

# Patientsäkerhetsberättelse 2014

Vetlanda kommun  
Vård- och omsorgsförvaltningen

Helen Karlsson  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

*Vetlanda – här växer människor och företag*



## Innehåll

<b>1. Bakgrund</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Övergripande mål och strategier</b> .....	<b>5</b>
Vård- och omsorgsnämndens vision .....	5
Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsidé.....	6
Målarbete.....	6
<b>4. Samverkan för patientsäkerhet</b> .....	<b>6</b>
4.1 Samverkan med Region Jönköpings län regleras av olika avtal.....	6
4.2 Samverkan landstinget och övriga sjukvårdshuvudmän .....	6
4.3 Samverkan med patienter och närstående .....	7
<b>5 Genomförda aktiviteter i samverkan</b> .....	<b>8</b>
5.1 Bättre liv för sjuka äldre i Vetlanda.....	8
5.2 Förbättringsresan.....	9
5.3 Estercoacher .....	9
<b>6. Uppföljning och kvalitetsarbeten</b> .....	<b>10</b>
6.1 Struktur för uppföljning/utvärdering.....	10
6.2 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	10
<b>7. Resultat</b> .....	<b>11</b>
7.1 Avvikelser gällande samverkansrutiner .....	11
7.2 Förslag till förbättringar .....	11
<b>8. Läkemedelshantering</b> .....	<b>12</b>
8.1 Genomförda aktiviteter .....	12
8.2 Avvikelser .....	13
8.3 Förslag till förbättringar .....	14
<b>9. Läkemedelsgenomgångar</b> .....	<b>14</b>
9.1 Genomförda aktiviteter .....	14
9.3 Förslag till förbättringar .....	15
<b>10. Basal vårdhygien</b> .....	<b>15</b>
10.1 Genomförda aktiviteter .....	15

10.2 Förslag till förbättringar .....	15
<b>11. Vårdrelaterade infektioner .....</b>	<b>15</b>
Infektionsregistrering.....	16
Trycksår .....	16
11.1 Genomförda aktiviteter .....	16
11.2 Prevalens.....	16
11.3 Förslag till förbättringar .....	16
KAD – kvarliggande urinavledande kateter .....	16
11.4 Genomförda aktiviteter .....	17
11.5 Prevalens KAD .....	17
11.6 Förslag till förbättringar .....	17
<b>12. Nutrition .....</b>	<b>17</b>
12.1 Nattfasta .....	17
12.2 Resultat nattfastemätning .....	18
12.3 Förslag till förbättringar .....	18
<b>13. Fall och fallskador .....</b>	<b>19</b>
13.1 Genomförda aktiviteter .....	19
13.2 Mätning av fallolyckor.....	19
13.3 Förslag till förbättringar .....	20
<b>14. Samordnad vårdplanering .....</b>	<b>21</b>
• att införa ett säkrare och enklare IT-verktyg för samordnad vårdplanering	21
<b>15. Medicintekniska produkter.....</b>	<b>21</b>
15.1 Genomförda aktiviteter .....	21
Ett litet förråd med medicintekniska produkter har iordningsställts utanför Oasen på Bäckagården. Syftet med det är att patienter som vårdas i palliativ vård och som har akut behov av medicinteknisk produkt ska kunna erhålla det även under kvällar och helger. ....	21
15.2 Avvikelser .....	22
15.3 Förslag till förbättringar .....	22
<b>16. Munhälsa.....</b>	<b>22</b>
16.1 Genomförda aktiviteter .....	22
16.2 Sammanställning enligt tandvårdsenheten för 2014 .....	22
16.3 Förslag till förbättringar .....	23

<b>17. Demens .....</b>	<b>23</b>
17.1 Genomförda aktiviteter .....	23
17.2 Förslag till förbättringar .....	23
<b>18. Dokumentation .....</b>	<b>23</b>
18.1 Genomförda aktiviteter .....	24
18.2 Förslag på förbättringar .....	24
<b>Slutord .....</b>	<b>24</b>

## 1. Bakgrund

Siffror inom parentes avser 2013 års patientsäkerhetsberättelse.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienten 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*.

### 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.

Patientsäkerhetsberättelsen är en del i vård- omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem.

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.

Områdescheferna ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker hälso- och sjukvård. De ansvarar även för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer rutiner som är utfärdade av MAS samt att avvikelser rapporteras.

## 3. Övergripande mål och strategier

### Vård- och omsorgsnämndens vision

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

## Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsidé

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

## Målarbete

Fortsatt arbete med förbättring/utveckling av våra verksamheter utifrån KF:s måldokument. Mål och strategi för 2014 beskriver fullmäktiges mål, nämndspecifika mål med åtgärder och aktiviteter, samt beskriver måluppfyllnad- vad som blir rött, gult och grönt i resultatet.

## 4. Samverkan för patientsäkerhet

### 4.1 Samverkan med Region Jönköpings län regleras av olika avtal.

- Hemsjukvården  
En gemensam värdegrund har tagits fram, vi utgår från patientens behov, vi 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.
- Uppsökande av tandvård
- Samordnad vårdplanering  
För att trygga informationsöverföringen mellan de olika huvudmännen finns ett gemensamt länsövergripande IT-stöd för samordnad vårdplanering, Meddix.
- Hjälpmedelscentral
- Läkarmedverkan i särskilda boendeformer
- Lokala samverkansavtal med vårdcentralerna
- e-Hälsa
- Smittskydds-enheten Jönköping, en ny tjänst inrättades under 2014 som är riktad mot kommunerna.

