

Patientsäkerhetsberättelse för omsorgsförvaltningen År 2016

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	3
Verksamhetschef enligt HSL § 29	3
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	4
Hälsa- och sjukvårdspersonal.....	4
Vårdhygien och Smittskydd.....	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Riskanalys	7
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Avvikelser	7
Klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående.....	8
Resultat 2016.....	8
Kvalitetsarbete	8
Vårdhygien	13
God vård i livets slutskede.....	13

Sammanfattning

Förvaltningens arbete med patientsäkerhet har följt patientsäkerhetsplanen och åtgärder har i stor utsträckning vidtagits enligt de strategier som beslutats. Risker för vårdskador har identifierats och hanterats genom avvikelser och synpunkter, samt genom de resultat som inhämtats genom egenkontroller, kvalitetsregister och andra resultat från mätningar.

Antalet patienter som har insatser nära nog oförändrat sedan 2015. En skillnad i verksamhetens omfattning är dock att insatser som intravenös antibiotikabehandling av infektioner och blodtransfusioner har ökat i hemsjukvården, vilket innebär att patienterna inte behöver läggas in på sjukhus i samma utsträckning som tidigare. Det innebär en ökande belastning på hemsjukvården eftersom dessa insatser är tidskrävande i sig och patienter i behov av dessa insatser i allmänhet också har ett stort omvårdnadsbehov.

Ett ökat antal läkemedelsavvikelser jämfört med 2015 ger anledning till fortsatt analys av orsakerna. Det bör beaktas att det kan vara ett positivt tecken att antalet avvikelser ökar, då det kan vara ett tecken på att verksamheterna har blivit mer aktiva i sitt patientsäkerhetsarbete. Under arbetet med att ta fram statistik från avvikelssystemet hittades avvikelser som hade en allvarlighetsgrad som skulle föranlett rapport till MAS. Rutinen för rapportering till MAS måste förtydligas och implementeras under 2017.

En ökning ses också av antalet avvikelser som rör försvunnen narkotika ur patienternas läkemedelsförråd. Avvikelseerna var 83 stycken.

Lårbens- och höftfrakturer har, enligt statistik från Region Kronoberg som gäller kommunen i helhet minskat något. Även antalet trycksår som hade uppstått i nuvarande verksamhet hade minskat. En stor andel av de trycksåren som fanns hade uppstått utanför den kommunala vården och omsorgen. De positiva resultaten är sannolikt ett resultat av det förebyggande arbete som utförts.

Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar enligt teammodellen har minskat kraftigt under 2016 trots att kommunens målsättning var att öka antalet fr.a. i ordinärt boende. Minskningen av antalet läkemedelsgenomgångar kan kopplas till läkarbristen inom primärvården.

Förvaltningen har i nationell jämförelse goda resultat i den årligen återkommande nationella punktprevalensmätningen av vårdhygien. Målen har dock ännu inte uppnåtts. Trenden med mindre och avgränsade utbrott i samband med magsjuka håller i sig.

Avvikelseberättelserna av icke utförda rehabinsatser har ökat vilket är glädjande, men fortfarande rapporteras bara en liten andel av de uteblivna insatserna. Mätning av utförandet av ordinerade rehabiliteringsinsatser har visat att cirka 30 % av insatserna inte blir utförda och signerade.

Inom området vård i livets slut uppnåddes inte målsättningen att öka andelen patienter som får en smärtskattning med validerat bedömningsinstrument. Resultaten inom flera andra områden inom registret har dock förbättrats. Andelen patienter som registrerats av sjuksköterskorna i Svenska Palliativregistret har minskat vilket ger försämrade möjligheter att följa kvalitén på den palliativa vården.

Den höga personalomsättningen bland sjuksköterskorna under 2015 har medfört att många sjuksköterskor själva har fått introduktion, eller introducerat en kollega under 2016. Introduktionen för sjuksköterskor har genomförts med stöd av introduktionsprogram. En viss

nyrekrytering är positiv för verksamheten, men den höga andelen nyanställda har medfört hög arbetsbelastning för hela sjuksköterskegruppen.

Sett ur ett nationellt perspektiv är det sannolikt att problemen med rekrytering av leg. personal kommer att fortsätta. Rekryteringsfrågor och strategier för att få personalen att trivas och stanna kvar är av fortsatt hög prioritet. Arbetet som sjuksköterska i hemsjukvården ställer krav på specialistkunskaper inom förbyggande hälso- och sjukvård och vård av äldre. Sjuksköterskorna ska därför erbjudas möjlighet att vidareutbilda sig till distriktsköterska och sjuksköterska inom äldrevård genom viss ekonomisk kompensation vid studier.

En genomförd journalgranskning tyder på att det finns stora olikheter i sjuksköterskornas sätt att dokumentera, och utbildning i dokumentation är ett prioriterat område under 2017. Inom hemsjukvården och hemtjänsten kommer arbetet med säker informationsöverföring och dokumentation att underlättas genom att baspersonalen nu har möjlighet att läsa dokumentation/ordinationer och dokumentera med hjälp av mobiltelefoner. Utvecklingen inom IT-teknik/e-hälsa ger möjligheter att öka patientsäkerheten ytterligare inom de närmaste åren.

