

Patientsäkerhetsberättelse

2020

Socialnämnden



Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	4
2 Övergripande mål och strategier	5
3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
3.1 Socialnämndens ansvar	6
3.2 Verksamhetschefens ansvar	6
3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	6
3.4 Enhetschefens ansvar	6
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar	6
4 Struktur för uppföljning / utvärdering	7
5 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	11
5.1 Senior Alert	11
5.2 Svenska Palliativregistret	11
5.3 Avvikelser	11
5.4 Vårdhygien	12
5.5 Dokumentation	13
5.6 Delegering	13
5.7 Läkemedelshantering	13
5.8 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom	13
5.9 Medicintekniska produkter	14
6 Uppföljning genom egenkontroll	15
7 Samverkan för att förebygga vårdskador	16
8 Riskanalys	17
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	18
10 Hantering av klagomål och synpunkter	19
11 Sammanställning och analys	20
12 Samverkan med patienter och närstående	21
13 Resultat	22
13.1 Strukturmått	22
13.2 Processmått	22
13.3 Resultatmått	26
14 Övergripande mål och strategier för kommande år	33
15 Bilaga 1 - Läkemedelsgenomgångar	34

Bilagor

Bilaga 1: Läkemedelsgenomgång Säbo

Bilaga 2: Läkemedelsgenomgång ordinärt boende

1 Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den genom publicering på Sävsjö kommuns hemsida.

Av patientsäkerhetsberättelsen skall framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som uppnåtts

Vårdgivaren, Socialnämnden i Sävsjö Kommun, ansvarar för god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska, på nämndens uppdrag och i enlighet med gällande författningar, till se att kvalitet och patientsäkerhet är hög.

Kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården är en del i det kvalitetssystem som ska finnas för socialförvaltningen enligt SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, socialstyrelsen. Gemensamma rutiner för avvikelshantering inom socialförvaltningen har utarbetats av MAS och beslutats av Socialnämnden under år 2015.

För en säker vård av god kvalitet har verksamheterna riktlinjer och rutiner till hjälp som kontinuerligt hålls aktuella av MAS.

Patientsäkerheten har följts upp genom deltagande i nationella kvalitetsregister och mätning vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter för ökad patientsäkerhet

Under året har all personal genomgått webbaserad utbildning Basala hygienrutiner samt hygienrutiner vid utbrott av smitta.

Utbildning i social dokumentation har genomförts.

Utbildning inom Psyk e-bas Senior är påbörjad för personal inom äldreomsorgen.

2 Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger patienten en god och säker vård. Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för risk att skadas.

All personal som arbetar utifrån hälso- och sjukvårdslagen ska:

- arbeta utifrån gällande författning och lagstiftning
- arbeta följsamt till utarbetade riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården
- arbeta preventivt i syfte att förebygga skador
- arbeta för att öka patientens och/eller närståendes delaktighet i hälso- och sjukvården
- arbeta med kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring

För att uppnå ovanstående krävs att all personal använder riktlinjer och rutiner som ett levande dokument samt att riktlinjer och rutiner kontinuerligt ses över och revideras. Vidare krävs att:

- avvikelshantering alltid sker när någon händelse inträffat
- patientjournal förs i den omfattning lagen föreskriver
- läkemedelshanteringen följer gällande direktiv
- preventionsarbete sker dagligen i allt vårdarbete
- tvärprofessionell samverkan sker på varje område/enhet
- riskbedömningar görs och att resultatet återfinns i patientjournalen

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

3.1 Socialnämndens ansvar

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, planera, leda och kontrollera verksamheten. Socialnämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera områden där förbättringsarbete behövs.

3.2 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen 29§ säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården utses av socialnämnden.

3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS bevakar att patientsäkerhet upprätthålls inom den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. Ansvaret regleras i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslag och patientsäkerhetsförordning.

MAS har ansvaret att göra anmälningar enligt lex Maria till IVO samt att anmäla felaktigheter på medicintekniska produkter till läkemedelsverket.

MAS ansvarar att det finns rutiner för hög patientsäkerhet. MAS har ansvar för att rutiner och avtal för tillgång till läkare finns utarbetat. Vårdgivaren ska också snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Ansvaret är delegerat av socialnämnden till MAS.

3.4 Enhetschefens ansvar

Enhetscheferna ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens.

Ansvarar för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer riktlinjer och rutiner utarbetade av MAS samt att avvikelser rapporteras. Ansvarar för utredning och uppföljning av avvikelser i egna verksamheten. Leder teamarbetet och samverkar med övriga yrkesfunktioner som sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och biståndshandläggare.

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Personalen ska följa upprättade rutiner och riktlinjer för en god och säker vård.

Att rapportera avvikelser om en patient drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av vårdskada.

4 Struktur för uppföljning / utvärdering

Mätmetod

Kvalitetsbrister mäts genom avvikelshanteringssystemet vilket innefattar uppföljning av inkomna avvikelser, klagomål/synpunkter och förbättringsförslag samt uppföljning av journaldokumentation.

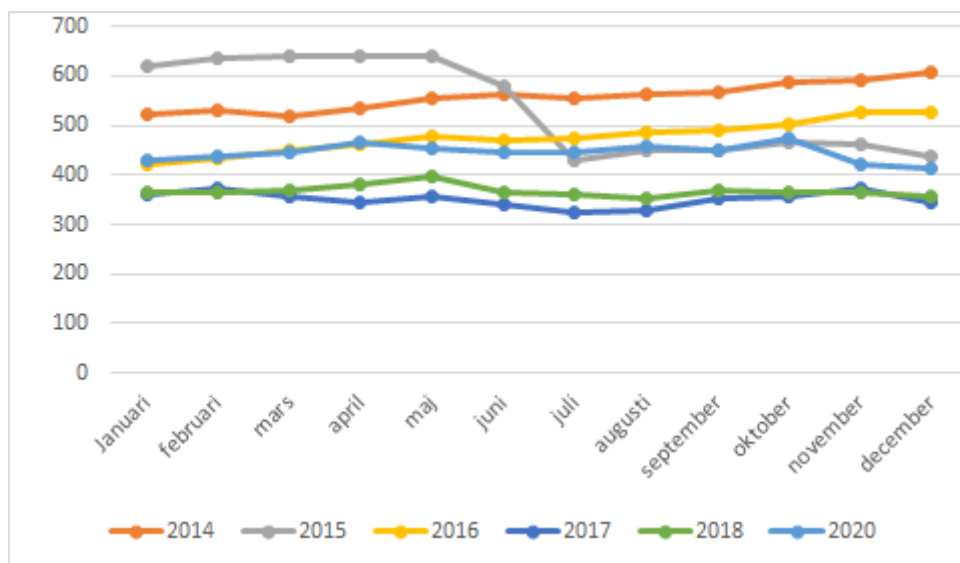
Under året infördes ett nytt system för rapportering av avvikelser, DF respons. Avvikelser läkemedelshantering, fall, vård och behandling, informationsöverföring externt och internt samt med medicintekniska produkter (MTP) läggs in i databaserat avvikelssystem. Uppföljning av aktuella avvikelser och fallrapporter sker av ansvarig enhetschef på respektive område. Rutin för strukturerad analys på övergripande nivå saknas. Ett händelseråd finns med Höglandets kommuner och Höglandssjukhuset för genomgång och uppföljning av avvikelser i samverkan.

Användningen av och uppföljning i nationella kvalitetsregister, Senior Alert, BPSD-registret och svenska palliativregistret medverkar till att patientsäkerhetsrisker identifieras.

Sedan 1996 har egna mätningar genomförts när det gäller antal läkemedel/person lugnande läkemedel, sömnmedel, förekomst av kateter i urinblåsan samt trycksår. Under 2020 har inte denna mätning genomförts på grund av den pågående pandemin.

Omfattningen av hälso- och sjukvårdsinsatser redovisas månadsvis till SCB och Socialstyrelsen. Återrapportering/månad av HSL-insatser individuppgifter, hämtas direkt ifrån Pro-Capita.

Diagram 1 - Personer med en dokumenterad HSL-insats under månaden



I statistiken ingår personer med en aktuell dokumenterad insats under månaden ifrån sjuksköterska/arbetsterapeut/ sjukgymnast.

Hälso- och sjukvårdens ansvar omfattar äldreomsorg, funktionshinderomsorg, socialpsykiatri, dagliga verksamheter i socialförvaltningens regi.

Diagram 2 - Inskrivna i hemsjukvård ordinärt boende



Utöver antalet inskrivna finns personer med planerade och akuta tillfälliga insatser samt de personer i ordinärt boende som får hjälpmedel förskrivna genom kommunen.

I december 2020 fanns det 84 personer boende på SÄBO (särskilt boende) inom vård och omsorg.

I samverkan med regionen förs statistik över återinläggningar på sjukhus, undvikbar sjukhusvård samt dagar efter utskrivningsklar som patienten kvarstannar på sjukhus då kommunen inte kan ta emot patienten i i hemmet.