### 4.2 Samverkan landstinget och övriga sjukvårdshuvudmän

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

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

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.

#### ***Esther - Personcentrerad vård i hela vårdkedjan.***

Esther nätverk är ett samarbete mellan kommunerna, primär- och slutenvården på Högländet. Tillsammans arbetar vi för att göra Esthers dag så bra som möjligt. I nätverket finns seniorer och Esthercoacher som ett naturligt stöd i utvecklingsarbetet.

För att få till personcentrerad vård används en enkel återkommande fråga: "Vad är bäst för Esther?" "Esther" är en symbolisk patient med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning mellan sjukhus, primärvård, hemvård och omsorg. Det är självklart att brukaren, patienten är aktiva deltagare i nätverket.

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

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

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

#### ***Samverkansrutiner***

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:27) sker samverkan vid in- och utskrivning 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.

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

Vård- och omsorgsförvaltningen samverkar både med specialistsjukvården och med primärvården gällande den palliativa vården. Den palliativa vårdens verksamhet i Vetlanda beskrivs i en egen rapport.

### **4.3 Samverkan med patienter och närstående**

Samverkan sker med patienter 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 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.

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

## **5 Genomförda aktiviteter i samverkan**

### **5.1 Bättre liv för sjuka äldre i Vetlanda**

Regeringen har gjort en flerårig satsning sedan 2010 för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Ett grundkrav för att kunna ta del av prestationsersättning för 2014 var att förvaltningen skulle redovisa hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering har bedrivits när det gäller vård och omsorg om äldre och vilka resultat som har uppnåtts i arbetet med att säkra verksamheternas kvalitet. De områden som genererade prestationsersättning under 2014 var God vård vid livets slut, preventivt arbetssätt, god vård vid demenssjukdom, god läkemedelsbehandling för äldre och sammanhållen vård och omsorg. Vetlanda erhöll prestationsersättning inom alla områden.

#### ***Preventivt arbetssätt***

Senior alert är ett kvalitetsregister som används för bedömning av risker och insättning av åtgärder för att minska risken för att patienten faller, får trycksår, blir undernärld eller drabbas av ohälsa i munnen. Inom detta område nådde Vetlanda målet att 90 procent av patienterna på särskilt boende skulle erbjudas riskbedömning och planerade åtgärder i kvalitetsregistret Senior alert.

#### ***God vård vid livets slut***

Inom detta område fanns för 2014 fyra indikatorer där en förbättring i genomsnitt med minst 5 procent skulle eftersträvas. Dessa indikatorer var; smärtskattning, ordinatinnon av läkemedel mot ångest, informerande samtal om att döden är nära förestående och bedömning av munhälsa. Vetlanda förbättrade sina resultat med över 10 procent i genomsnitt. När det gäller indikatorn; informerande samtal om att döden är nära förestående, nådde Vetlanda en andra plats i ranking över bästa resultat i hela landet under 2014.

#### ***God vård vid demenssjukdom***

90 procent av alla med en demenssjukdom får någon gång problem med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD, såsom aggressivitet, sömnstörningar, hallucinationer och oro. Genom användning det nationella BPSD-registret får omvårdnadspersonalen ett verktyg som underlättar arbetet med att observera, analysera, åtgärda & utvärdera omvårdnadsåtgärder hos personer med demenssjukdom och BPSD. Implementeringen av BPSD-registret har fungerat väl i Vetlanda och det används i de verksamheter som vårdar dementa personer.

#### ***God läkemedelsbehandling för äldre***

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Denna omfattande användning innebär en påtaglig risk för läkemedelsinteraktioner och biverkningar. Målet inom detta område var att på länsnivå minska läkemedels-användningen jämfört med 2013 inom följande område:



- olämpliga läkemedel för äldre över 75 år,
- antiinflammatoriska läkemedel för äldre över 75 år och
- användning av läkemedel mot psykos för dem som är 65 år och äldre och har dosdispensering

Jönköpings län nådde målet inom två av dem, olämpliga läkemedel och anti-inflammatoriska läkemedel för äldre över 75 år.

### ***Sammanhållen vård och omsorg***

Svårigheterna att erbjuda sjuka äldre en samordnad vård och omsorg är väl kända och beskrivna. Att minska undvikbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar för personer över 65 år har varit de svåraste och mest komplexa målen i satsningen. Med undvikbar slutenvård menas inläggningar på sjukhus på grund av ett antal utvalda diagnoser som man genom öppenvård, primärvård och övriga folkhälso-instanser kan påverka och åtgärda utan att personen vårdas på sjukhus. När det gäller återinskrivningar på sjukhus vet vi att var femte sjuk äldre över 65 år som vårdats på sjukhus blir oplanerat återinskriven i slutenvård. Det finns många tänkbara orsaker till återinskrivningar. Problem med läkemedel, bristande överrapportering och uppföljning, dålig kontakt mellan primärvård, sjukhus och kommun är några identifierade orsaker. Även inom detta område var målen satta på länsnivå och många förbättringsarbete har pågått under 2014. Jönköpings län lyckades med att nå målen inom båda områdena.