Övergripande mål och strategier

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

Ledningssystem för kvalitet finns enligt SOSFS 2011:9 och finns att läsa på www.vaxjo.se Omsorgsnämnden fullgör sitt ansvar bl.a. genom att varje år fastställa plan för patientsäkerhetsarbete och genom att följa och redovisa resultatet av detta arbete i patientsäkerhetsberättelsen.

Omsorgsnämnden ser också till att det finns rutiner för att utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, och för att vidta åtgärder till följd av dessa, samt att via MAS göra anmälan enligt lex Maria enligt SOSFS 2005:28.

Omsorgsförvaltningens rutiner för arbete med avvikelser, synpunkter och klagomål och anmälan enligt lex Maria finns i handboken ”När det inte blev som det var tänkt”.
www.vaxjo.se/handbockeromsorg

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivaren/Omsorgsnämnden

- skall säkerställa att chefer och medarbetare har kompetens, engagemang, ansvar och befogenheter för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- skall efterfråga och följa upp mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer, även verksamhetsöverskridande
- skall av enheter kräva medverkan i olika nationella och internationella kvalitetsregister för att på så sätt kunna bedöma verksamhetens kvalitet

Verksamhetschef enligt HSL § 29

- ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en vård av god kvalitet
- ansvarar för att operativa verksamhetsmål formuleras så att de är mätbara och för att målen nås

- ansvarar för att ta fram mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processen, även verksamhetsöverskridande
- ansvarar för att utfallet analyseras, medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

- ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- ansvarar för att journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen
- ansvarar för att beslut om att delegera hälso- och sjukvårds insatser är förenliga med säkerhet för patienten
- ansvarar för att det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras
- ansvarar för att utreda och anmäla allvarlig skada eller risk för allvarlig skada, lex Maria
- ansvarar för att patienten får den vård och behandling som en läkare förordnar om
- ansvarar för att ändamålsenliga och behövliga väl fungerande direktiv, instruktioner, riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering upprättas, fastställs, följs upp och revideras

Hälso- och sjukvårdspersonal

medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- risk- och avvikelshantering, och
- uppföljning av mål och resultat

Förutom ovanstående övergripande ansvarsbeskrivning så beskrivs också ansvar för respektive yrkeskategori i de rutiner som finns i handböckerna Rutiner för hälso- och sjukvård, Handbok för rehabilitering, Vård och omsorg i livets slut, När det inte blev som det var tänkt, Handboken för medicintekniska produkter och Nutritionshandboken, <http://www.vaxjo.se/omsorgenshandbocker/nutrition>

Vårdhygien och Smittskydd

Inom områdena vårdhygien och smittskydd har verksamheten tillgång till stöd av specialistutbildad person inom Region Kronoberg.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Det förebyggande arbetet med trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert. Punktprevalensmätningar - PPM-BHK (basala hygien- och klädregler) har gjorts på 37 enheter.

För uppföljning av arbetet i livets slut används Svenska Palliativregistret.

Tre enheter i särskilt boende har deltagit i svenska HALT¹ under året för att kartlägga antibiotikaanvändandet.

Resultaten redovisas till omsorgsnämnden via delårsrapporter och verksamhetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse. Resultaten analyseras av förvaltningens ledningsgrupp och förbättringar i arbetet initieras från omsorgsnämnden och ledningsgruppen.

¹ Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities, Folkhälsomyndigheten

Uppkomna vårdskador analyseras och mäts genom avvikelserapporteringssystemet och redovisas till omsorgsnämnden vid delårsrapporter, verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelsen. Ansvariga chefer tar del av egna resultat via avvikelssystemet och anställd personal får återkoppling på arbetsplatsträffar. När beslutade åtgärder har vidtagits bestäms också uppföljningsdatum. Uppföljningsansvaret kan ligga på olika nivåer beroende på vilken typ av händelse det gäller och allvarlighetsgraden.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits utifrån patientsäkerhetsplanen samt utifrån de rutiner för avvikelshantering, klagomåls/synpunktshantering och anmälningar enligt lex Maria som beskrivs i handboken När det inte blev som det var tänkt. Arbetet i de olika kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD:registret utgör en god grund för utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll har utförts inom ett flertal områden.

Journalgranskning av 30 journaler har genomförts av delsystemansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Granskningen visade på stora olikheter i sjuksköterskornas sätt att dokumentera, vilket ger brister i journalernas överskådlighet. Ordinationer till baspersonalen och informationsöverföring mellan yrkesgrupperna var dock tydliga. Det saknades i flera journaler dokumentation som beskrev vilken information patienten hade fått, samt vad patienten själv önskade för vård. Utbildning kommer att ges till sjuksköterskorna i dokumentationsmodellen och i dokumentation av patienternas delaktighet i vården.

För att säkerställa sekretess i journalhanteringen har loggkontroller genomförts i verksamhetssystemet procapita enligt rutin.

Loggkontroller av inloggningar i informationsöverföringssystemet Cosmic LINK och av den legitimerade personalens inloggningar i den sammanhållna journalen i Cosmic har inte utförts enligt rutin.