Diagram 3 - Oplanerade återinskrivningar

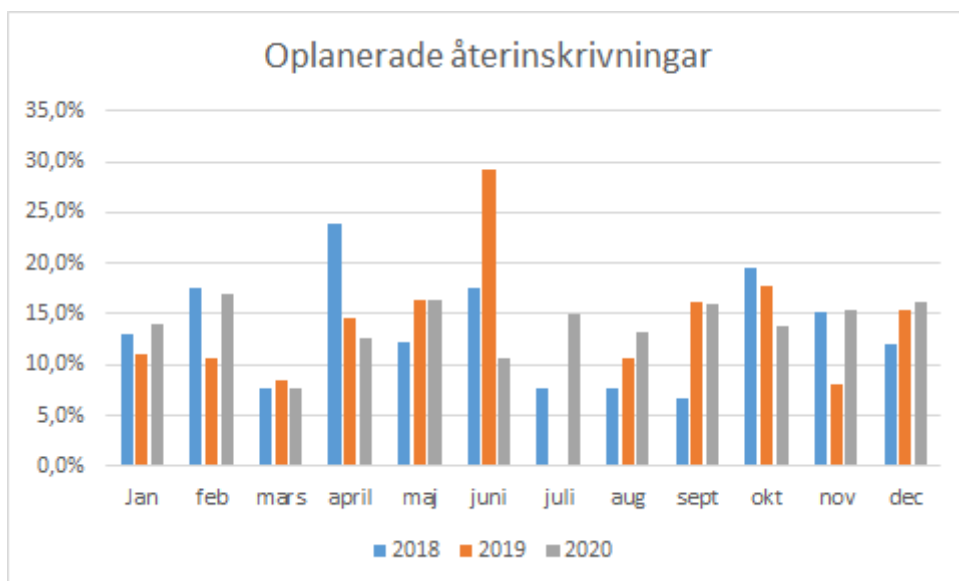


Diagram 4- Undvikbar slutenvård

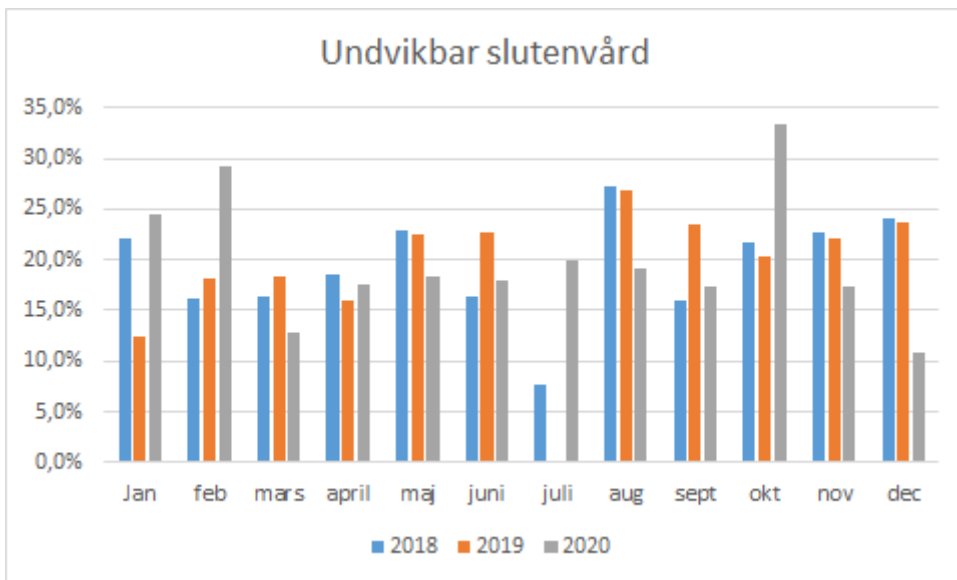


Diagram 5- Dagar utskrivningsklar

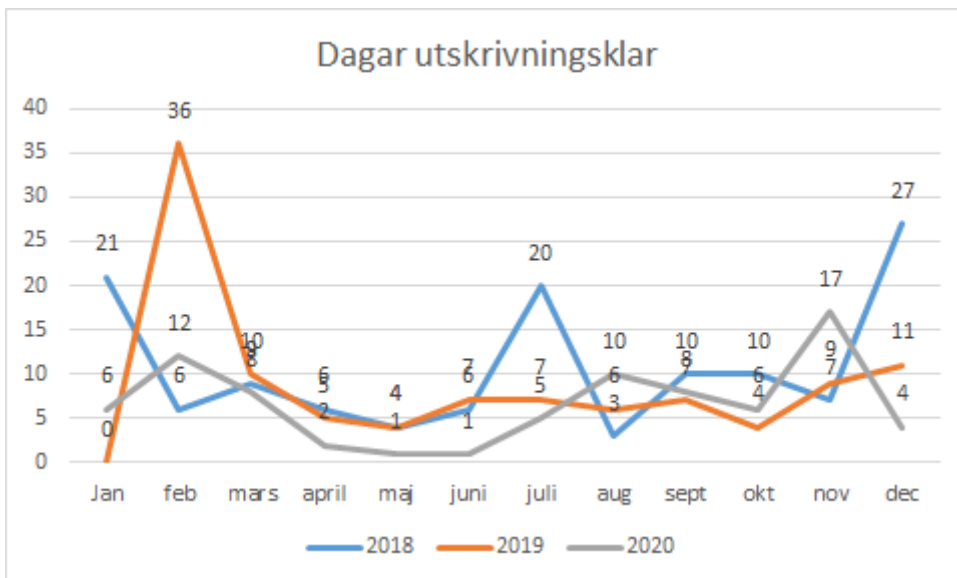
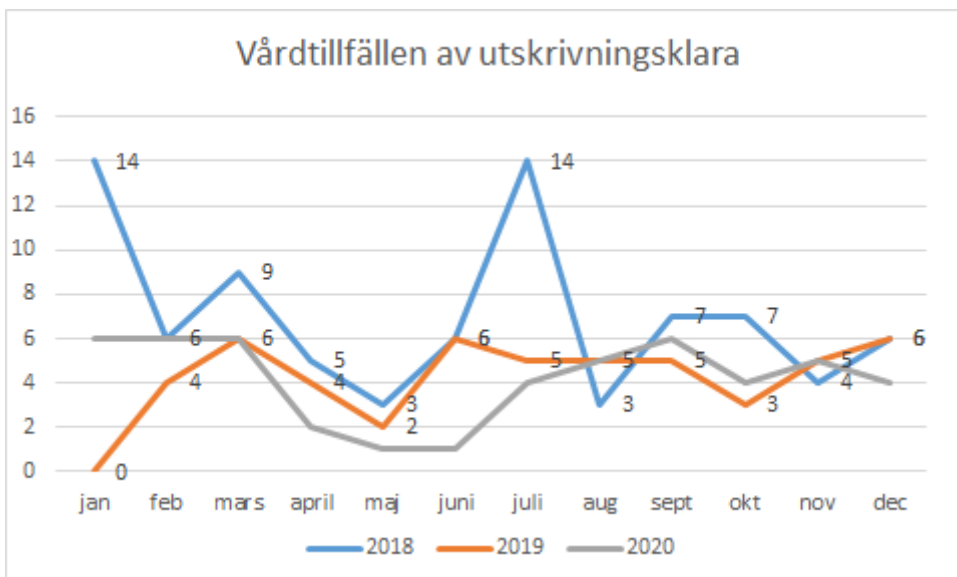


Diagram 6 - Vårdtillfällen av utskrivningsklara



Enligt överenskommelse mellan kommunerna och regionen räknas ett genomsnitt på antalet

dagar för utskrivningsklara. Resultatet av den beräkningen gör att Sävsjö kommun inte haft några dagar där betalningsansvaret träder in varken 2018, 2019 eller 2020.

5 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

5.1 Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister för vårdprevention.

Registret är till för att identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Att använda bedömningsinstrument skapar en möjlighet att göra den kommunala hälso- och sjukvården säkrare. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av undernäring trycksår, och fallolyckor.

De risker som upptäcks ska alltid följas av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen. I journalen dokumenteras hälsoplan samt ordinationer från sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast till omvårdnadspersonalen. Hälsoplanen ska följas upp och utvärderas regelbundet. Uppföljningen av vård/hälsoplaner visar på att följsamheten till kraven på vårdplan behöver förbättras inom verksamheten.

5.2 Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där uppgifter registreras hur vården av en person i livets slutskede varit.

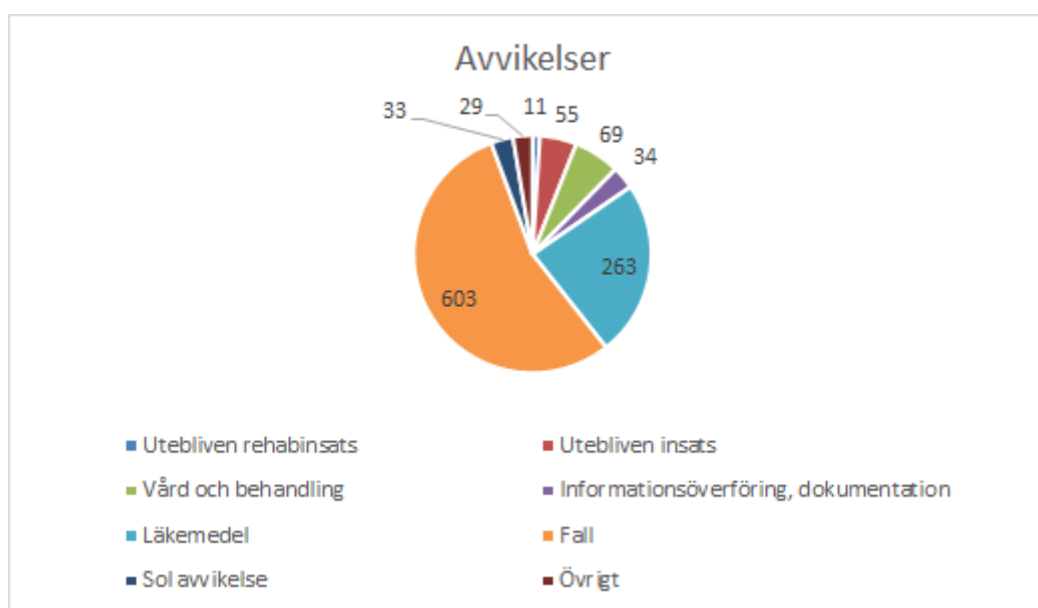
Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården.

Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Resultatet ska användas för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras och utvecklas. Registret är en registrering av hur personens vård och omvårdnad bedrivits sista levnadsvecka efter fastställda parametrar t.ex. brytpunktsamtal av läkare vid beslut om palliativ vård, lindring av smärta och ångest och illamående etc.

5.3 Avvikelser

Under året har ett nytt digitalt system för avvikelshantering införts, det är nu samma system för hela socialförvaltningen. Det nya systemet DF respons följer processen för utredning på ett tydligt sätt och utredning och åtgärd görs av ansvarig chef.

Diagram 7 - Avvikelser



Varje verksamhet ska själv följa upp sina avvikelser och vidta åtgärder som ett led i ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Avvikelsehantering sker kontinuerligt och process för sammanställning och analys för avvikelser på aggregerad och övergripande nivå ska arbetas fram av MAS utifrån det nya systemet.

5.4 Vårdhygien

Pandemi Covid -19

Den pandemi som drabbade världen i början på 2020 har påverkan kommunens arbete med vårdhygien och hur vi ska arbeta på ett patientsäkert sätt. Målet är att så långt det är möjligt förhindra smittspridning i våra verksamheter till brukarna, emellan brukarna och emellan personal.

När WHO konstaterade att coronaviruset var en pandemi så påbörjade ett stort arbete inom kommunens verksamheter för att skydda våra patienter/brukare från att smittas och bli sjuka i covid.

Basala hygienrutiner aktualiserades på nytt i verksamheten, riktlinjer för kohortvård uppdaterades och informerades ut till chefer och hälso-sjukvårdsorganisationen.

All omvårdnadspersonal, legitimerad personal samt chefer genomförde socialstyrelsens webbutbildning om basala hygienrutiner och hur vi förhindrar smittspridning, även semestervikarier genomförde utbildningen. Information gavs om tidiga symtom på infektion för observation av symtom hos patienter och personal.

Riktlinjer för när patienter ska provtas och hur screening ska ske kom från smittskydd och verkställdes i verksamheten.

Vid konstaterad smitta ska ytterligare skyddsutrustning användas av personalen än vid basala hygienrutiner. Det har inte saknats skyddsutrustning men påfyllning och anförskaffning av nya produkter krävde mycket efterforskning, ett stort arbete gjordes under våren för att införskaffa rätt godkänd skyddsutrustning.

I juni månade skärptes rutinen för användande om skyddsutrustning och visir började användas i alla ansiktsnära kontakter med patienten, detta för att skydda våra sköra äldre från att bli smittade.

Regeringen införde besöksförbud på alla äldreboende från 1 april. Verksamheten införde besöksförbud med undantag vid palliativ vård, undantag beviljades av enhetschef. När besöksförbudet upphörde 1 oktober avrådde verksamheten för besök samt införde riktlinjer för säkra besök i den närståendes lägenhet.

Hälso-sjukvården har haft en god och nära samverkan med vårdcentralen för provtagning av patienter och personal. Rutin för kontroll av konstaterade sjuka patienter i samverkan med vårdcentralen har tagits fram och följs av verksamheten.

Vaccinering för covid -19 påbörjades på säbo sista veckan i december.

Övrigt runt vårdhygien

Mätning av Risk för, samt förekomst av vårdrelaterade infektioner, görs en gång/månad såväl i särskilt som ordinärt boende.

Nätverksträff för hygienombud genomfördes på våren men besök av smittskyddsjuksköterska, samt på hösten digitalt för uppföljning av följsamhet till rutiner.

Mätning av följsamhet till riktlinjer har gjorts på särskilda boende.

5.5 Dokumentation

Dokumentation sker i verksamhetssystemet Pro-capita. Journalträdet är upplagt efter ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health). Uppföljning av dokumentationen sker fortlöpande genom granskning samt genom information till arbetsgruppen Hälso- och sjukvård.

Nationell Patientöversikt NPÖ används för att få information efter en sjukhusvistelse. Arbetslistan i procapita är ett patientsäkert hjälpmedel. Denna funktion ger ett bra stöd i det dagliga arbetet. Arbetsuppgifterna kan läggas upp på arbetslistan direkt från åtgärden i journalen eller skrivas in direkt på listan. Ledningsgrupp för IBIC samt E-hälsa i samverkan HSL och SoL (Socialtjänstlagen) har fortsatt sitt arbete under 2020. Utbildningar för dokumentation enligt IBIC har gjorts till personalgrupper och sker kontinuerligt för nyanställda.

Att dokumentera med KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) inom hälso- sjukvården har påbörjats under året.

Utbildning social dokumentation har skett till personal inom funktionshinderomsorgen.

5.6 Delegering

Delegering sker av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal med kompetens för arbetsuppgiften, enligt lokala riktlinjer framtagna av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Delegeringar registreras i avsedd modul i det IT-baserade dokumentationssystemet Procapita under året flyttades delegeringar till att finnas i appen för signering av läkemedel. För att få en delegering ska en webbaserad delegeringsutbildning, Jobba säkert med läkemedel, genomföras. Ett kursintyg ska laddas ner efter godkänt kunskapstest. Efter godkänd utbildning ska delegeringssamtal hållas med ansvarig sjuksköterska som gör bedömning av förståelsen av en riktlinje och vad en delegering innebär.

Godkänt kursintyg krävs för att få ny samt förnyad delegering. Utbildningen är framtagen av SKL och är tillgänglig via Svenskt Demenscentrum.

Särskild utbildning krävs för delegering av insulinadministration.

Den som genomgått webbutbildningen har grundläggande baskunskaper för att:

- ge läkemedel i rätt tid, till rätt person och på rätt sätt,
- ge god omvårdnad som komplement och alternativ till läkemedel,
- känna igen risker och uppmärksamma, reagera och kontakta sjuksköterska vid förändringar
- förstå roll och ansvar vid delegering,
- uppmärksamma symtom vid diabetes och ge insulin.

5.7 Läkemedelshantering

Följsamheten mot lokal riktlinje för läkemedelshantering följs löpande via avvikelser.

Läkemedelsgenomgångar enligt gemensam rutin med primärvården genomförs kontinuerligt.

Verksamheten har ett gemensamt förråd med akutläkemedel och läkemedel för generella ordinationer, det finns en särskild utsedd sjuksköterska som ansvarar för läkemedelsförråden. För kontroll av narkotika finns särskild rutin.

Följsamhet till rutinerna för läkemedelsadministration finns med i internkontrollplanen för socialförvaltningen.

Uppdatering av riktlinjer för läkemedelshantering är påbörjad.

5.8 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom

Fortsatt arbete sker med personcentrerad omvårdnad med stöd av det nationella kvalitetsregistret, BPSD-registret. Kommunens demenssjuksköterska har gått utbildning för

att kunna utbilda i BPSD-registret i egna verksamheten, utbildningar har skett under året. En arbetsterapeut har som spetskompetens att göra kognitiva test vid basal demensutredning. Arbetsterapeuten har tillsammans med demenssjuksköterska samordningsansvar för demensvården.

5.9 Medicintekniska produkter

På Höglandet finns i samverkan mellan kommunerna upphandling av sjuk- och förbandsmaterial, avtalet följs upp årligen. Kontroller av medicinteknisk utrustning ska ske enligt schema av medicin teknisk avdelning på Höglandssjukhuset.

Genom hjälpmedelsmodulen i verksamhetssystemet Procapita är hantering, placering och uppföljning kvalitetssäkrade. Informationen om personliga hjälpmedel går direkt över till patientjournalen.

6 Uppföljning genom egenkontroll

Arbetsplatsträffar är ett forum för uppföljning på respektive område.

Förbättringar initieras genom information till enhetschefer och arbetsgrupper.

Egenkontroll för ökad patientsäkerhet har genomförts inom nedanstående verksamhetsområden,

- Resultat av registrering i Senior Alert.
- Resultat i svenska palliativregistret.
- Resultat i BPSD-registret.
- Vårdhygien
- Risk för samt förekomst av vårdrelaterade infektioner, mätning en gång/månad .
- MAS uppföljning av narkotikakontroller i läkemedelsförråden.
- Mätning av nattfasta.
- Statistikmätning ifrån hälso-och sjukvårdsjournalen t.ex. antalet utförda läkemedelsgenomgångar.
- Sammanställning av klagomål och synpunkter.
- Uppföljning av fallrapporter och avvikelser på enhets nivå
- Egenkontroll vårdhygien.

