



**Alvesta
kommun**

Omsorgsförvaltningen
Arnold Lennartsson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Malin Larsson-Roos
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Datum
2018-02-21

Patientsäkerhetsberättelse

2017

Organisationsnr	Besöksadress	Postadress	Telefon	Hemsida	E-post till förvaltningen
212000-0639	Gärdesvägen 4	342 80 Alvesta	0472-150 00 vx	www.alvesta.se	omsorg@alvesta.se

Innehåll

Sammanfattning.....	4
1. Allmänt.....	5
2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
2.1 Omsorgsnämndens ansvar	5
2.2 Verksamhetschefens ansvar	5
2.3 Ansvar Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)	5
2.4 Enhetschefens ansvar	5
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	5
3. Övergripande mål och strategier	6
4. Samverkan för att förebygga vårdskador	6
4.1 Samordnad vårdplanering – SVPL.....	6
4.2 Läkarmedverkan.....	6
4.3 Samverkan med patienter och närstående	6
4.4 Samverkan med medborgare i övrigt	7
5. Struktur för uppföljning och utvärdering	7
6. Arbeta med nationella kvalitetsregister	7
6.1 Senior Alert	7
6.2 Palliativa registret.....	8
6.2.1 Förbättringsförslag för 2018 - Palliativ vård	9
6.3 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).....	9
6.3.1 Förbättringsförslag för 2018 – BPSD.....	9
6.4 Arbetet med nationella punktprevalensmätningar (PPM)	9
6.5 HALT-mätning.....	10
7. Uppföljningar genom egenkontroll	10
7.1 Läkemedel	11
7.1.1 Avvikelser angående läkemedelshantering	11
7.1.2 Läkemedelsgenomgångar	11
7.1.3 Läkemedelsgranskning	11
7.1.4 Förbättringsförslag 2018 - Läkemedel	11
7.2 Nutrition	11
7.2.1 Nattfasta.....	12
7.2.2 Förbättringsförslag för 2018 - Nutrition.....	13
7.3 Dokumentation	13
7.3.1 Övergång till journalsystemet Cosmic	14

7.3.2 Informationssäkerhet	14
7.4 Fall och fallskador	14
7.4.1 Uppstart träningsgrupper på särskilt boende	14
7.4.2 Fallförebyggande hembesök.....	15
7.5 Medicinteknik.....	16
7.5.1 Avvikelser medicintekniska produkter.....	16
7.6 Övriga avvikelser	16
7.7 IVO, Patientnämnd samt klagomål.....	16
8 Vårdhygien	17
8.1 Förbättringsområde för 2018 - Vårdhygien.....	17
9. Rehabilitering	17
9.1 Förbättringsområde för 2018 - Rehabilitering.....	17
10. Tandvård - uppsökande verksamhet	17
11. Demens och Psykiatri.....	18
12. Utskrivningsklara från slutenvården.....	18
13. Förbättringsförslag tillika patientsäkerhetsplan för 2018.....	19

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Sammanfattning

Med utgångspunkt i uppdraget att göra en besparing genom att minska det lidande samt de omkostnader som medföljer en höftfraktur till följd av en fallolycka har flera projekt pågått under året. Fallförebyggande hembesök av arbetsterapeut, träningsgrupper på särskilt boende, nätverk med intresseföreningar. De olika delprojekten har olika målgrupper och tillvägagångsätt gemensamt är att alla visar på positiva resultat.

Punktmätningen av BMI vecka 46 visade att andelen personer på de särskilt boendena som är underviktiga har ökat, så även antalet trycksår. Detta är något som måste analyseras samt leda till åtgärder för att komma till rätta med. Samtidigt visar nattfastamätningen på ett förbättrat resultat.

Ett antal beslut har tagits i ledningsgruppen utifrån projektet *Den salutogena måltiden* som avslutades under 2017. Dessa beslut innefattar bl.a. att en ändrad måltidsordning, ändrad fördelning av näringsinnehållet över dygnet, införande av ”11-kaffe” på alla enheter, kvalitetssäkrade mellanmål samt kompletterande utbildningsinsatser för kökens personal.

Under året har all personal, i enlighet med SOSFS 2015:10, erhållit leasade arbetskläder inklusive cirkulationstvätt.

Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) har tillsatts under 2017. Arbetet med riktlinjer och rutiner till ledningssystemet är påbörjat. Påbörjat är också workshops i prioriteringar, beslutsstöd, bostadsanpassning och förskrivning.

Utbildningsinsatser har genomförts i förflyttningsteknik och pedagogik. Internutbildning i dokumentation. Webbutbildning i förskrivningsprocessen. Samtliga fysioterapeut tjänster har tillsatts under året.

I slutet av november gick den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen över till journalsystemet Cosmic. Det är samma system som länets övriga kommuner, med undantag av Växjö, arbetar i.

Det har inte varit några inkommande eller utgående anmälningar till IVO eller Patientnämnden. 6 klagomål har inkommit.

Fr.o.m. 1 januari 2018 ersätts Betalningsansvarslagen mot *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612)*. Tanken med lagändringen är att snabba på hemtagningen av utskrivningsklara och därmed frigöra resurser inom slutenvården. Förändringen innebär också att de flesta vårdplaneringarna kommer att ske i den enskildes hem och att primärvården ska vara mer involverade i processen. Ett samverkansavtal finns mellan länets kommuner och Region Kronoberg och börjar gälla från 1 maj.

1. Allmänt

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

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

2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

2.1 Omsorgsnämndens ansvar

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Från 1 april ersattes denna lag av Hälso- och sjukvårdslagen ([2017:30](#)) samt Hälso- och sjukvårdsförordningen (. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt [2017:80](#) kontinuerligt följa upp och utvärdera målen,

2.2 Verksamhetschefens ansvar

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

2.3 Ansvar Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

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

I ansvaret ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

2.4 Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny personal får den introduktion som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter.

2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

3. Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Omsorgsförvaltningen har under 2017 fortsatt sitt arbete med Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ([SOSFS 2011:9](#)). Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår.

4. Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur omsorgsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Den s.k. Kommungruppen träffas fyra gånger per år och består av verksamhetscheferna samt avdelningschef för vårdcentralerna inom kommunen. Kommunen representeras av chefen för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, en enhetschef samt medicinskt ansvarig sjuksköterska. VIS-kommunsamverkan Link består av representanter från kommunerna samt Region Kronoberg. Samverkan genom LINK, Cosmic och vilka förbättringsåtgärder som man önskar, är frågor som står på dagordningen. Alvesta representeras av en handläggare och en sjuksköterska. Under 2018 startas arbetsgrupp Äldrehälsa upp i östra Kronoberg, arbetet är en spridning av Äldrehälsa som under 2017 bedrivits i västra delen av länet. Malin Larsson Roos (MAR) är Alvestas representant i arbetsgruppen som kommer träffas en gång/månad under våren 2018. Arbetet i Äldrehälsa utgår ifrån befintliga resurser och arbetssätt målgruppen är 65 år eller äldre och inskrivna i hemsjukvård.

4.1 Samordnad vårdplanering – SVPL

Vid samordnad vårdplanering överförs ansvaret för vård och omsorg från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhus. I Kronobergs län finns ett gemensamt upprättat avtal (*Avtal mellan kommuner och Region Kronoberg gällande in- och utskrivning av patient i slutenvård i Kronobergs län*).

Den samordnade vårdplaneringen görs med hjälp av Linksystemet. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport då rutinerna inte följs. Dessa avvikelser skickas och bearbetas korsvis via systemet Synergi.

4.2 Läkarmedverkan

Region Kronoberg har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Samverkansavtal mellan omsorgsförvaltningen i Alvesta kommun och Region Kronobergs vårdcentraler i Alvesta och Moheda samt den privatägda vårdcentral i Vislanda finns. Avtalen ska reglera samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta gäller såväl inom särskilt som ordinärt boende. Pga. vårdcentralernas bemanningsproblem har inte avtalen kunnat följas fullt ut. Patientsäkerheten har ändå kunnat bibehållas.

4.3 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- ✓ medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner.
- ✓ bli informerade när nationella studier genomförs.
- ✓ få informerade om resultaten av internkontrollerna.
- ✓ bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål.