### **5.2 Förbättringsresan**

Vårdcentralen Bra Liv i Vetlanda har, inom ramen för Förbättringsresan, tillsammans med hemsjukvården utvecklat ett gemensamt arbetssätt för att underlätta samarbete och kommunikation mellan huvudmännen. Syftet var att minska antalet återinskrivningar bland fokuspatienter. Arbetssättet har lett till ökad patientsäkerhet och bättre vård för den äldre, ett ökat samarbete och förståelse mellan Vetlanda kommuns hemsjukvård och Vetlanda vårdcentral samt ökad trygghet för fokuspatienter och deras anhöriga.

Vård- och omsorgsförvaltningen hade med ett team till i projekt Förrättningsresan. Personal från Brobygården utvecklade arbetssätt för att förbättra kvalitén på "analysträffarna". Arbetssättet kommer spridas i övriga verksamheter.

### **5.3 Estercoacher**

För att Esthernätverket ska vara hållbart krävs det att flera bär och är engagerade i nätverket. Det behövs personer ute i vården som kan arbeta och stödja utvecklingsarbete i vårdkedjan. Ur detta behov uppstod idén att skapa en unik Esther coach-utbildning där coachrollen ska vara att hålla ihop arbetet och underlätta att det som händer på enheten sker i Esthers anda.

Vård- och omsorgsförvaltningen har genom Esther nätverk utbildat ett antal Estercoacher. Esther coachen ska inspirera och föra fram idéer om hur man kan utveckla Esthernätverket ytterligare inom samtliga funktioner.

Coachen ska skapa förutsättningar för:

- ett kund- och patientorienterat arbetssätt
- livslångt lärande

- en hållbar utveckling
- delaktighet och samverkan
- ständiga förbättringar
- kunniga och kreativa medarbetare

## 6. Uppföljning och kvalitetsarbeten

### 6.1 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 rutinerna 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.

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

#### *Nya rutiner gällande avvikelshantering*

Legitimerad personal, eller personal som utför medicinska arbetsuppgifter via en delegering, har enligt lag en 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.

Avvikelser delas in i händelser som dels ledde till att en patient skadats (negativ händelse), dels händelser som kunnat ha lett till att en patient skadats (tillbud). Även avvikelser (klagomål och synpunkter) rapporterade av patient och närstående ska tas tillvara och följas upp.

Under 2014 tog MAS fram nya rutiner gällande rapportering av hälso- och sjukvårdsavvikelser. I de nya rutinerna ska avvikelstens allvarlighetsgrad anges 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)

Allvarlighetsgrad 1 och 2 rapporteras till och utreds av patientansvarig hälso- och sjukvårdspersonal, allvarighetsgrad 3 och 4 rapporteras till och utreds av MAS.

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.

MAS är ansvarig 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. 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).

Det har under 2014 anmälts 3 (0) lex Maria utifrån gjorda händelseanalyser. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, var nöjda med de åtgärder som genomförts och har beslutat att avsluta ärendena.

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

### **Läkemedelslistor**

Kommunens sjuksköterskor har fått behörighet till landstingets IT-system LabRos som innebär att de kan se patienternas läkemedelslistor i Cosmic.

### **Läkemedelshantering**

Ökad följsamheten till de lokala rutinerna gällande läkemedelshantering. Sjuksköterskor med ansvar för läkemedelsförråden är utsedda i varje hemsjukvårdsteam.

### **Analysträffar**

Fler och fler hemtjänstområden samt särskilda boenden har fått igång så kallade analysräffor kontinuerligt. Områdeschefen kallar till träffen där omvårdnadspersonal, sjukgymnast, sjuksköterska, arbetsterapeut samt vid behov biståndshandläggare diskuterar patienter efter att fått samtycke av den enskilde.

## **7. Resultat**

### **7.1 Avvikelse gällande samverkansrutiner**

I samverkansrutinerna finns beskrivet att sjukhuset, vårdcentralerna samt kommunen ska rapportera avvikelser som sker mellan huvudmännen. Under 2014 inrapporterades det 36 (31) avvikelser. Exempel på avvikelser är:

- Felaktiga läkemedelslistor
- Felaktiga ordinationer
- Felaktiga rapporter
- Bristfällig information om patientens tillstånd inför hemgång
- Avsaknad av epikris från sjukhus
- Patienter skickas hem från sjukhus utan att erbjudas vårdplanering

### **7.2 Förslag till förbättringar**

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 rapporterat avvikelsen.

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

MAS samt funktionschef för hälso- och sjukvården har samverkans möten med verksamhetschefer från vårdcentralerna regelbundet. Ett förslag till att utöka samverkan med landstinget är att bjuda in Esther samordnare från Höglandssjukhuset en gång om året till dessa möten.

## **8. Läkemedelshantering**

De lokala rutinerna 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 (finns undantag efter godkännande av MAS). 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 patienten. Det ska finnas dokumenterat i hälso- och sjukvårdsjournalen om sjuksköterskan tagit över ansvaret för läkemedelshantering när patienten inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. Om patienten 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.