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Länsavtal om läkarmedverkan från primärvård i hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer.
- Lokala läkaravtal med vårdcentralen Bra Liv.
- Riktlinjer för akutläkemedel och generella ordinationer från länets läkemedelskommitté.
- Läns-gemensam rutin för dosexpedierade läkemedel.
- Överenskommelse Sävsjö kommun-primärvård om läkemedelsgenomgångar .
- Pandemiplan Sävsjö kommun och Sävsjö vårdcentral Pandemiplan Sävsjö kommun
- Riktlinjer för uppsökande tandvård, bedömningsenheten för tandvård.
- Demensteam i samverkan med primärvården.
- Regelbundna samverkansmöten med verksamhetschefer primärvården.
- Samverkan med enheten för smittskydd och vårdhygien.
- Samverkan med barnkliniken.
- Samverkan med regionens SSIH.
- Samverkansmöten med habiliteringen höglandet 2 ggr/år.
- Samverkansmöte via skype varje vecka med Höglandssjukhuset. Periodvis under året 2-3 gånger i veckan
- Regelverk för samordnad vårdplanering.
- Läns-gemensam rutin för egenvård.
- Läns-gemensamt införande av beslutsstöd för sjuksköterskor.
- Läns-gemensamt införande av beslutsstöd för förskrivning av hjälpmedel, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.
- Tillgång till nationell patientöversikt (NPÖ) för information.
- Gemensamt avtal sjuk- och förbandsmaterial kommunerna på höglandet.
- Avtal med medicintekniska avdelningen Höglandssjukhuset för kontroll av medicinsk utrustning.
- Träffar i länet samt på höglandet, medicinskt ansvariga sjuksköterskor.
- Läns-gemensamma avtal kommun, landsting ex. inkontinens-, nutrition- kompressions, hjälpmedelsprodukter.

Arbetsterapeutens insatser

Arbetsterapeuten bedömer, stödjer och tränar förmågor som behövs för att klara ett vardagligt liv. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och att sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Arbetsterapeuten förskriver hjälpmedel som kan underlätta rehabiliteringsprocessen.

Sjukgymnastens och Fysioterapeutens insatser

Sjukgymnast och fysioterapeut ansvarar för sjukgymnastik, träning, rådgivning och utprovning av t.ex. gånghjälpmedel. Träningen ska leda till att bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras vidare till rehabassistent.

8 Riskanalys

Det ska fortlöpande göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra skada risk för skada.

Riskbedömningar görs enligt vedertagna bedömningsinstrument avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

Vid tillbud och händelser görs analyser. Inträffade händelser återkopplas till personalen och diskuteras för att förhindra återupprepning. Riskanalys är en del i arbetsprocessen i det dagliga arbetet. Riskområden identifieras genom avvikelssystemet, kvalitetsregistren, synpunkter/klagomål och HSL-dokumentationen.

Strukturerad riskanalys görs vid allvarigare avvikelser. Under 2020 har inga anmälningar gjorts till inspektionen för vård och omsorg..

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Rapportering av avvikelser sker sedan 1 april i DF Respons, de tre första månaderna gjordes rapporteringen i verksamhetssystemet procapita. Att rapportera negativa händelser och tillbud är en skyldighet för all personal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras. En väl fungerande kommunikation mellan vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient är grundläggande. Varje verksamhet följer upp sina avvikelser kontinuerligt under året. MAS gör sammanställningar ifrån avvikelssystemet som delges verksamheterna. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas en övergripande sammanställning.

MAS har ansvaret att bedöma och göra anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till läkemedelsverket gällande händelser med medicintekniska produkter (MTP).

10 Hantering av klagomål och synpunkter

Rutin finns på att inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas Inga klagomål har inkommit via patientnämnden under 2020 Inga klagomål har inkommit från IVO(inspektionen för vård- och omsorg).

11 Sammanställning och analys

Sammanställning av klagomål och synpunkter görs enligt rutin för vård och omsorg. Beslutade och fastställda rutiner gäller för hela socialförvaltningen. Information om möjlighet att lämna klagomål och synpunkter görs enligt socialförvaltningens rutin. Synpunkter från enskilda individer och närstående är en källa till information som ska värdesättas och tas omhand av verksamheten. Inkomna avvikelser ska hanteras med analys, åtgärd, återkoppling och uppföljning.

12 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

- Ankomstsamtal vid inflyttning till SÄBO
- Bli informerade vid utredning av vårdskador
- Bli informerade om anmälan till IVO och eller läkemedelsverket.
- Broschyr med information vart den enskilde/närstående kan vända sig vid klagomål/synpunkter förbättringsförslag har utarbetats.
- Bjuds in att delta i läkemedelsgenomgångar

13 Resultat

Uppgifter inhämtade från:

- Avvikelsemodul, procapita samt DF Respons
- Statistikuppgifter ifrån hälso- och sjukvårdsjournalen procapita
- Senior Alert
- BPSD-registret
- Utdata ifrån palliativregistret
- Kvalitetsportalen
- Kvalitetsmätningar utförda under året
- Mätavla - Indikatorer för samordnad vård och omsorg i Jönköpings län - kommuner

13.1 Strukturmått

Utrustning

Skyddsutrustnings såsom, visir, munskydd med högre klassning samt långärmade förkläden har införskaffats till följd av pandemin.

Utbildning

Utbildning i BPSD

Utbildning inkontinens för nya förskrivare (SSK)

Vårdhygien för hygienombud, enheten för hygien-smittskydd

Vårdhygien, förhindra smittspridning via web

Delegeringsutbildning via web- utbildning pågår kontinuerligt i verksamheten

IBIC (individens behov i centrum)-utbildning pågår kontinuerligt i verksamheten.

13.2 Processmått

13.2.1 Läkemedelsgenomgång

13.2.1 Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt särskild rutin utarbetad i samverkansprojekt med primärvården Sävsjö, Vrigstad och kommunen. Rutinen har varit förebild till de övergripande riktlinjerna för läkemedelsgenomgångar som landstingets läkemedelskommitté fastställt. Under 2020 har läkemedelsgenomgångar genomförts i samband med de utlagda besöken läkaren gör på SÄBO samt bokad läkartid. Utöver strukturerade läkemedelsgenomgångar sker det kontinuerligt läkemedelsavstämning varje vecka vid läkarens metodstöd på SÄBO.

Diagram 8- Olämpliga läkemedel

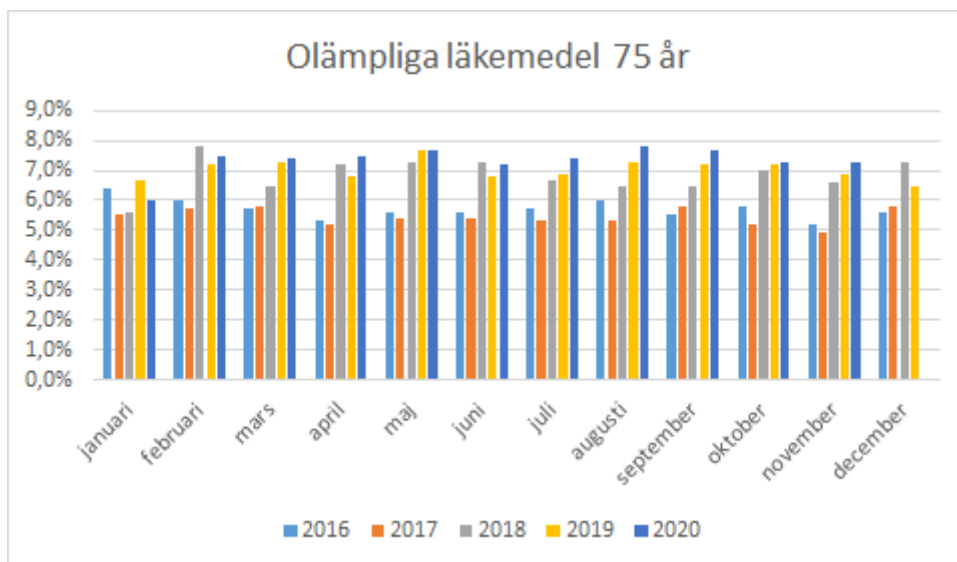


Diagram 9- Antipsykotiska läkemedel

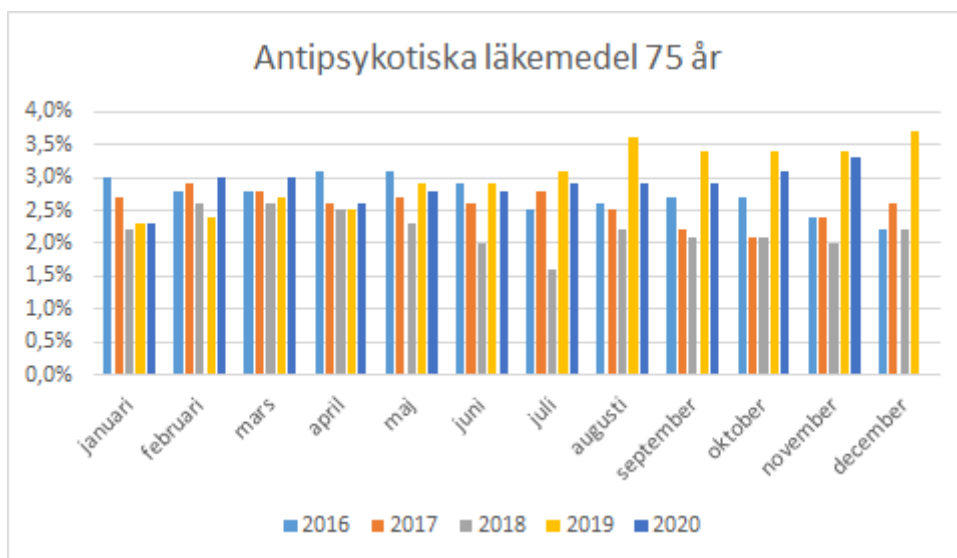
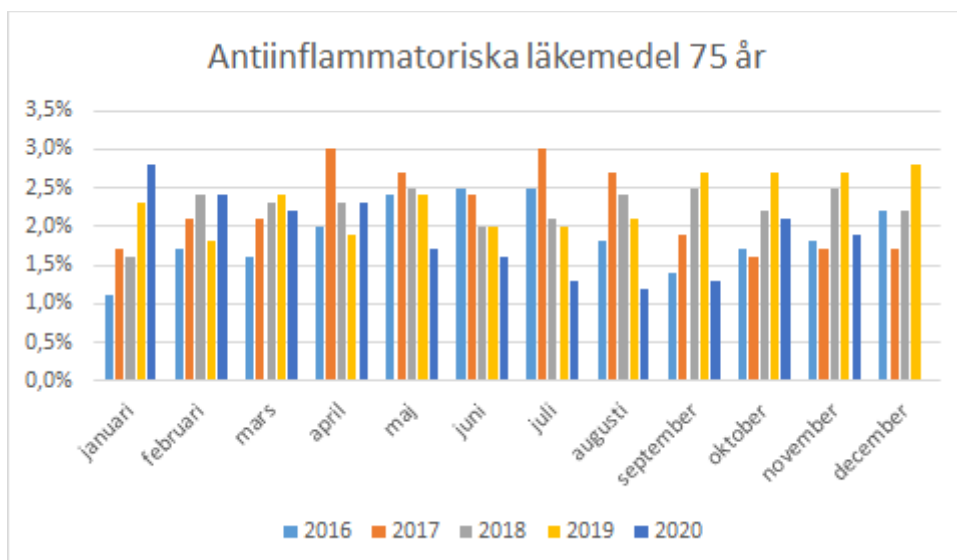