En nationell punktprevalensmätning – PPM BHK (basal vårdhygien och klädregler) har genomförts genom kollegieobservation under våren inom äldreomsorgen. Resultaten visar på att 71 % av den personal som observerades uppfyllde alla krav och att vi därmed låg över det nationella genomsnittet som var 51 %. Totalt har 11 enheter gjort egenkontroll av vårdhygien. Egenkontrollen ska göras genom att enhetschef, sjuksköterska, och baspersonal gemensamt besvarar frågor kring följsamheten till basala hygienrutiner. Detta är en försämring jämfört med 2015 när 54 enheter gjorde egenkontrollen. Resultatet har inte sammanställts, men varje enhet har fått återkoppling av MAS på sina svar. Egenkontroller leder ofta till att enheten genom enkla åtgärder kan förbättra sitt arbete.

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter har gjort skriftlig självskattning av sin egen följsamhet till basala hygienrutiner. Självskattningen har också gjorts inom omsorg funktionsnedsättning. Resultaten används inom personalgruppen för att öka medvetenheten

hos den anställde.

Hygienronder har genomförts av MAS och hygiensjuksköterska på 6 enheter inom äldreomsorgen, 4 hemtjänst/hemsjukvårdsenheter och 2 särskilda boenden. Ytterligare 6 enheter har fått hygienrond enbart med MAS, 4 enheter inom omsorg funktionsnedsättning och 2 enheter i särskilt boende äldreomsorg.

Antalet trycksår är en del i den årliga mätningen av hälso- och sjukvårdsinsatser. I mätningen ingår också bl.a. skyddsåtgärder, antal personer med demensdiagnos och avancerad hemsjukvård. Antalet personer med demensdiagnos på särskilda boenden har ökat något från 40 % 2015 till 44 % 2016. Andelen som av sjuksköterska bedöms ha symptom på demenssjukdom ligger på 61 %. Den avancerade hemsjukvården hade ökat främst inom områdena blodtransfusioner och behandling med intravenös antibiotika. Uppgifterna om skyddsåtgärder används i första hand för att granska användandet av skyddsåtgärder på enskilda enheter och ge återkoppling om det finns enheter som har högt användande jämfört med andra.

Tio enheter har fått sina rutiner för läkemedelshantering granskade av farmaceut. Flera enheter har saknat uppdaterade lokala rutiner för enheten vilket troligen kan förklaras av att många sjuksköterskor är nyanställda. Några enheter har svårt att följa rutiner för läkemedelshantering på grund av att de inte har tillräckligt med utrymme för läkemedelsförråd på enheten. Ett förbättringsarbete pågår utifrån resultaten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan med Region Kronoberg regleras genom överenskommelsen ²Hemsjukvård i Kronobergs län - överenskommelse mellan kommunerna och Region Kronoberg i Kronobergs län gällande insatser i somatisk hemsjukvård och ³Överenskommelse mellan Region Kronoberg och länets kommuner gällande rutin för in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

Samverkan inom psykiatri regleras genom Samverkansöverenskommelse psykiatri⁴. Samverkan med primärvården bl.a. när det gäller läkarmedverkan regleras genom lokala avtal mellan hemsjukvårdsenheter och vårdcentralerna i Växjö kommun. För att undvika vårdskador orsakade av brister i vårdplanering, ordinationer och informationsöverföring i samband med in- och utskrivning från sjukhuset är det viktigt att avvikelshanteringen hålls levande och att återkoppling sker till verksamheten och till högsta ledningen. De starka strukturerna för samverkan på ledningsnivå inom hälso- och sjukvård och omsorg mellan kommunerna i länet och Region Kronoberg underlättar

² Avtalet finns att läsa på www.vaxjo.se/handbockeromsorg under fliken Samverkan och informationsöverföring.

³ Avtalet finns att läsa på www.vaxjo.se/handbockeromsorg under fliken Samverkan och informationsöverföring.

⁴ Avtalet finns att läsa på www.vaxjo.se/handbockeromsorg under fliken Samverkan och informationsöverföring.

patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan mellan olika enheter inom omsorgsförvaltningen beskrivs i rutiner för hälso- och sjukvård i handböckerna på <http://www.vaxjo.se/omsorgenshandbocker/rutiner> .

De avvikelser som gäller samverkan med annan vårdgivare, serviceresor eller apotek har hanterats genom gällande rutiner för avvikelshantering, se rubrik i resultatdelen.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikbedömningar görs i stor utsträckning för enskilda patienter i samband med registrering i kvalitetsregistret Senior Alert. Det görs ofta också i flera andra sammanhang t.ex. inför att en skyddsåtgärd ordinerar. Riskanalyser ur det organisatoriska patientsäkerhetsperspektivet har gjorts vid flera tillfällen under året t.ex. inför övergång till sommarorganisationen i kvällsnattpatrullen, av arbetssituationen i en hemsjukvårdsgrupp, inför övergången av socialpsykiatri till arbete och välfärd. En analys pågår av inloggning i de privata verksamheternas journalsystem. Vid riskanalys används den modell som rekommenderas av socialstyrelsen och SKL.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