### **8.1 Genomförda aktiviteter**

#### ***Delegeringsutbildningar***

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.

#### ***Läkemedel delade i ApoDospåsar***

2013 tog Läkemedelskommittén i Jönköpings län beslutet att nya patienter inte skulle anslutas till ApoDos (medicin förpackad i dospåsar). Detta medförde att patienterna istället behövde hjälp av sjuksköterskorna med att dela sina läkemedel i dosett.

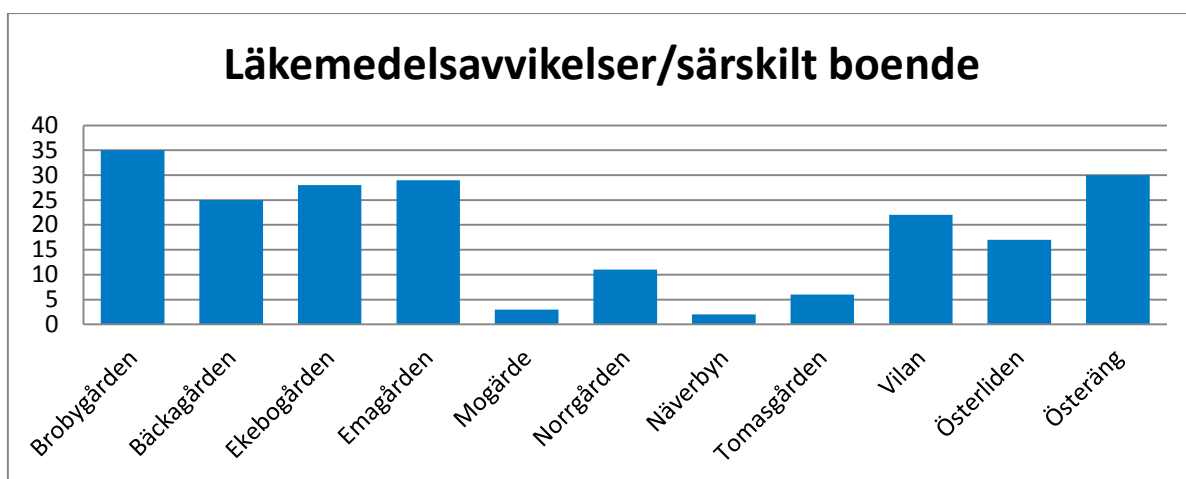
Under 2014 reviderade Läkemedelskommittén i Jönköping rekommendationerna gällande apotekets dossystem, Apodos. Revidering gjordes på grund av att vissa förbättringar i systemet gjorts. I de nya rekommendationerna står det att förskrivaren i samråd med kommunens sjuksköterskor ska se över vilka patienter som kan vara aktuella för Apodos. Trots de ändrade rekommendationerna har inte patienter med Apodos ökat. Sjuksköterskorna har ca 200 läkemedelsdosetter att dela.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor har påtalat riskerna med dosettindelning ur olika perspektiv till både landstinget, socialstyrelsen, SKL med flera.

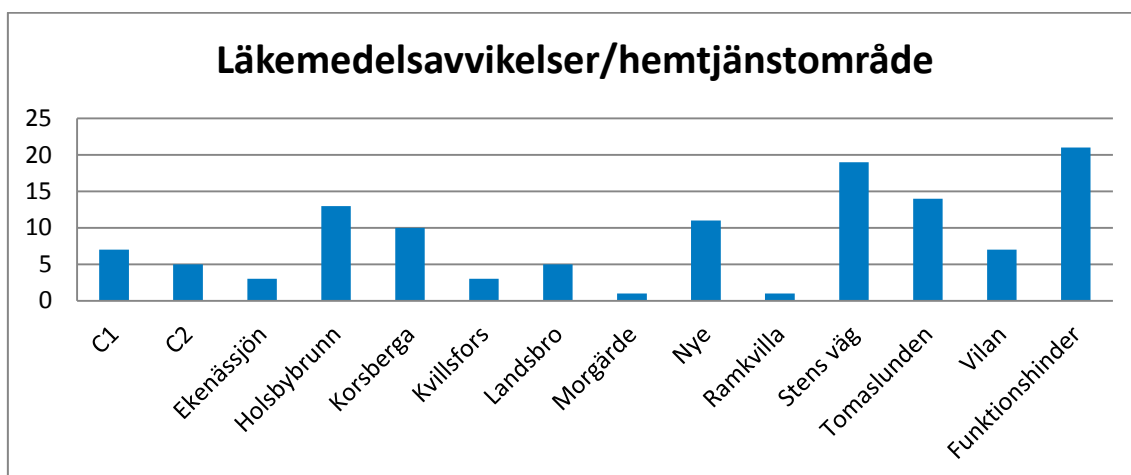
## 8.2 Avvikelser

Under 2014 rapporterades det in 208 (185) avvikelser gällande läkemedelshantering på särskilda boenden samt 120 (93) läkemedelsavvikelser från ordinärt boende.

