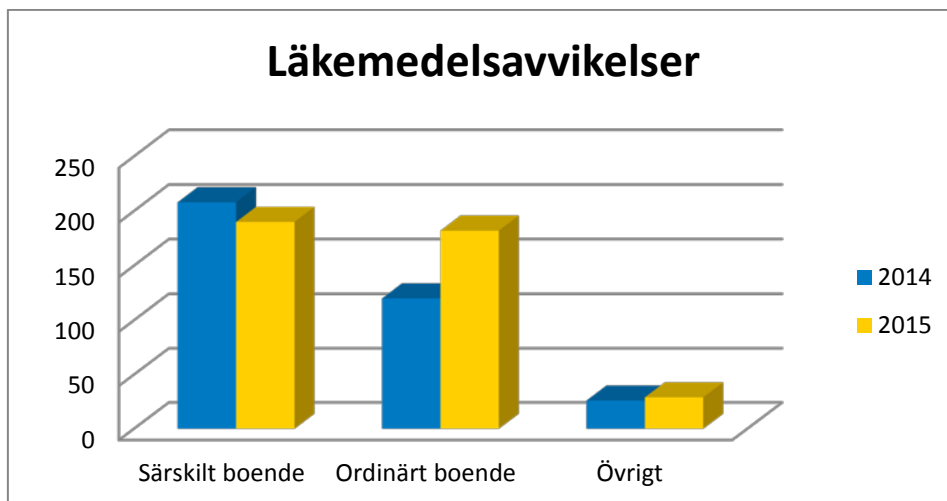
Trots att antalet avvikelser gällande uteblivna doser sett i stort sett likadant ut senaste åren har få åtgärder tagits fram som lett till förbättring. I ett hemtjänstområde har områdeschefen och sjuksköterskorna arbetat med att minska avvikelser gällande uteblivna läkemedelsdoser. Signeringslistorna har kontrollerats efter varje månad av områdeschefen och dialog har förts med den personal som inte följt rutinerna. På så sätt har kunskap om läkemedelsrutiner ökat successivt hos personalen.

Arbete pågår även inom Morgårde hemtjänstområde där en Esther coach arbetar med att förbättra rutinerna gällande uteblivna doser. Arbetet kommer att följas upp under våren 2016 för att sedan spridas i övriga verksamheter.



**Kommentar:**

Antal avvikelser gällande läkemedelshanteringen är störst på förmiddagen. Detta beror på att de flesta läkemedelsdoserna delas ut på morgonen. Personalen är stressad i morgonarbetet. Tomasgården har hittat ett arbetssätt som minskat avvikelserna runt läkemedelshanteringen på morgonen. De tar med dryck, soppa eller annat in till patienten på morgonen när läkemedel ska ges. Det underlättar intaget av läkemedel som kan vara svårt att få ned med enbart vatten. Vissa läkemedel ska ges till måltid och med detta arbetssätt kan även dessa läkemedel ges.



Kommentar:

Läkemedelsavvikelser har ökat inom ordinärt boende samt minskat på särskilda boenden. En anledning till detta är att hemtjänstpersonal har fått mer kunskap om skyldighet att avvikelse rapportera.

Övrigt avser gruppboendestäder, korttidsboenden samt dagverksamheter.

## 11.2 Vårdrelaterade infektioner (VRI)

### 11.2.1 KAD, kvarliggande urinavledande kateter

I genomsnitt hade 5,7 (8) % av hemsjukvårdens patienter i ordinärt boende KAD – kvarliggande urinavledande kateter under 2015. På särskilt boende var det 9,5 (10,5) %.

### 11.2.2 Trycksår

I särskilt boende var förekomsten av trycksår i genomsnitt ca 4,2 (4) % varje månad och i ordinärt boende 1,3 (1) %.

### 11.2.3 Sårinfektioner

Utav samtliga patienter som registrerats med något slags sår drabbades 2 % av sårinfektion.

## 12. Plan för införandet av Välfärdsteknologi inom Vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsnämnden har ställt sig positiva till en handlingsplan som regionalt är framtagen för området eHälsa/välfärdsteknologi. Vetlanda kommun är en mindre kommun som är stor till ytan, vilket ger mycket höga kostnader för utbyggnad i förhållande till antalet användare och ekonomiska resurser. En långsiktig kommunövergripande planering för utveckling av välfärdsteknologi ska arbetas fram.