När en händelse har inträffat som lett till vårdskada eller risk för vårdskada skrivs avvikelserrapport. Vid allvarigare händelser ska MAS kontaktas. Händelseanalys och uppföljning ska ske enligt rutiner i handboken När det inte blev som det var tänkt. Sammanställning av årets avvikelser finns tillgänglig för alla användare i verksamhetssystemet. Omsorgscheferna ska använda detta i sin uppföljning med enhetscheferna. Varje enhetschef ansvarar för återkoppling till sin verksamhet. Omsorgscheferna ansvarar också för att redovisning sker till enhetscheferna på förvaltningsnivå. Antalet avvikelser redovisas under rubriken kvalitetsarbete.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som kommer till Omsorgsnämndens kännedom via anmälan till Inspektionen för vård och Omsorg - IVO eller som ett ärende från Patientnämnden handläggs av MAS på likartat sätt som interna avvikelser och synpunkter. Modellen som används för händelseanalyser är hämtad från Socialstyrelsens, SKL:s m.fl.s handbok för patientsäkerhetsarbete.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Synpunktshantering redovisas i delårs- och årsrapporter kopplat till frågeställningar i bland annat förvaltningens verksamhetsplan samt ledningssystem för kvalitet i omsorgsnämndens verksamhet. Alla enheter ska ha en god uppföljning av sin synpunktshantering. Statistik ska

redovisas och återkopplas av chefer till personalen i verksamheten i samband med delårsrapport och årsrapport.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och närstående medverkar i dag i det systematiska kvalitetsarbetet genom att inkomma med synpunkter till verksamheten. I särskilt boende besvarar de också frågor om hur de upplever kontakten med sjuksköterska och läkare i förvaltningens brukarundersökning.

Resultat 2016

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Kvalitetsarbete

Mål

Avvikelser som rör läkemedelshantering ska minska

Resultat

Antalet⁵ registrerade avvikelser som rörde läkemedel var 2553 vilket var en ökning med 1,6 % totalt sedan 2015. Ökningen hade skett i särskilt boende enligt SoL, medan det istället hade skett en minskning i ordinärt boende och i bostad med särskild service enligt LSS.

Antalet personer som fick hjälp med läkemedelshantering var 870 inom ordinärt boende, 517 inom särskilt boende och 259 i bostad med särskild service enligt LSS. Ökningen av antalet läkemedelsavvikelser per patient/år har ökat från 1,35 till 1,6. Vi vet att det finns en underrapportering och att ökningen kan bero på att fler rapporterar än tidigare. Det är stora skillnader i antalet avvikelser per patient/år mellan olika enheter.

Läkemedelsavvikelser	2015	2016
Ordinärt boende		
Personer som har hjälp med läkemedel	861	870
Avvikelser per patient/år	1,4	1,2
Särskilt boende		
Personer som har hjälp med läkemedel	558	517
Avvikelser per patient/år	1,3	1,9
Bostad m särskild service		
Personer som har hjälp med läkemedel	190	259
Avvikelser per patient/år	1,2	1

⁵ Samtliga avvikelser redovisas för perioden 2015-10-01 – 2016-09-30 och gäller bara de verksamheter som drivs av kommunen. Externa vårdgivares avvikelser redovisas i deras respektive patientsäkerhetsberättelser.

De 5 vanligaste händelserna är samma som föregående år i fallande ordning; utebliven dos, fel i iordningställande, fel dos, fel tid för överlämnande, avvikelser narkotikakontroll.

De 5 vanligaste angivna orsakerna var i fallande ordning; glömska, annat, bristande rutiner, stress och missförstånd. Samma orsaker angavs 2015.

5 av avvikelserna ledde till inläggning på sjukhus och 21 till kontakt med läkare.

Antalet avvikelser som rör avvikelser i narkotikakontroll har ökat från 63 under 2015 till 83 under 2016. Detta bör föranleda förbättringar i möjligheten att avgränsa antalet personer som har tillgång till läkemedelsskåpen och att säkerställa vilka personer som har öppnat skåpen.

Det kan göras t.ex. genom införande av skåp med kodlås.

Strukturerat arbete med avvikelse- och synpunktshantering

40 avvikelser gällande insulin, blodförtunnande läkemedel samt smärtplåster har granskats av MAS utifrån frågeställningarna om 1. orsak, 2. omedelbar åtgärd och 3. förebyggande åtgärd har angivits. Det fanns brister i alla tre parametrarna. Då det gällde förebyggande åtgärder fanns det angivet i 22 av avvikelserna. Orsaker och omedelbara åtgärder var angivna i 31 av avvikelserna.

Under arbetet med att ta fram statistik upptäcktes avvikelser som lett till allvarigare vårdskador men som inte hade lett till rapport till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Medicintekniska produkter - MTP

Totalt registrerades 54 avvikelser under perioden. Detta är en minskning sedan 2015 då 74 avvikelser rapporterades. I 22 fall fanns ingen identifierad skada registrerad. De skador som registrerades var: smärta, psykiskt lidande och annan fraktur. 5 av avvikelserna har rapporterats till Läkemedelsverket.