4.4 Samverkan med medborgare i övrigt

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att:

- ✓ ha en lättillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida.
- ✓ medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer, etc.

5. Struktur för uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering sker fortlöpande enligt följande:

- ✓ Uppföljning av mål enligt ledningssystem
- ✓ Uppföljning enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- ✓ Brukarundersökningar
- ✓ Öppna jämförelser
- ✓ Nationella studier
- ✓ Egenkontroller

6. Arbete med nationella kvalitetsregister

Inom omsorgsförvaltningen har vi arbetat med följande kvalitetsregister 2017:

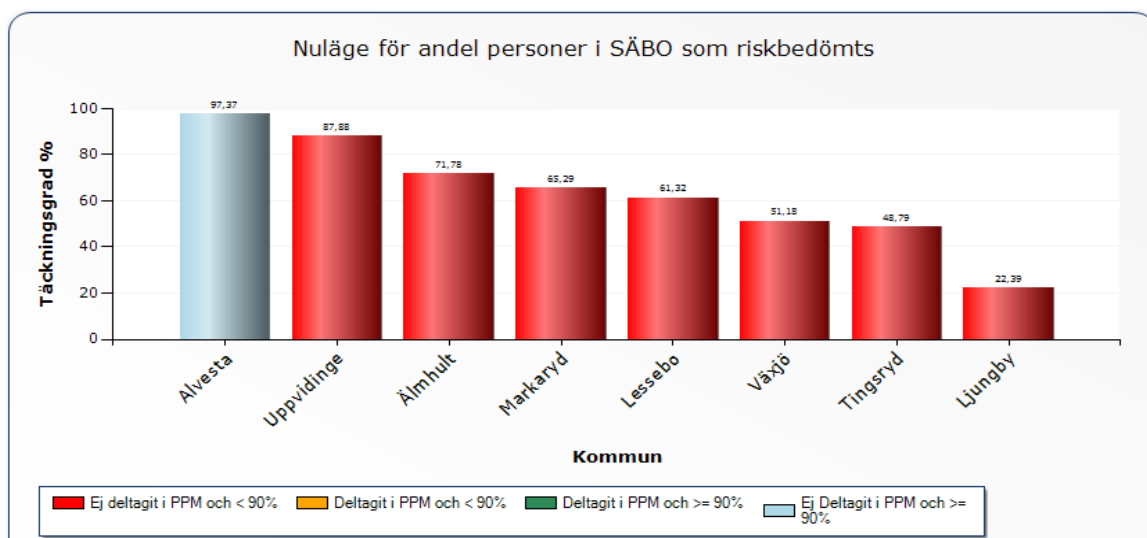
- Senior Alert
- Palliativregistret
- BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

Vi har deltagit i följande nationella mätningar

- HALT (Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) vecka 46
- PPM (Punkt prevalens mätning) vecka 46

6.1 Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som ger systematiskt datastöd för riskbedömningar, planerade åtgärder samt uppföljning gällande fall, undernäring, trycksår samt munhälsa.