Diagram 10 - Antiinflammatoriska läkemedel



Andelen av olämpliga läkemedel för äldre har ökat under 2020 medans andelen av

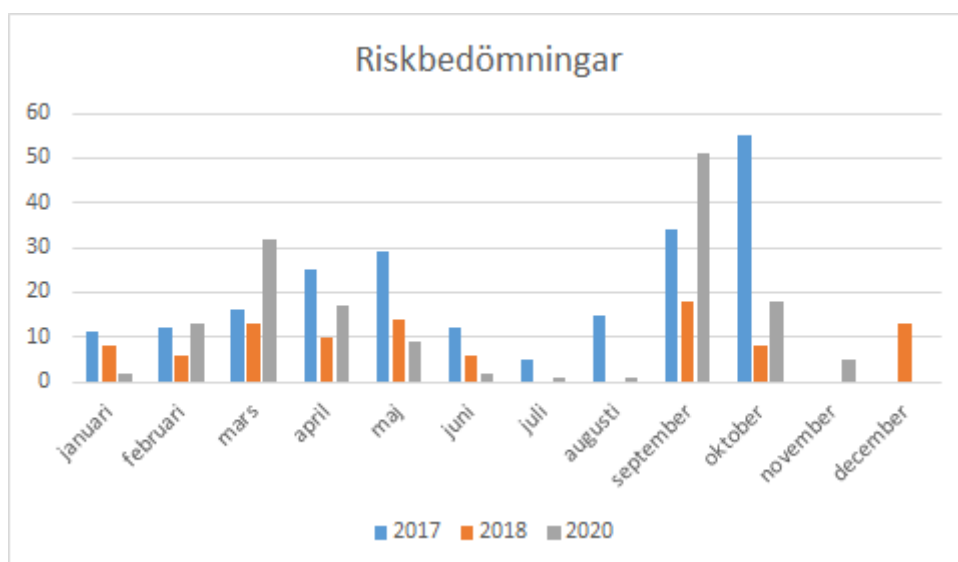
antipsykotiska läkemedel och andelen antiinflammatoriska läkemedel har minskat.

Inom verksamheten genomförs läkemedelsgenomgångar med ansvarig läkare.

13.2.2 Senior Alert

Riskbedömningar ska göras i syfte att upptäcka riskpatienter och sätta in åtgärder i förebyggande syfte. Riskbedömningar görs inom fyra områden som sedan registreras i Senior Alert. De fyra områdena är, fall, nutrition, munhälsa och trycksår.

Diagram 11 - Riskbedömningar Senior Alert 2017-2020 (ej 2019)



Antalet riskbedömningar är generellt lägre under 2020 än tidigare år. Två möjliga orsaker till detta är att pandemin påverkat tiden för att utföra riskbedömningar samt att teamträffar avskaffades i verksamheten 2019.

13.2.3 Riskområde fall - fallprevention

Fallprevention i särskilt boende

I samband med inflyttning görs en bedömning inom 2 veckor av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut. Bedömningen består av instrumentet Downtown Fall Risk Index som används för att identifiera patienter med fallrisk. Bedömningsinstrumentet ingår även i kvalitetsregistret Senior Alert. Bedömningen innefattar även att arbetsterapeuten och/eller sjukgymnasten går igenom en checklista För att se över vårdmiljön, hjälpmedel etc. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Uppföljning genom Senior alert görs 2 gånger/år genom att arbetsterapeut/sjukgymnast/sjuksköterska gör en riskbedömning. Ny teambedömning ska göras vid behov samt när någon fallit 3 gånger

Personer på korttidsboende

Vid inflyttning görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut, ADL-bedömningen ses som en del i bedömningen för att kunna identifiera eventuell fallrisk. Arbetsterapeut lämnar ut skriftlig och muntlig information gällande fallprevention. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Efter tre fall görs en riskbedömning. Balansträning i grupp erbjuds vid behov, detta under ledning av rehab assistent.

Personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård

Vid behov utförs en bedömning av arbetsterapeut bedömningen görs på samma sätt som i särskilt boende. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Efter tre fall görs en riskbedömning.

Riskbedömningar och fallrapporter dokumenteras i journalsystemet Procapita samt i avvikelssystemet DF Respons.

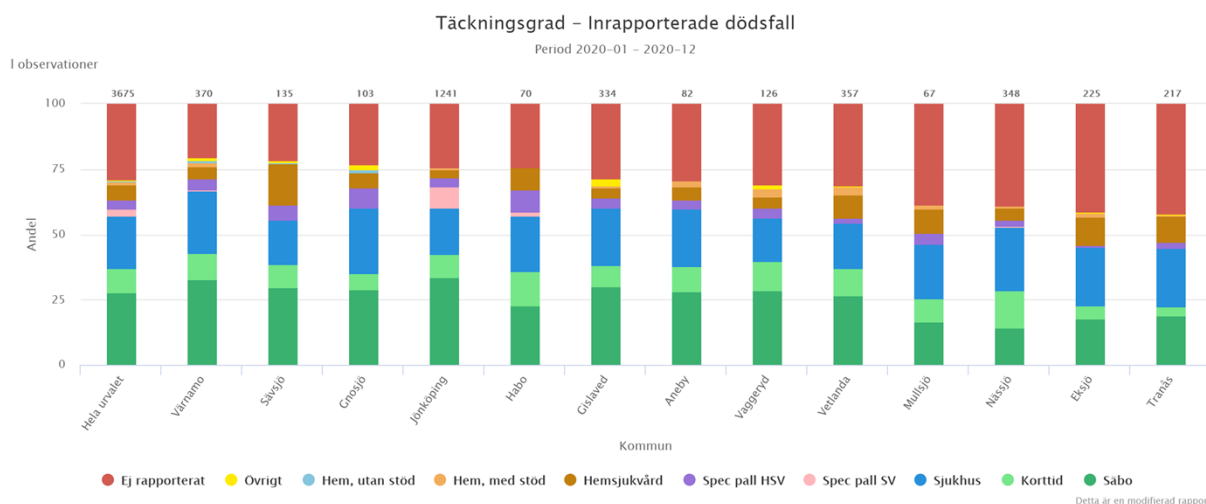
Utförda fallförebyggande åtgärder under 2020

- Läkemedelsgenomgång
- Larm/extra tillsyn
- Assistans vid förflyttning
- Gångträning
- Balansträning
- Assistans vid personlig vård
- Stöd vid personlig vård
- Hjälpmedelsförskrivning
- Annan åtgärd - Muskelfunktions och styrketräning
- Anpassning av möblering och inventarier
- Antihalksockar
- Styrketräning
- Förflyttningsträning
- Höftskyddsbyxor
- Träning av fysisk prestationsförmåga
- Träning av på- och avklädning
- Omgivningsanpassning

13.2.4 Svenska palliativregistret

Samtliga verksamheter inom kommunens vård, omsorg och hemsjukvård registrerar i palliativa registret. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd eller oro och ha ordinerade läkemedel vid behov. Att få vårdas där patienten vill vara, inte behöva vara ensam samt veta att de närstående får stöd.