Stick- och skärskador

Fem rapporter om stick- och skärskador på personal har inkommit. Antalet har minskat sedan 2015. En stor minskning av antalet skador skedde 2014 då arbetsmiljöregler ändrades så att endast utrustning med stickskydd fick användas. 3 av årets händelser orsakades av att enheterna inte hade bytt till utrustning med stickskydd.

Rehabilitering

Totalt har 133 avvikelser rapporterats inom området, vilket är en ökning med 67 % jämfört med 2015. Av dem gällde 108 utebliven insats. Eftersom mätningar har visat på stora brister i utförandet av insatser ordinerade av sjukgymnast/fysioterapeut vet vi att det sedan länge föreligger en stor underrapportering. Därför görs ingen analys av denna statistik. De skador som rapporterats var i fallande ordning fördröjd rehabilitering, försämrad funktionsförmåga, smärta, kontrakturer, psykiskt lidande och försämrad andningsfunktion. Granskning av de avvikelser som lett till försämring i funktionsförmågan visar på brister i analysarbetet.

Övrig hälso- och sjukvård

De avvikelser som kategoriseras övrig hälso- och sjukvård var 297 vilket är en liten ökning sedan 2015 då 288 avvikelser rapporterades. De fem vanligaste avvikelserna inom kategorin var i fallande ordning utebliven insats, brister i utförande av insats, brister i dokumentation, brister i informationsöverföring, brister i omvårdnad. 6 av avvikelserna ledde till inläggning på sjukhus och 11 till kontakt med läkare. Av de avvikelser som lett till sjukhusvård visade sig 2 inte vara förorsakade av brister i hälso- och sjukvården.

Avvikelser som inkommit till förvaltningen från annan vårdgivare/annan part

45 avvikelser har inkommit, vilket är en halvering sedan 2015. Alla utom tre har kommit från Region Kronoberg.

Avvikelser som skickats från förvaltningen till annan vårdgivare/part

Totalt skickades 156 avvikelser vilket var ett oförändrat antal sedan 2015. Merparten skickades till Region Kronoberg. De 5 vanligaste händelserna var i fallande ordning; annat, läkemedelshantering, bristande informationsöverföring, bristande informationsöverföring informationsöverföringssystemet LINK, ordination av läkare och utebliven medicinsk slutanteckning.

Lex Maria

En avvikelse ledde till anmälan enligt lex Maria under året. Händelsen gällde en person som kom hem till särskilt boende från sjukhusvistelse med en gipsskena på ena benet. Under skenan fanns sår som skulle läggas om. Sjuksköterskan som mottog patienten vid hemkomsten läste inte epikris ordentligt och missade därmed information om såren. Sjuksköterska dokumenterade inte heller något i patientjournalen om patientens status. Såren upptäcktes två veckor efter hemkomsten. Såren var allvarligt försämrade och sjukhusvård blev åter nödvändigt. Avvikelsen ledde till förbättrade rutiner för mottagande av patient.

Beslut från IVO har inkommit med godkännande av vidtagna åtgärder.

Ärende klagomål till IVO

Ett klagomålsärende gällande brister i vård och omsorg har inkommit. Detta ärende har också inkommit som synpunkt direkt till kommunen och via patientnämnden. Ärendet är utrett och besvarat men ingen återkoppling eller beslut har inkommit.

Synpunkter gällande hälso- och sjukvård

Under 2016 har 17 synpunkter gällande hälso- och sjukvård inkommit. Detta är en minskning med 4. Flera av synpunkterna har efter analys lett till förbättringar i verksamheten.

Patientnämnd

6 ärenden som rörde hälso- och sjukvård har inkommit via patientnämnden. Detta är tre synpunkter mer än 2015. Ärendena gällde hjälpmedel, informationsöverföring, vård och omsorg, läkemedelshantering, missnöje över avslag om hemsjukvård samt dåligt bemötande. Händelseanalyser har utförts och åtgärder vidtagits när det varit aktuellt.

Preventivt arbetssätt

Mål

1. Minskning av antalet trycksår i grad 2-4 som uppstått i nuvarande boendeform med 30 %.
2. Minskning av antalet fallolyckor med 10 %.

Resultat

Trycksår

Trycksår som uppstått i nuvarande boendeform		
	2015	2016
Ordinärt boende	11 (0,9 %)	9 (0,7 %)
Särskilt boende SoL	14 (2,5 %)	10 (1,8 %)
Totalt	25 (1,4 %)	19 (1,1 %)

Totalt hade andelen patienter med trycksår som uppstått i nuvarande boendeform minskat från 1,4 % till 1,1 % vilket innebär en minskning med 21 %.

Antalet registrerade patienter i ordinärt boende var 1190. Totalt hade 16 patienter trycksår i stadium 2-4 vilket är 1,3 %. Av dem hade 9 eller 0,7 % sår som uppstått i nuvarande boendeform.

Antalet registrerade patienter var 547 i särskilt boende enligt SoL. Totalt hade 15 patienter trycksår i stadium 2-4 vilket är 2,7 %. Av dem hade 10 eller 1,8 % sår som uppstått i nuvarande boendeform.