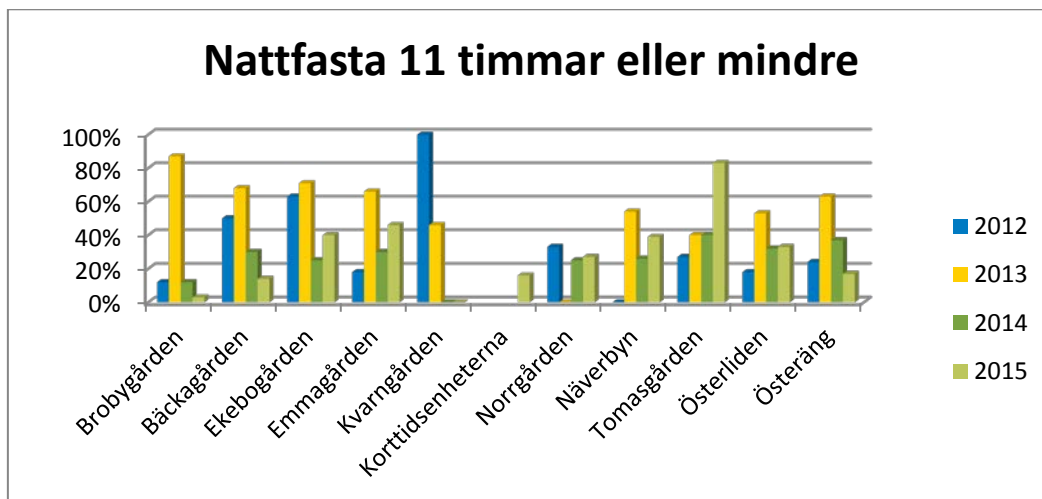
Bakgrunden är den demografiska utvecklingen som innebär att andelen äldre med omsorgsbehov kommer att öka, samtidigt som det kommer att bli svårt och förenat med stora kostnader att rekrytera tillräckligt med personal till vård och omsorg. I det gap som uppstår kan välfärdsteknologi bidra till att frigöra tid för personal åt sådant som verkligen kräver mänskliga kontakter. Välfärdsteknologi kan även öka möjligheterna för äldre att leva tryggt i hemmet så länge de önskar samt bidra till ett mer aktivt liv, delaktighet i samhället och ett högre välbefinnande.

## 13. Resultat

### 13.1 Natfasta

#### 13.1.1 Patienter på särskilt boende ska inte ha en natfasta som överstiger 11 timmar

Resultat från mätningen visar på att det är i genomsnitt 32(46,6) % av patienterna som har en natfasta på 11 timmar eller mindre.



Kommentar:

Mätresultaten för natfastemätningar för 2015 är sämre än 2014 trots att förslag på åtgärder tagits fram och informerats om. Kostchefen tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska, nutritionssjuksköterska samt områdeschef har tagit fram en åtgärdsplan för 2016. Mätningar kommer genomföras kontinuerligt samt ska tillsynsbesök göras nattetid i verksamheterna av MAS och kostchef.

### 13.2 Patientansvarig hälso- och sjukvårdskontakt

#### 13.2.1 Varje hemsjukvårdspatient ska ha en patientansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast

Mätresultatet visar 75 (75) %.

Kommentar:

Förvaltningen har inte nått målet gällande patientansvarig hälso- och sjukvårdskontakt. Anledningen är att det är stor omsättning bland personalen.

### 13.3 Palliativ vård

#### 13.3.1 100 % av aktuella patienter skall smärtskattas minst en gång under sista levnadsveckan

Mätresultat visar 60,2 (62,4) %.

Kommentar:

Förvaltningen har inte nått målet gällande smärtskattning. Mätresultaten tas via Palliativ registret efter att patienten är avliden. Frågan som ställs i registret är om smärtskattning är dokumenterad i patientens journal. Smärtskattning görs i större omfattning men det dokumenteras inte som det ska.

### **13.3.2 Munhälsobedömning/vård ska göras enligt lokal rutin**

Mätresultat visar 57,9 (56,7) %.

Kommentar:

Finns inget målvärde gällande munhälsobedömning. Tandvårdsteamerna från Oral Care har enligt avtal med Region Jönköpings län genomfört uppsökande verksamhet till de personer som har intyg om nödvändig tandvård. Oral Care har skickat ut brev till de personer som har intyget och bor i eget boende. Från och med 2016 är det Folktandvården som har fått avtalet.