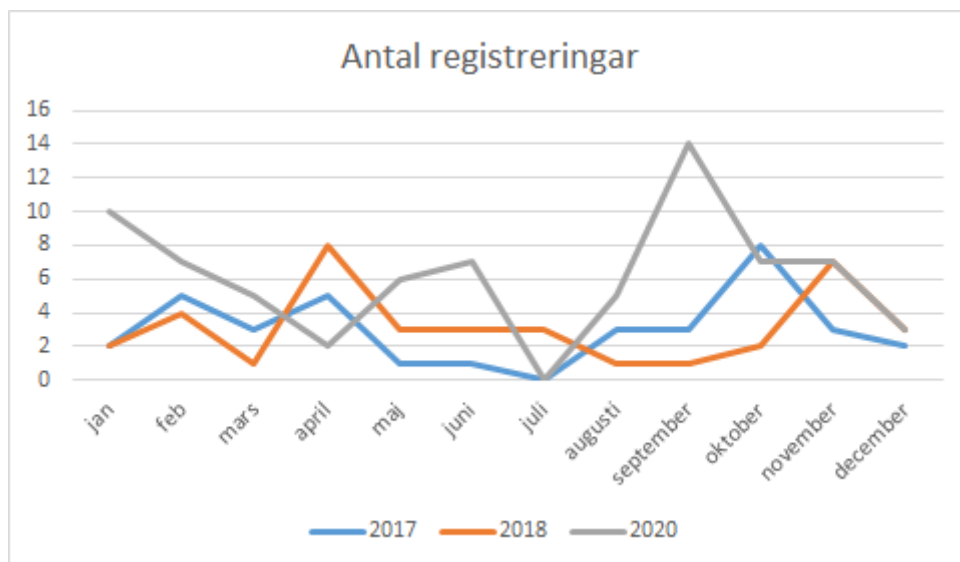
Diagram 12 - Täckningsgrad Palliativregistret



13.2.5 BPSD-registret

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens drabbar någon gång de flesta som har en demenssjukdom. God kunskap om demenssjukdom, ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden är framgångsfaktorer. BPSD-registret är ett stöd i processen med att komma tillrätta med symtomen genom att systematiskt skatta, analysera, åtgärda och följa upp.

Diagram 13 - Antal registreringar BPSD-register



13.3 Resultatmätt

13.3.1 Vård i livets slutskede

Diagram 14 - Täckningsgrad inrapporterade dödsfall

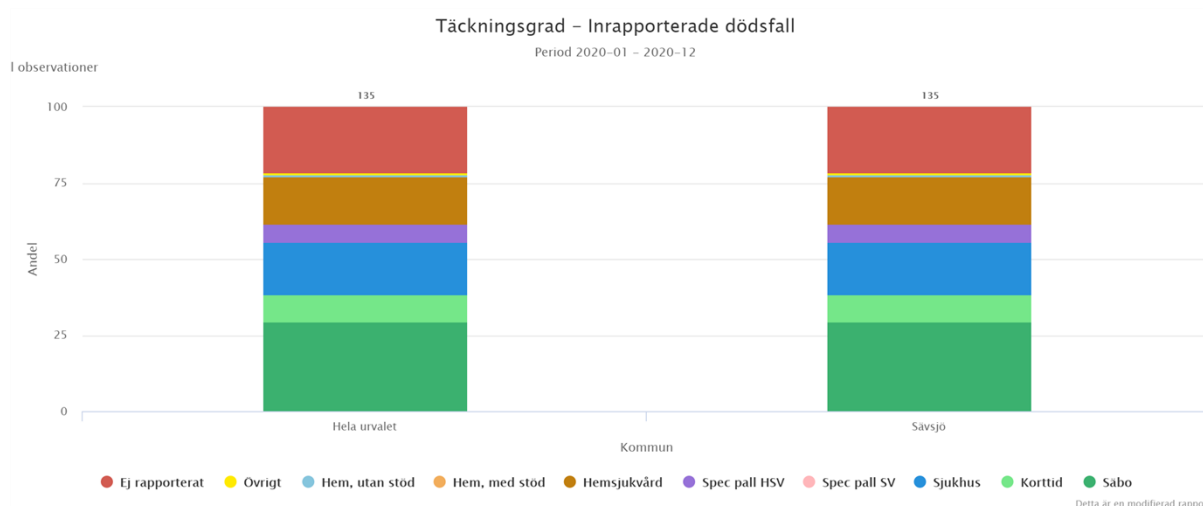


Diagram 15 - Indikatorer för God Palliativ vård

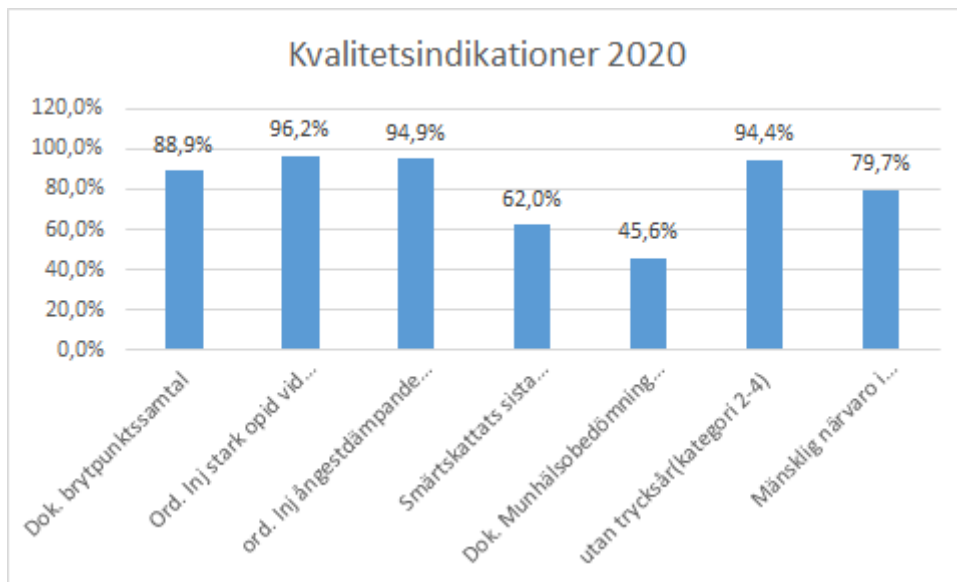


Diagram 16 - Indikatorer 2018-2020 Sävsjö kommun

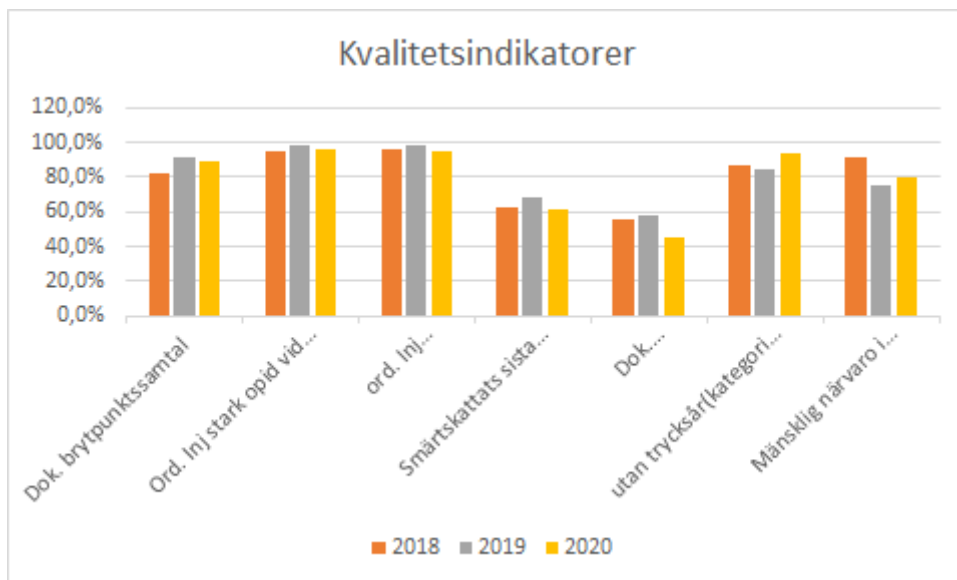
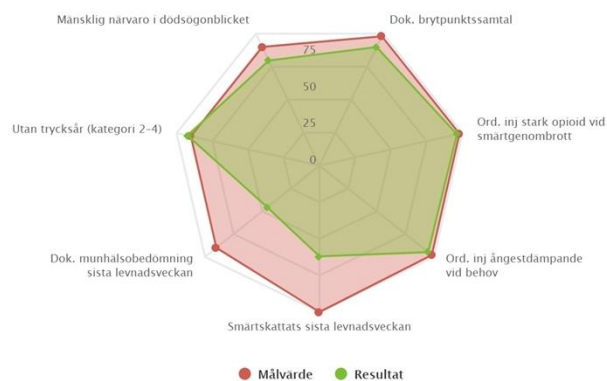


Diagram 17 - Uppfyllnadsgrad kvalitetsindikatorer

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 – 2020-12



Detta är en modifierad rapport

Täckningsgraden för registrering i Svenskt palliativregister ligger strax under målpuffyllelse

men har ökat något sedan 2018.

Smärtskattning vid vård i livets slut har diskuterats i sjuksköterskegruppen och arbete pågår för att göras mer frekvent.

Ordinerade läkemedel vid behov mot ångest och smärta finns vid palliativ vård, vilket gör att patienten snabbt kan få lindring vid dessa symptom.

Andelen som fått en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan är låg och arbete med att strukturera upp bedömningarna ska påbörjas.

13.3.2 Personcentrerad vård vid demenssjukdom

BPSD=Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

NPI-skalan

Neuropsychiatric Inventory, skattningsskala som mäter frekvens och grad av BPSD.