I bostäder med särskild service enligt LSS fanns inga trycksår i stadium 2-4.

Fall

I verksamhet som drivs av kommunen har antalet rapporterade fall ökat från 3693 2015 till 3863 under 2016. Detta innebär en ökning med 5 %.

Om resultatet innebär en reell ökning är osäkert eftersom antalet fall per omsorgstagare i ordinärt boende inte är möjligt att redovisa.

Eftersom det finns en underrapportering av skador orsakade av fall i avvikelssystemet redovisas inte denna siffra.

114 av fallen som registrerades i avvikelssystemet orsakade inläggning på sjukhus. 10 ledde till hembesök av läkare, 17 till läkarbesök på mottagning och 11 till telefonkontakt med läkare.

Statistiken i tabellen nedan från Region Kronoberg visar att den minskning som vi sett de senaste åren av höft- och lårbensfrakturer har fortsatt under 2016. Den statistik som hämtas från Region Kronoberg tas från de diagnoskoder som läkarna skriver in när patienterna söker vård. Den omfattar dock även de patienter som inte får vård- eller omsorgsinsatser från omsorgsförvaltningen.

Samtliga åldrar	Antal patienter	20111001	20121001	20131001	20141001	20151001
		20120930	20130930	20140930	20150930	20160930
Kvinnor		123	105	101	101	84
Män		55	56	45	40	43
Samtliga		178	161	146	141	127

Äldre än 65 år	Antal patienter	20111001	20121001	20131001	20131001	20151001
		20120930	20130930	20140930	20140930	20160930
Kvinnor		117	101	96	94	79
Män		47	49	40	35	38
Samtliga		164	150	136	129	117

Övriga åtgärder och analys

Senior Alert är ett viktigt verktyg för det hälsoförebyggande arbetet för omsorgstagare 65 år och äldre. I november hade 59 % av alla omsorgstagare i särskilt boende enligt Sol en aktuell riskbedömning vilket är en minskning sedan 2015 då andelen var 64 %.

95 % av de som hade riskbedömts under 2016 hade risk inom något eller några av områdena fall, undernäring, trycksår eller ohälsa i munnen. Andelen är oförändrad jämfört med 2015.

När det gäller fall så hade 69 % av de som hade risk också minst en planerad åtgärd och samma siffra för trycksår var 70 %. Av personerna med risk för undernäring hade 73 % minst en planerad åtgärd och vid risk för ohälsa i munnen 51 %. Andelen som hade en planerad åtgärd hade minskat inom samtliga områden.

I ordinärt boende hade 290 personer fått en riskbedömning i Senior Alert, vilket var en minskning sedan 2015 då 319 hade riskbedömts. 203 dvs. 70 % av dem hade risk inom något av områdena. När det gällde fall så hade 63 % av dem som hade risk också minst en planerad åtgärd och samma siffra för trycksår var 66 %. Av personerna med risk för undernäring hade 74 % minst en planerad åtgärd och vid risk för ohälsa i munnen 52 %. Andelen som hade planerad åtgärd hade minskat inom samtliga områden.

När det gäller munhälsa erbjuds årligen alla omsorgstagare som har rätt till nödvändig tandvård en kostnadsfri munhälsobedömning som utförs av tandhygienist från Region Kronoberg. Av de 658 personer som tackade ja till en sådan bedömdes 300 ha ett dåligt munhygienstatus. Region Kronoberg erbjuder också kostnadsfri utbildning till den baspersonal som arbetar där det förekommer omsorgstagare med rätt till nödvändig tandvård. 52 av personalen gick en sådan utbildning under 2016 vilket var en minskning från 249 2015.

Resultatet av nattfastemätningar som gjorts under året visar på ett försämrat resultat jämfört med föregående år, se årsrapport.

De läkemedel som tillhör grupperna som klassificerats som olämpliga läkemedel för äldre kan leda till ökad risk för fall. Under alla årets månader har antalet personer 75 år och äldre som hämtat ut recept på läkemedel som tillhör gruppen varit lägre än under 2015. (Siffran gäller totala antalet invånare i kommunen.) Det är viktigt att fortsätta det påbörjade arbetet för att minska/förändra läkemedelsanvändandet bland de äldre. Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar enligt teammodell, där läkare, farmaceut, sjuksköterska och baspersonal deltar, var under 2016 292. stycken. Det är en kraftig minskning, se tabell nedan. Bara 42 av genomgångarna gällde patienter i ordinärt boende.

Läkemedelsgenomgångar			
	2014	2015	2016
	386	455	292

Läkarbristen och den höga andelen hyrläkare är troligen orsaken till att färre läkemedelsgenomgångar görs. Läkarbristen leder också till att kontinuiteten och kvalitén på läkarmedverkan i hemsjukvården försämras. De goda strukturer som finns för samverkan mellan Region Kronoberg och kommunerna innebär dock att det finns möjlighet att samarbeta kring dessa svårigheter.

Tidiga åtgärder t.ex. i form av träning, utevistelse och gott näringsintag har en förebyggande effekt. Det är således av stor vikt att fortsätta det pågående samarbetet mellan omsorgsförvaltningen, Region Kronoberg, pensionärsorganisationerna och övriga förvaltningar för att minska antalet fallolyckor.