79 % av avvikelser inom läkemedelsområdet var kvarglömda doser. 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

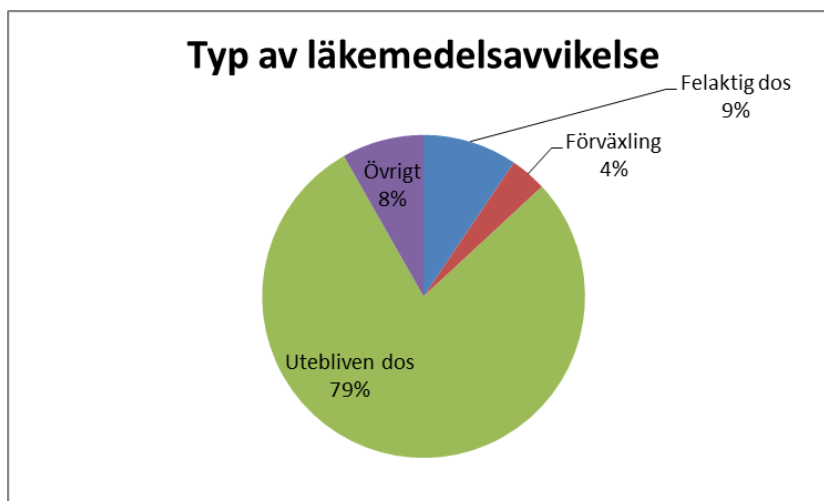


Diagrammet avser antal inrapporterade avvikelser gällande läkemedelshantering inom särskilda boenden inkl. korttidsboenden.



Diagrammet avser antal inrapporterade avvikelser gällande läkemedelshantering inom hemtjänsten

Bilden visar typ av avvikelser gällande särskilt boende och hemtjänst.



Funktionshinderomsorgens gruppboendestäder rapporterade in 26 läkemedelsavvikelser under 2014.

### 8.3 Förslag till förbättringar

- hitta lokala rutiner som "påminner" personalen om att överlämna läkemedel vid rätt tid
- att informera omvårdnadspersonalen om rutiner för avvikelserhantering
- att informera samtlig personal om ansvar vid egenvård
- att ta fram en webbutbildning i läkemedelshantering för undersköterskor
- att i analysgrupperna diskutera avvikelser, åtgärder och göra uppföljningar
- kvalitetssäkra och förbättra rutiner med hjälp av apotekare
- öka andelen patienter som ansluts till Apodos

## 9. 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 patient årligen erbjudas läkemedelsgenomgång. Kommunens sjuksköterskor förbereder genomgången enligt framtagna rutiner t ex provtagningar, symtomskattning genom Trigger (underlag för att utvärdera hur patienten mår), Phase 20, MNA (Mini Nutritional Assessment) samt MMSE (mäter kognitiv status).

### 9.1 Genomförda aktiviteter

Samtliga patienter som bor i kommunens äldreboenden har blivit erbjudna fördjupade läkemedelsgenomgångar. Det är få som tackar nej till detta.

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

### 9.3 Förslag till förbättringar

- att erbjuda alla nyinflyttade patienter läkemedelsgenomgång med stöd från apotekare
- att minska antalet olämpliga läkemedel för äldre
- projekt med anställda apotekare från region Jönköpings län under 2015
- att erbjuda patienter inom funktionshinderomsorgen läkemedelsgenomgång

## 10. 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.

### 10.1 Genomförda aktiviteter

#### *Hygienrond*

Med stöd från smittskydds-enheten i Jönköping har hygienrond av smittskyddssjuksköterska genomförts på Emmagården samt inom hemtjänsten i Vetlanda.

#### *Inköp*

Spoldesinfektor har köpts in till Emmagården.

### 10.2 Förslag till förbättringar

- införa kvalitetsdeklarationer gällande basal vårdhygien för personal med vårdkontakt
- införa kvalitetsdeklarationer gällande lokaler, utrustning, med mera inom området vårdhygien
- inköp av dekontaminator till hemsjukvården

## 11. Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner och förekomsten av allt fler antibiotikaresistenta bakterier utgör idag ett hot mot säkerheten i alla former av vård. Registrering av infektioner relaterade till vården och snabb återrapportering av resultatet till dem som berörs är en kvalitetskontroll av den egna verksamheten som enligt undersökningar ger sänkt infektionsfrekvens.

Evidens finns för att riskfaktorer ger en ökning av vårdrelaterade infektioner. Ju fler riskfaktorer hos samma individ desto större sannolikhet för infektion. Det är därför viktigt att kartlägga dels förekomsten av riskfaktorer och dels antalet infektioner. Resultaten av dessa registreringar ska sedan ligga till grund för förbättringsarbeten.

## **Infektionsregistrering**

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

### **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.

### **11.1 Genomförda aktiviteter**

- Ny upphandling har gjorts gemensamt för Höglandskommunerna gällande förbandsmaterial
- Sårvårdsutbildningar har genomförts för sjuksköterskor samt undersköterskor inom korttidsvården
- Utbildning tryckavlastande madrasser har genomförts
- Sårvårdssjuksköterska har gett råd och stöd till sjuksköterskor gällande patienter med svårläkta sår.