Diagram 18 - NPI över tid

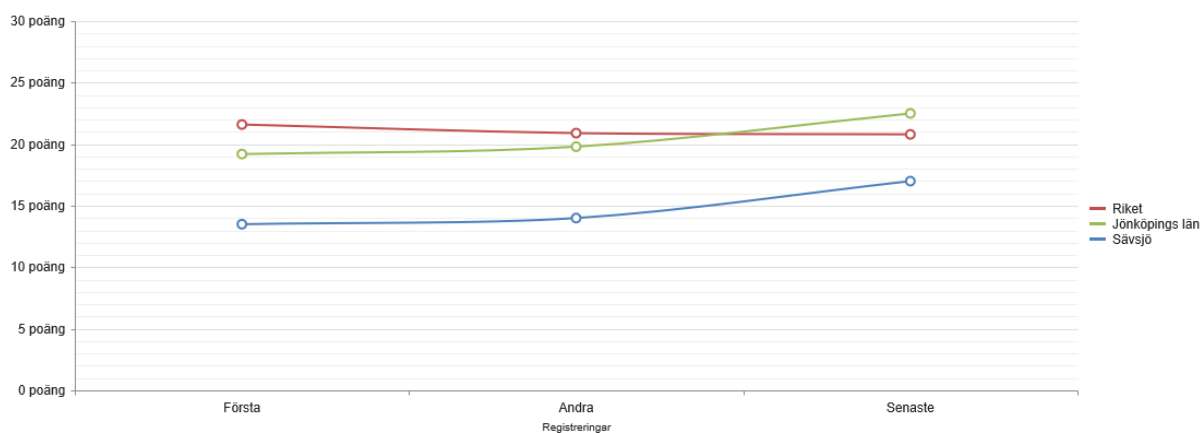


Diagram 19 - andelen personer som verkar smärtfria

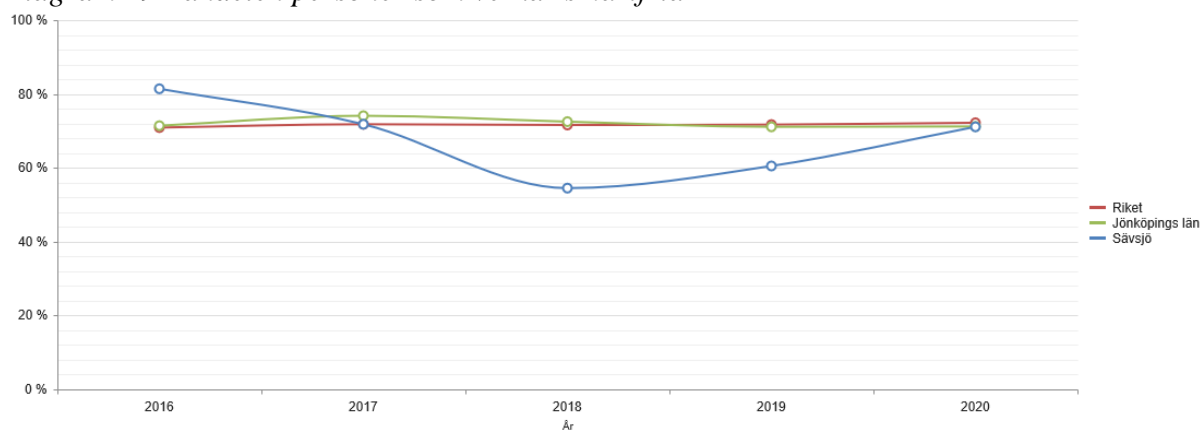


Diagram 20 - Åtgärder som vidtagits vid beteendemässiga symtom

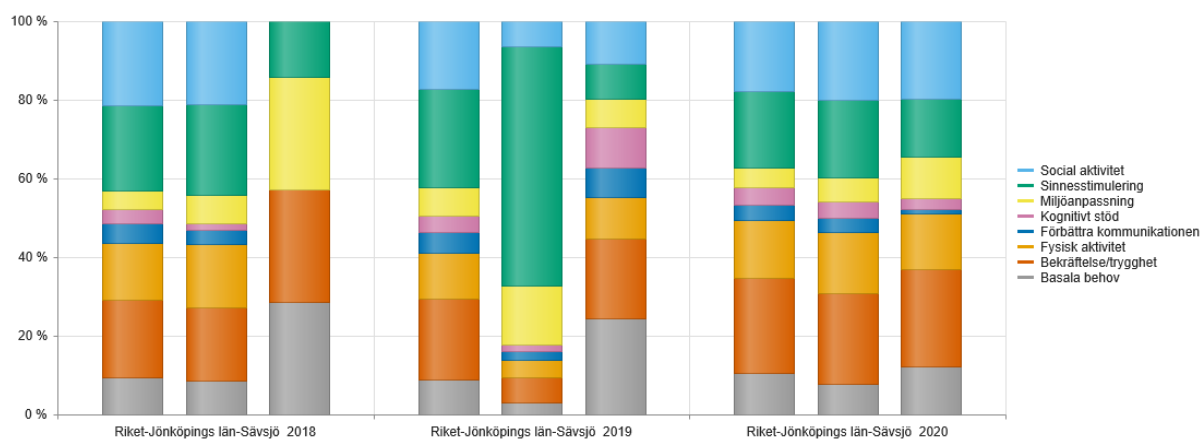
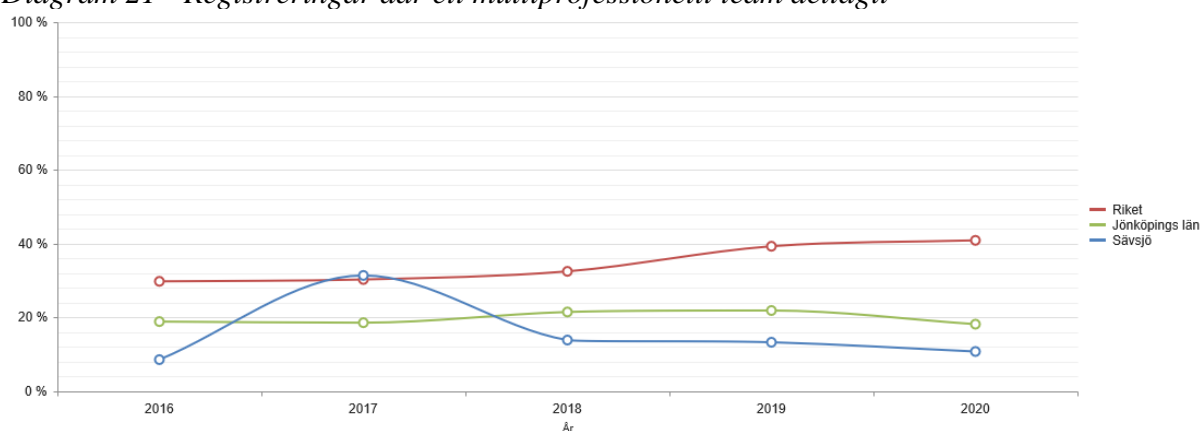


Diagram 21 - Registreringar där ett multiprofessionellt team deltagit

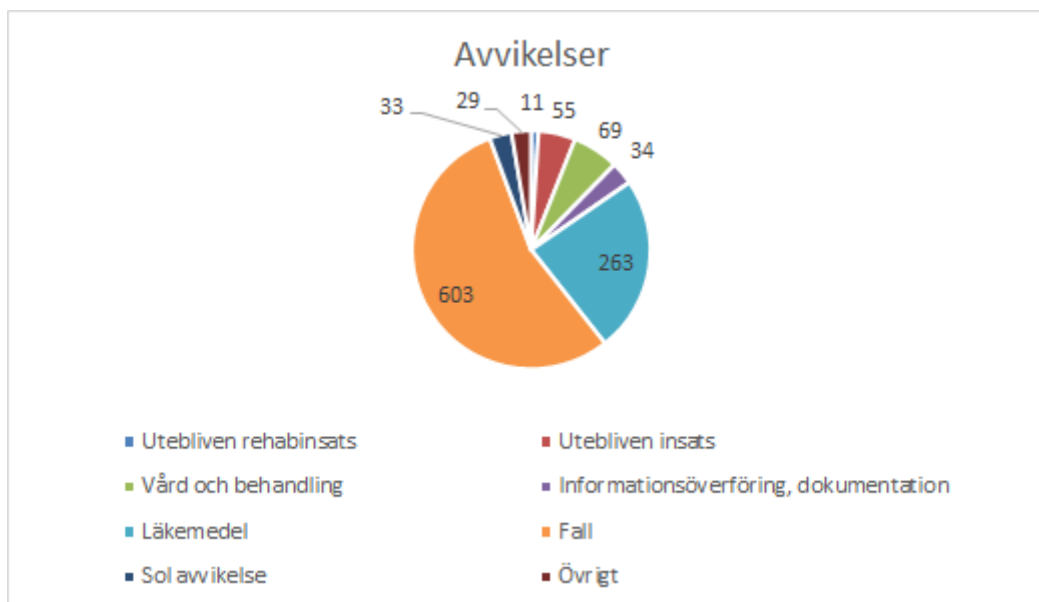


En förbättring kan ses för andelen demenssjuka som verkar vara smärtfria. Kommunens demensteam jobbar i samverkan med regionens primärvård för en god demensvård i Sävsjö kommun, andelen bedömningar i teamet minskade mellan 2017 och 2018 men har sedan legat på samma nivå.