### **13.4 Preventivt förhållningssätt**

#### **13.4.1 Senior Alert skall erbjudas 1 gång/år och därutöver vid behov**

255 riskbedömningar är registrerade i Senior Alert.

Kommentar:

Förekommer att patienter inte lämnar samtycke för att bli registrerade i kvalitetsregister. Hälso- och sjukvårdens personal utför då endast riskbedömning men registrerar inte i systemet. Dessa kommer inte med i statistiken.

#### **13.4.2 Arbetet med hälsobedömningar inom funktionshinderomsorgen påbörjas**

Har inte påbörjats på grund av omsättning på hälso- och sjukvårdspersonal inom funktionshinderomsorgen.

### **13.5 Habilitering och rehabilitering i ordinära boendet**

#### **13.5.1 Personer som har behov av hemmet som träningsmiljö eller har svårt att ta sig till vårdcentralen skall erbjudas träning i hemmet av sjukgymnast alt. arbetsterapeut**

Detta arbete har inte kommit igång som planerat. Kommer fokusera mer på det under 2016.

## **14. Övergripande mål och strategier för kommande år**

### **Vård och omsorgsnämndens mål för 2016**

- ✓ *"Genom en positiv anda locka och behålla medarbetare med rätt kompetens."*
- ✓ *"Vården och omsorgen ska präglas av respekt och delaktighet samt skapa förutsättningar till ett självständigt liv."*
- ✓ *"Succesivt utveckla och införa användandet av välfärdsteknologi."*
- ✓ *"Med engagerade och delaktiga medarbetare fokuserar vi på det bästa för kunden."*
- ✓ *"Genom att arbeta med förbättringsarbete och ökad samverkan mellan de olika professionerna skapas ökad kvalitet för kunden."*

### **Kompetens**

Personer med utvecklingsstörning blir allt äldre idag och med det sker stora förändringar gällande både bemötande och omvårdnad. Vård- och omsorgsförvaltningen planerar en utbildningsinsats inom området "Att åldras med utvecklingsstörning".

Under 2016 fortsätter utbildningsinsatsen "Första hjälpen till psykisk hälsa" (MHFA). Första hjälpen till psykisk hälsa är ett utbildningsprogram som ökar kunskaperna om psykiska sjukdomar, självska debeteenden, suicidförsök och suicid. Första hjälpen ges som stöd till personer med psykiska problem eller i akut psykisk kris innan professionell behandling finns att tillgå.

Under 2016 kommer IDA-program att starta i Vetlanda. Programmet är till för studerande på vård- och omsorgsprogrammet sista termin eller den kommunala vuxenutbildningen. Målet är att programmet ska leda till en fast anställning inom vård- och omsorgsförvaltningen. IDA står för Introduktion-Dialog-Anställning och är ett försök att säkra framtida rekrytering inom vården.

För personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa kommer det startas ett utbildningsprogram som heter Psyk-E bas. Programmet är webbaserat i studiecirkelform och består av flera delar.

Inom några år kommer kommunens hälso- och sjukvårdsdokumentation visas i Nationella patientöversikten, NPÖ. Inför detta behöver personalen arbeta med att höja kvalitén på hälso- och sjukvårdsdokumentationen samt säkerställa att det finns vårdplaner upprättade.

Vårdrelaterade infektioner är ett problem inom kommunal vård och omsorg, liksom i övrig hälso- och sjukvård. Kontakterna mellan olika vårdformer är ofta tät och risken för smittspridning är stor. Alltmer vård bedrivs i dag inom olika boende, gemensamma eller i den enskildes hem med stöd av personal eller anhöriga. För att öka kunskapen hos vårdpersonalen samt öka patientsäkerheten ska hygienombud utbildas.

## **14. Slutord**

Genom att följa upp och kvalitetsbedöma de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs kan verksamhet och kompetens hela tiden utvecklas. Patienten 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 patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra till dem att komma in med synpunkter.

Bristen på utbildad personal är oroande och kan leda till risker inom patientsäkerheten. En annan risk gällande patientsäkerhet är den stora omsättningen på chefer, hälso- och sjukvårdspersonal samt övrig personal. Områdescheferna lägger mycket tid på att rekrytera kompetent personal vilket kan innebära att andra delar i chefernas ansvar inte får tillräckligt med fokus.

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