### **11.2 Prevalens**

I särskilt boende är förekomsten av trycksår i genomsnitt ca 4 % varje månad och i ordinärt boende minder än 1 %. Det innebär att det finns ca 15 personer som är inskrivna i hemsjukvården som har trycksår.

### **11.3 Förslag till förbättringar**

- att öka kunskapen hos omvårdnadspersonalen gällande förebyggande arbete för att förhindra att trycksår uppkommer.
- att arbeta preventivt och hitta de patienter som löper risk för trycksår

### **KAD – kvarliggande urinavledande kateter**

Kateterbehandling av urinblåsan ska ordinerars av läkare. Läkare och sjuksköterska har formell kompetens att utföra kateterbehandling, uppgiften kan också delegeras i enlighet med författning.

Urinvägsinfektion är den vanligaste vårdrelaterade infektionen och förekommer oftast i samband med behandling med kvarliggande kateter (KAD). Risken för vårdrelaterad urinvägsinfektion ökar med cirka tio procent för varje dygn som patienten har KAD. Täta byten av urinuppsamlingspåse och bristande handhygien hos vårdpersonal och patient ökar risken för bakterieinvasion.



#### **11.4 Genomförda aktiviteter**

Rutiner för att säkerställa dokumentationen hos KAD -bärare:

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

#### **11.5 Prevalens KAD**

Enligt sammanställning av infektionsregistrering för december 2014 är förekomsten av KAD 10,5 (13,5) % på särskilt boende och 8 (9) % ordinärt boende.

#### **11.6 Förslag till förbättringar**

Att följa SKL:s rekommendationer:

*I den nationella satsningen på patientsäkerhet är urinvägsinfektioner i samband med vård ett prioriterat område för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).*

Följande regler rekommenderas:

- Förebygg och diagnosticera urinretention
- Behandla urinretention korrekt
- Utred urininkontinens och behandla korrekt
- Behandla med urinkateter endast på strikt indikation efter ordination av läkare
- Ge korrekt omvårdnad vid behandling med urinkateter
- Dokumentera i patientens journal
- Utvärdera behovet av KAD i slutenvård dagligen

### **12. 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 patienten 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 patienter i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas. Alla problem med nutrition ska dokumenteras i patientens hälso- och sjukvårdsjournalen.

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

#### **12.1 Nattfasta**

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

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

## 12.2 Resultat nattfastemätning

Resultat för 2014 visar att 46,6(61)% har nattfasta mindre än elva timmar. Medelvärde enligt mätningen ligger på 9.45 timmar.

Denna mätning anger tid för intagen måltid, dvs mat eller dryck (inte vatten). Det innebär att mätningen inte är riktigt jämförbar med tidigare mätningar då man även angett tid för erbjudande av mat och dryck.

Nattfastemätningen genomfördes under två dygn.

Boende	Antal boende	Kortaste nattfastan	Längsta nattfastan	Medelvärde nattfasta	< 11 h	Antal palliativa
Brobygården	40	1:30	18:00	12:45	66	0
Bäckagården	27	2:00	20:00	11:30	40	1
Ekebogården	31	1:00	16:30	9:30	34	1
Emmagården	11	1:00	15:15	10:45	16	0
Kvarngården	31	2:00	16:00	8:30	18	0
Norrgården (Solgläntan)	7	2:15	12:45	10:15	9	1
Näverbyn	9	5:15	13:00	8:45	5	0
Tomasgården	35	2:00	13:30	5:30	11	0
Österliden	34	1:00	14:30	10:00	35	1
Österäng	27	1:45	15:00	10:30	35	0
Vetlanda kommun totalt	252	01:00	20:00	09:45	269	4

Kan konstateras att Tomasgårdens personal har hittat ett arbetsätt för att förhindra för lång nattfasta. Brobygården och Bäckagården har sämst resultat i mätningen.

## 12.3 Förslag till förbättringar

- prioritera området nutrition för förbättringsarbete
- handlingsplan för respektive särskilt boende bör tas fram
- att erbjuda alla patienter enkla nattmål t ex LIVA, glass, näringsdryck, ostbågar eller chokladha ett kostombud på någon natt tjänst vilket gör att den personen tar ett ansvar för nattmål och förfrukost
- ha en lista på vilka patienter som nattpersonalen ska ställa in nattmål till
- ta med något in till patienten när de larmar på natten
- skapa en rutin så att alla "ska" få nattmål och ev. ställa in detta redan på sen kväll
- ta lärdom av varandra

## 13. Fall och fallskador

Fall och fallskador bland äldre är ett växande folkhälsoproblem. Anledningarna är att vi blir allt äldre och bor dessutom ofta kvar i hemmet. I genomsnitt kommer var tredje person över 65 år att råka ut för en fallolycka. Skörare skelett, försämrade muskulatur och balans, sämre syn, sjukdomar och mediciner hör ihop med stigande ålder och är riskfaktorer för fall.

Ungefär 8 av 10 av de som faller och skadar sig är personer över 65 år. Kvinnornas drabbas värst. Det beror dels på kvinnors högre medellivslängd och dels på att kvinnor i högre grad har benskörhet.