13.3.3 Avvikelser

1097 avvikelser har dokumenterats under 2020

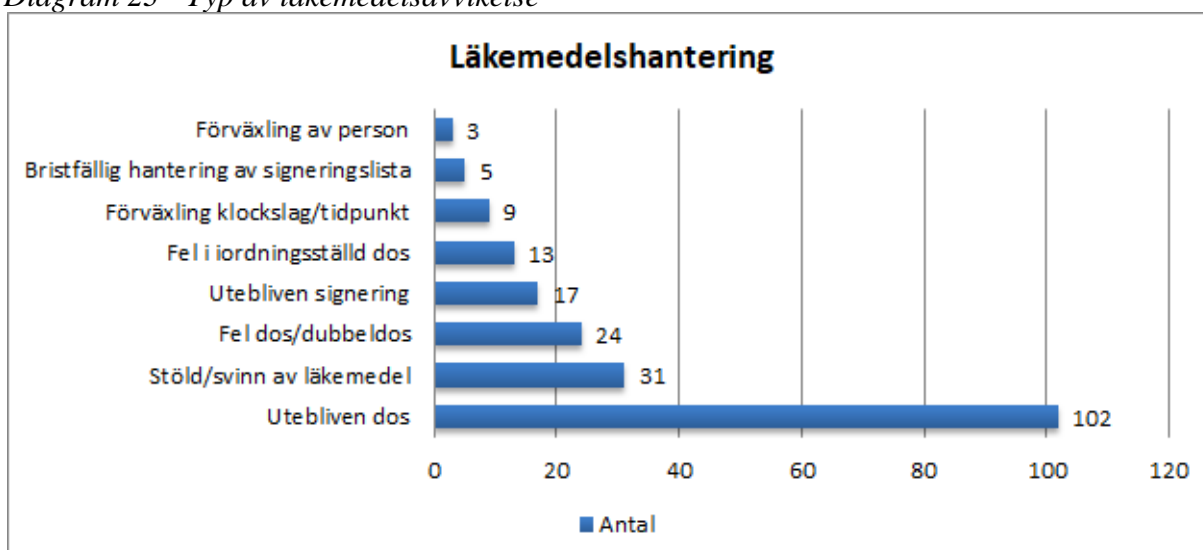
Diagram 22 - Typ av avvikelser



Fall är en stor del av alla avvikelser därefter kommer avvikelser i läkemedelshanteringen.

Läkemedel

Diagram 23 - Typ av läkemedelsavvikelse



Utebliven läkemedelsdos är den största avvikelserna och man uppger glömska som största orsaken till att det blir läkemedelsavvikelser. Under rubriken stöld/svinn av läkemedel är det flera avvikelser som borde rapporterats som Fel dos.

Läkemedelsskåp med digitala lås är upphandlade och ska installeras på särskilda boende under våren 2021. Det blir en säkrare hantering av behörigheter och logg kan skrivas ut på vilka som öppnat skåpet.

Fallavvikelse

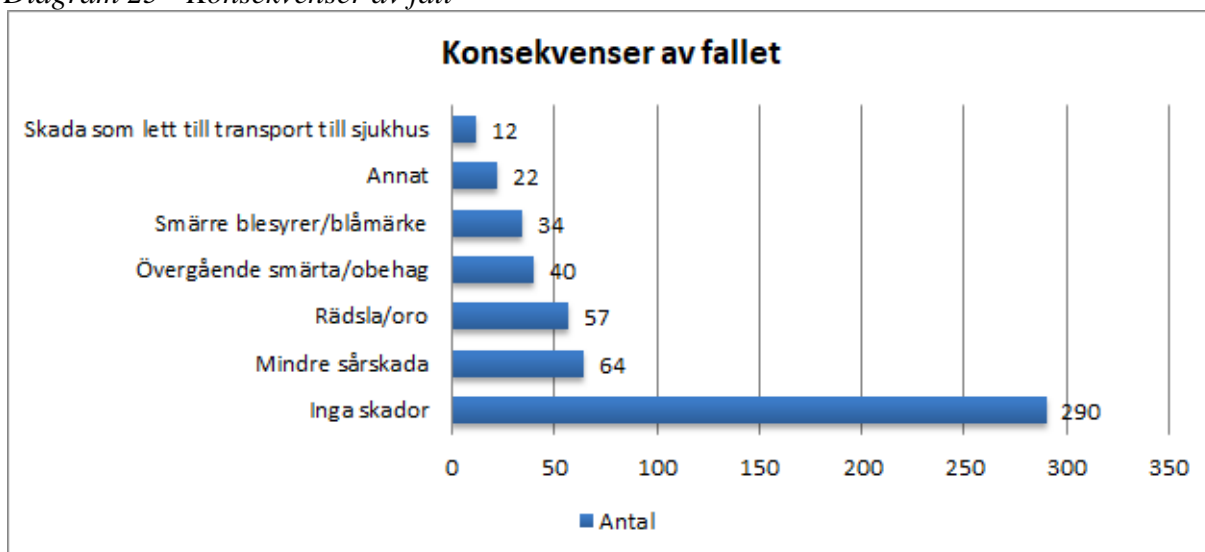
Fall definieras som "en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller på marken oavsett om skada inträffat eller ej och oavsett orsak".

Diagram 24 - Plats för fall

Var hände fallet	Antal	Fördelning
Sovrum	183	40,8%
Dagrum/vardagsrum	77	17,1%
Badrum/toalett	69	15,4%
Kök	50	11,1%
Korridor/hall	44	9,8%
Ute	15	3,3%
Annat	9	2,0%
Trappa	2	0,4%
Totalt	449	100,0%

Den största andelen av fall sker inomhus

Diagram 25 - Konsekvenser av fall



Källa DF respons

Av alla fall som inträffar i verksamheten kan man se att endast ett fåtal leder till skador som kräver sjukhusvård.

Avvikelser Utebliven insats och utebliven rehabinsats Dessas två rubriker kan slås ihop då det rapporterats lite olika men det handlar till största delen om utebliven utförande av rehabordinationer.

Avvikelse informationsöverföring och dokumentation

Avvikelserna handlar om brister i information som ges från slutet vården vid hemgång från sjukhus, någon visar även på intern brist i information vid hemkomst från sjukhus.

Ett händelseråd för avvikelser i samverkan finns på Höglandet för uppföljning och åtgärder av avvikelser i samverkan.

13.3.4 Kvalitetsmätningar

Inom Sävsjö kommuns hälso- och sjukvård görs lokala mätningar inom olika område.

Inom området riskfaktorer för infektion och infektioner görs registreringar varje vecka i samarbete med regionens avdelning för smittskydd/vårdhygien.

Kvalitetsmätning inom hälso-sjukvården görs årligen men har under 2020 inte utförts på grund av den rådande pandemin.

14 Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål

- kommunen skall bedriva en trygg och säker hälso- och sjukvård
- patienten inte ska komma till skada eller utsättas för risk för skada i vårdarbetet
- personalen ska arbeta preventivt i syfte att förebygga vårdskador
- personalen ska arbeta följsamt till riktlinjer och rutiner
- hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta för att öka patientens delaktighet i vårdarbetet

Strategi

För att uppnå ovan krävs att all personal använder riktlinjer och rutiner som ett levande dokument

- ledningssystemet för hälso- och sjukvården ingår som en del i Socialförvaltningens övergripande ledningssystem för kvalitet
- samverkan internt och med vårdcentral och slutenvård vid utskrivning från slutenvården
- dokumentation enligt IBIC (Individens Behov i Centrum) och KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder).
- fortsatt utvecklingsarbete i de olika kvalitetsregistren och använda resultat till fortsatt utveckling och förbättringsarbete för att ytterligare höja kvalitén på vården till kommunens vårdtagare.
- utöka vårdpreventionsarbetet genom teamarbete och registrering i Senior Alert
- riskbedömningar görs och att resultat återfinns i patientjournalen
- uppföljning av eget resultat och jämförelse med andra genom att våren 2021 delta i de nationella punktprevalensmätningarna (PPM) av:
 - o Trycksår
 - o Basala hygienrutiner och klädregler
 - o Vårdrelaterade infektioner
- att mätningen av nattfastan år 2021 genomförs två gånger (vecka 14 och 47) under tre sammanhängande dygn.

15 Bilaga 1 - Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar i samverkan, Sävsjö kommun och Vårdcentralen Bra Liv Sävsjö

2006 deltog ett team från Sävsjö i programmet, Patientsäkerhet och läkemedel med fokus på äldre i SÄBO. Förbättringsarbetet som togs fram var att införa årliga läkemedels genomgångar. Vi införde läkemedelsgenomgångar på SÄBO, under 2006-2007.

2010 ansökte vi om stimulansbidrag för läkemedelsgenomgångar i samverkan mellan Sävsjö kommun och vårdcentralen Bra Liv . Styrgrupp MAS och verksamhetschef Bra Liv.

Arbetsgruppen bestod av två distriktssk, två kommunssk och två distriktsläkare. Storgrupp: Arbetsgrupp samt mottagnings ssk och samtliga läkare på VC. Vi tog fram gemensamma arbetsformer för genomförandet av läkemedelsgenomgångar i SÄBO och hemsjukvården. Vid övertagandet av hemsjukvården i ordinärt boende januari 2013 hade vi väl upparbetade rutiner för läkemedelsgenomgångar. Vi (MAS och Verksamhetschef) har träffats regelbundet och gemensamt följt upp rutinerna och följsamheten samt reviderat vid behov.

Läkemedelsgenomgång erbjudes minst en gång/år

- - den månad patient fyller år
- - flyttar in på särskilt boende
- - för patienter i hemsjukvården
- - vid behov

Följande görs:

- - Provtagning , prover LabRos
- - Modifierad PHASE 20
- - Statuslista
- - Riskanalys Senior Alert
- - Ev triggerlista
- - Granskning av läkemedelslista, indikationer

Apotekare involveras (v.b.) och går igenom symtomskattning och medicinlista.

Läkemedelsgenomgången dokumenteras i kommunens HSL- journal och i Cosmic.

Vi följer/mäter antal läkemedelsgenomgångar genom hälso- och sjukvårdsdokumentationen i verksamhetssystemet.