En mätning av andelen ordinerade rehabinsatser som utförts genomfördes under hösten.

⁶Resultatet visade att utförandegraden varierade mycket mellan enheterna men att genomsnittet låg på 69 % för hemtjänstverksamheter och i särskilda boenden enligt SoL på 67 %. I bostäder enligt LSS låg genomförandegraden på 79 %.

⁶ resultaten i detta stycke inkluderar även privata enheter

Vårdhygien

Mål

90 % följsamhet till basala hygienrutiner på alla enheter som genomför punktprevalensmätning – PPM av basala hygienrutiner.

Resultat

Resultatet från Växjö kommuns mätning av basala hygienrutiner och klädregler våren 2016 visade en följsamhet på 67 % vilket var ett oförändrat resultat jämfört med 2015 (riket 2016: 51 %). Vid extramätning under hösten blev utfallet bättre, 71 %.

57 omsorgstagare rapporterades ha insjuknat i vinterkräksjuka under 2016 vilket var en minskning. Utbrotten kunde begränsas i sin utbredning tack vare strikt tillämpning av de vårdhygieniska riktlinjerna vid magsjuka.

Ingen vårdrelaterad infektion har rapporterats via avvikelssystemet vilket visar på att rutinerna för avvikelserapportering inte tillämpas inom området.

En mätning av antibiotikaförskrivning har gjorts på 3 särskilda boende enligt SoL. Mätningen gjordes enligt HALT. Resultat redovisas av Folkhälsomyndigheten under 2017.

Övriga åtgärder och analys

MAS har informerat sjuksköterskorna om vårdrelaterade infektioner och förebyggande åtgärder.

Självskattningar har genomförts av den personal som inte gjorde PPM-mätningen.

Föreskriften om hantering av arbetskläder SOSFS 2015:10 säger att arbetskläder endast får bäras i arbetet. Tvätt av arbetskläder bör således ske på arbetsplatsen och den kvalitetsmässigt säkraste tvätten görs i tvätterier. Flera verksamheter, särskilt i ordinärt boende kan inte uppfylla kraven då lokalerna i stor utsträckning saknar förvaringsutrymmen för tvätt och befintliga tvättmaskiner inte är anpassade för att klara tvätt av personalkläder. Handlingsplan för 2016-2020 har upprättats.

Nya lokala rutiner för vårdhygien i ordinärt boende har införts under året och förutsättningarna för ett korrekt arbetssätt har genom detta förbättrats.

God vård i livets slutskede

Mål

50 % av de patienter som vårdades i livets slutskede och hade smärta skulle ha fått smärtbedömning med stöd av validerat bedömningsinstrument VAS eller Abbey Pain Scale.

Resultat

36 % av patienterna med smärta fick bedömning med validerat instrument vilket innebär en liten minskning jämfört med 2015.

2016 var antalet registrerade patienter 476 eller 62 % av de avlidna och 2015 var de 566 eller 69 %. Övriga resultat från palliativregistret (socialstyrelsens utvalda faktorer) redovisas i tabell nedan.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Andel avlidna utan trycksår	90	92,0
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot ångest	100	91,8
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot smärta	100	95,1
Andel med dokumenterad munhälsa	100	37,1
Andel med dokumenterat brytpunktsamtal	100	46,4
Andel med dokumenterad smärtskattning	100	35,5
Andel med dokumenterad symtomskattning	100	18,8
Antal vårdtillfällen i urvalet: 485		

Förändringen från föregående år inom några utvalda områden var:

- 91,8 % av patienterna hade ordination av injektionsbehandling mot ångest i livets slutskede, vilket innebär en förbättring jämfört med 90,3 % 2015.
- Brytpunktssamtal genomfördes av läkare och journalfördes för 46,4 % av patienterna vilket innebär en förbättring jämfört med 45,8 % 2015.
- Munhälsobedömning utfördes 2015 på 37,1 % av patienterna, vilket innebär en försämring jämfört med 40,6 % 2015.

Övriga åtgärder och analys

Arbete för ett aktivt användande av resultaten i palliativregistret har fortsatt både internt och i samarbete med Region Kronoberg.

Utbildning för sjuksköterskor av Rådgivningsteamet på Region Kronoberg har genomförts.

Utbildningar för teamen på 2 enheter har genomförts under 2016 i samarbete med Palliativt centrum på Linnéuniversitetet. Samtidigt har handledare utbildats i avsikt att de ska handleda i det palliativa arbetet enligt modeller

PATIENTSÄKERHETSPLAN 2017

Mål 1: Systematiskt arbete med avvikelser som rör läkemedelshantering.

Strategier

- Införande av Lifecare mobil hemtjänst.
- Information för sjuksköterskor av MAS och sjuksköterskechefer i systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Utbildning till sjuksköterskecheferna i risk- och händelseanalys.
- I syfte att stärka patientsäkerheten ska personcentrerad vård prioriteras i allt utvecklingsarbete, till att börja med via sjuksköterskorna.
- Riktlinjer för kontaktmannens ansvar är en utbildning som ingår i introduktionen av nyanställd baspersonal.
- Möjligheten att påskynda införandet av digital signering av överlämnande av läkemedel utreds.