Risken för att falla skapar rädsla. Den hindrar många personer att gå ut och röra på sig. Konsekvenserna blir ökad isolering, försämrade fysiska prestationsförmåga och ett påskyndat åldrande. Vanligaste olycksplatsen är hemmet.

Vanligaste olyckan är att man snubblar eller halkar. Fysiskt aktiva personer faller ofta utomhus, på gång- och cykelbanor och gator. De flesta olyckor sker annars i den egna bostaden. Bland äldre inträffar 75 procent av skadorna i hemmiljö. Sladdar, lösa mattor och hala golv är vanliga fallorsaker. Vanligt är också olyckor i samband med att man balanserar på stol, pall eller stege för att byta glödlampa, ordna med gardiner, tvätta fönster och liknande.

### 13.1 Genomförda aktiviteter

- Analysträffar genomförs i samtliga hemtjänstområden och på särskilda boenden. Syftet med analysträff är att de olika professioner som finns runt patienterna i ett hemtjänstområde eller på ett särskilt boende gemensamt planerar för bästa möjliga vård och omsorg. Detta görs bland annat genom analys av inkomna sociala- och hälso-sjukvårdsavvikelse samt genom riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar utifrån individens behov.
- Säkerhetsdag för seniorer genomfördes 1/10.
- Samtliga patienter erbjuds årligen läkemedelsgenomgång för att säkerställa rätt behandling. Läkemedel kan orsaka t ex yrsel som i sin tur kan leda till fallolycka.

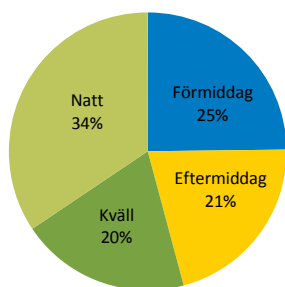
### 13.2 Mätning av fallolyckor

Verksamheterna registrerar fallolyckorna enligt vård- och omsorgsförvaltningens rutiner. Det innebär att det endast är patienter som är inskrivna i hemsjukvård som sammanställningen avser.

Antal fallolyckor har minskat med 11 procent inom de särskilda boendena i Vetlanda kommun under åren 2012-2014 i jämförelse med åren 2008-2011.

Under 2014 rapporterades det in 613 (940) avvikelser gällande fall inom särskilda boenden. 8 av fallen inträffade utomhus.

### 613 fallolyckor på särskilda boenden



34 % av fallolyckorna inom särskilda boenden för äldre inkl. korttidsboenden inträffar nattetid.

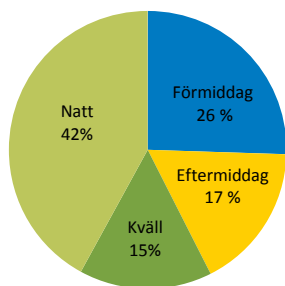
11 fallolyckor ledde till någon slags fraktur.

112 fallolyckor orsakade sårskador.

32 % av fallen inträffar när patienten var uppe och gick inomhus. För övrigt inträffade fallolyckorna t ex i samband med toalettbesök, till och från säng.

Under 2014 rapporterades det in 388 (467) avvikelser gällande fall inom hemsjukvården, ordinärt boende. 11 av fallen inträffade utomhus.

### 388 fallolyckor ordnärt boende



42 % av fallolyckorna i ordinärt boende inträffar nattetid.

10 fallolyckor ledde till någon slags fraktur.

48 fallolyckor orsakade sårskador.

34 % av fallen inträffade när patienten var uppe och gick inomhus. 30 % i samband med till och från säng. För övrigt inträffade fallen t ex i samband med toalettbesök.

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

Inom funktionshinderomsorgen är endast 7 (29) fallolyckor inrapporterade för 2014. Två av fallen inträffade utomhus. Två av fallen orsakade sårskador.

### 13.3 Förslag till förbättringar

- att aktivt arbeta för att minska antalet fallolyckor
- att utveckla analysträffarna ytterligare
- att upplysa patienterna om hur man förebygger fallolyckor
- preventivt arbete för att bevara det friska hos människor, t ex genom att erbjuda träning i träningslokaler, utegym mm

Det är aldrig för sent att börja röra på sig. Forskning har visat att till och med de som är äldre än 90 år kan öka sin muskelstyrka med 50 – 200 procent tack vare styrketräning.

## **14. Samordnad vårdplanering**

Samordnad vårdplanering avser en process som syftar till att tillsammans med patient/patient samordna planeringen av dennes vård och omsorg vid överföring från en sjukvårdshuvudman till en annan.

Den samordnade individuella vårdplaneringen ska ses som grunden för all fördelning och all överföring av ansvar mellan och inom vårdnivåer.

All vård, omsorg och rehabilitering har sin utgångspunkt i att den enskilde skall kunna bo och leva i sin invanda miljö trots omfattande behov av stöd och hjälp från samhället. All planering ska leda till högsta möjliga självständighet för den enskilde och utgå från dennes behov och önskemål. De som deltar i planeringen har ett gemensamt ansvar för att vård och omsorg utformas så att den enskilde inte märker av det dubbla huvudmannskapet.

Vård- och omsorgsförvaltningen har ett vårdplaneringsteam som består av arbetsterapeut och biståndshandläggare. Teamet har huvudansvar för samtliga samordnade vårdplaneringar på Högländssjukhuset.