Uppföljning och utvärdering

- Antalet avvikelser som rör läkemedel i avvikelssystemet.
- Av avvikelser rörande insulin, blodförtunnande och smärtplåster som skickats till MAS görs bedömningar av det dokumenterade arbetet med analys och åtgärder i 40 fall.

Mål 2: Antalet trycksår i grad 2-4 som uppstått i nuvarande boendeform ska minska med 30 %, jämfört med föregående år.

Mål 3: Antalet fallolyckor ska minska med 10 %, jämfört med föregående år.

Strategier

Personer 65 år och äldre i särskilt boende eller ordinärt boende med hemtjänst och med kommunal hälso- och sjukvårdsinsats ska erbjudas en riskbedömning i Senior Alert, samt vid behov åtgärder och uppföljning. Resultaten i Senior Alert ska ligga till grund för styrning av arbetsätt och kompetensutveckling. Enhetschefen är processägare. Riskbedömningar ska även erbjudas andra målgrupper vid behov.

Fortsatt arbete i fallpreventionsgruppen, vilket ska ske i samverkan med övriga aktörer som kan påverka antalet fallolyckor. Fallpreventionsgruppen följer upprättad handlingsplan.

Utförande av ordinerade rehabinsatser ska säkerställas på enheterna genom signering och uppföljning i teamen.

Arbete för att stimulera ett jämt näringsintag över dygnet pågår. Enheter med låg måluppfyllelse upprättar handlingsplan och tar stöd av dietist.

Fortsatta utbildningar i munhälsobedömningsinstrumentet ROAG på enheterna. Projektet ”Dysfagiscreening” fortsätter till alla särskilda boenden. Utbildning för sjuksköterskor i nutritionsvårdprocessen.

Sjuksköterskorna ska tillsammans med Region Kronoberg arbeta för att alla hemsjukvårdspatienter erbjuds att träffa läkare minst en gång per år och vid behov få läkemedelsgenomgång.

Utbildning för sjuksköterskor i trycksårspåbyggande arbete är obligatorisk för nyanställda sjuksköterskor och erbjuds även till övriga.

Sårvårdsprojekt med extern utbildare som ger utbildning åt sjuksköterskor och därmed också kompetensutveckling åt baspersonal som arbetar med såromläggningar.

Uppföljning av riktlinjer för teamkonferenser Omsorgscheferna har ansvar för att det görs.

Uppföljning/utvärdering

Avvikelsefall

Antal höft- och lårbensfrakturer enligt avvikelssystemet och Region Kronobergs statistik.

Andel registreringar, andel åtgärder och uppföljningar i Senior Alert.

Mätning av nattfasta

Mätning av trycksår via enkät till sjuksköterskor.

Mål 4: Alla enheter följer basala hygienrutiner

Strategier

Webutbildning ska användas vid introduktion av nyanställd personal och sedan en gång per år.

Egenkontroller genomförs årligen och de brister som upptäcks åtgärdas. De grupper som inte genomför PPM-mätning genomför självskattning vårdhygien två gånger per år. Legitimerad personal ska genomföra självskattning vårdhygien två gånger per år.

Lathund finns så att alla enheter kan fördjupa sig i sina resultat i PPM-mätningen. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och hygiensjuksköterska besöker utvalda enheter på hygienrund. Vid hygienronden görs bedömning av vilka förutsättningar som finns för ett korrekt arbetssätt och stöd ges för förbättringar.

HALT för kartläggning av infektioner och behandling med antibiotika sker på alla särskilda boende inom äldreomsorgen via sjuksköterskor.

Uppföljning/utvärdering

Mätning PPM basala hygienrutiner och klädregler, på alla enheter inom äldreomsorgen och utvalda enheter inom omsorg funktionsnedsättning.

Antal utbrott av magsjuka och storleken på utbrotten.

HALT-mätning.

Mål 5: Smärtbehandling med validerat bedömningsinstrument för minst 50 % av de patienter som vårdas i livets slutskede.

Strategier

Region Kronoberg och länets kommuner ska registrera minst 70 % dödsfallen i Svenska Palliativregistret. Det är sjuksköterskor som gör registreringen.

Enheter med lågt användande av smärtskattningsinstrument samt sjuksköterskor och undersköterskor i nattpatrullen ska få särskilt stöd för att börja använda sig av instrumentet. Utvecklingsarbete sker enligt handlingsplan från palliativa arbetsgruppen.

Resultaten från registret tas upp regelbundet på de övergripande kommungrupperna. De lokala resultaten från palliativregistret ska årligen gås igenom av sjuksköterskechefer med sjuksköterskor, samt med läkare av MAS. Enhetens resultat presenteras årligen av sjuksköterska för teamen.

Utbildning i palliativ vård på 2 enheter i särskilt boende. Utbildningen sker i team av interna handledare i samarbete med Palliativt Centrum

Uppföljning/utvärdering

Resultat i Svenska Palliativregistret