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 Högländets sjukvårdsområde. Finns även rutiner för hantering av Meddix, meddelandesystem för samordnad vårdplanering mellan kommun och landsting.

### **14.1 Förslag till förbättringar**

- att införa ett säkrare och enklare IT-verktyg för samordnad vårdplanering
- att fortsätta att avvikelserapportera när rutiner inte följs
- att säkra vårdövergångar

## **15. 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 Högländssjukhuset i Eksjö. I avtalet ingår bland annat hjälp vid inköp samt utbildning av nya produkter.

### **15.1 Genomförda aktiviteter**

Ett litet förråd med medicintekniska produkter har iordningsställt utanför Oasen på Bäckagården. Syftet med det är att patienter som vårdas i palliativ vård och som har akut behov av medicinteknisk produkt ska kunna erhålla det även under kvällar och helger.

## 15.2 Avvikelser

Under 2014 rapporterades det in 4 (6) avvikelser där en medicinteknisk produkt var involverad. Orsakerna till avvikelserna var produktfel, bristande i delegering, handhavandefel samt otillräcklig instruktion.

## 15.3 Förslag till förbättringar

- att Kvalitetshandboken gällande medicintekniska produkter revideras och läggs på VINNA.
- att öka kunskapen om kognitiva hjälpmedel
- att informera om nya rutiner gällande egenansvarsprodukter

## 16. 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.

### 16.1 Genomförda aktiviteter

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.

### 16.2 Sammanställning enligt tandvårdsenheten för 2014

Antal patienter som var berättigade munhälsobedömning	515 (534)
Antal uppsökta patienter av munhälsoenheten	296 (305)
Antal patienter som tackat Nej (mest från ordinärt boende)	190 (200)
Antal patienter med dålig munhygien	177 (171)
Antal patienter med behandlingsbehov	59 (30)

### **16.3 Förslag till förbättringar**

- att fortsätta att samverka med tandvårdsteam
- att områdescheferna inom hälso- och sjukvården inventerar behov av fler intygsskrivare
- att bedömning av patientens munhälsa görs enligt ROAG, ett riskbedömningsverktyg

## **17. Demens**

Demenssjukdomar drabbar allt fler i takt med att vår befolkning blir allt äldre. Varje år insjuknar ca 24 000 svenskar och idag beräknas ca 150 000 lida av någon typ av demenssjukdom varav alzheimer är den vanligaste. Osäkerheten om antalet drabbade är dock stor eftersom alla misstänkta fall inte utreds.

Samtliga särskilda boenden använder BPSD 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.

Vårdcentralerna använder ett kvalitetsregister, SveDem. SveDem är ett stöd i utrednings- och uppföljningsprocessen. Syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.

### **17.1 Genomförda aktiviteter**

En samverkansgrupp med representanter från samtliga vårdcentraler träffas regelbundet. Risk finns för att patienter med demenssjukdom hamnar i kläm om inte samverkan sker. Demenssjuksköterskan i kommunen är sammankallande för gruppen. I gruppen ingår även MAS, biståndshandläggare, anhörigkonsulent, arbetsterapeut och sjuksköterska.

- Ett flödesschema för demensutredningar och uppföljningar är framtagen. Det gäller för personer inskrivna i hemsjukvård
- Kontakt är tagen med representant från SveDem, samt visning har genomförts
- En ny anhöriggrupp har startat. Det är anhöriga till yngre personer med minnesproblematik

### **17.2 Förslag till förbättringar**

- fortsätta att utbilda i BPSD
- fortsätta att använda BPSD register
- införa SveDem kvalitetsregister

## **18. 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.

### **18.1 Genomförda aktiviteter**

För att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha tillgång till landstingets information om patienterna har kommunerna tillgång Nationella patientöversikten, NPÖ. Det är en sammanhållen journal.

Det pågår arbete i länet med att ta fram ett verktyg för kommunikering mellan landstinget och kommunerna.

### **18.2 Förslag på förbättringar**

- att under 2015 förbereda för processbaserade dokumentationsmodellen för HSL, som tagits fram lokalt av kommunerna i Jönköpings län, IBIC. 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.
- att omvårdnadspersonalen ska kunna läsa anteckningar i hälso- och sjukvårdsjournaler på de patienter som de har ansvar för. Arbetet kommer att börja på korttidsenheterna.

### **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.

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.

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 2015-års patientsäkerhetsberättelse.

Under 2014 har det varit fokus på "Bättre liv för sjuka äldre", nationell satsning från SKL. Mycket arbete har också varit att få fungerande tydliga rutiner och arbetsätt för personalen 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 rutiner som finns. De områden som ur ett patientsäkerhetsperspektiv är extra viktiga att fokusera på under 2015 är enligt min bedömning:

- Samverkan med vårdcentralerna och sjukhuset
- Säkra vårdövergångar
- Säker läkemedelshantering och ordinationsunderlag
- Intern samverkan mellan funktionerna
- Ökad kunskap hos personal som mottar delegering av läkemedel
- Att fortsätta att lägga fokus på förebyggande riskbedömningar och åtgärdsplaner