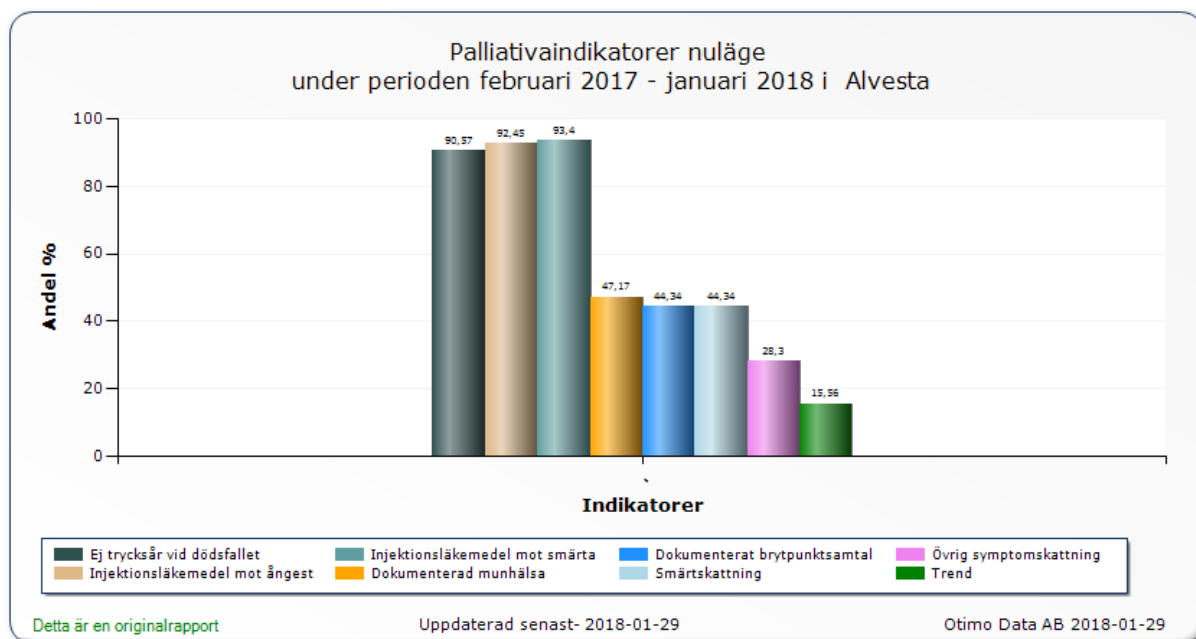
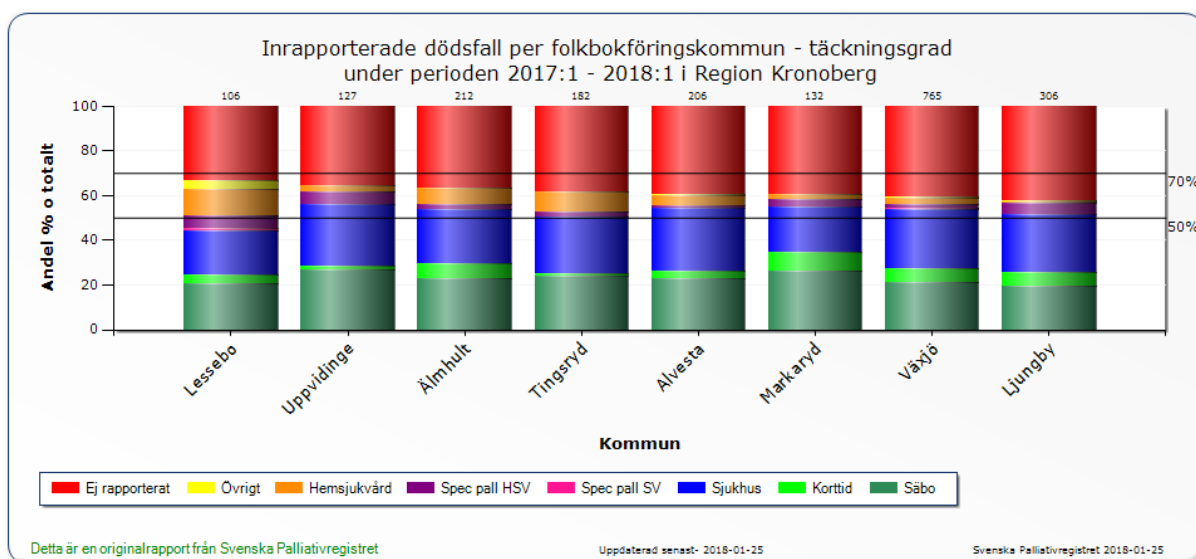
Vi har en mycket god riskbedömningsgrad vilket visar att Senior Alert nu är ett etablerat arbetssätt inom hela verksamheten. Målet är att öka andelen patienter i ordinärt boende där Senior Alert används.

6.2 Palliativa registret

[Svenska palliativregistret](#) är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Samtliga enheter inom omsorgsförvaltningen registrerar i Palliativa registret.

Det nationella målet är att minst 70 % av alla dödsfall ska registreras i Palliativregistret. Detta gäller oberoende av dödsplats. För avlidna invånare folkbokförda i Alvesta Kommun låg siffran 2016 på strax under 70 %. Under 2017 har registreringen tyvärr minskat ytterligare till ca 60 %.

Sammanfattning diagram:



Som framgår av diagrammet har vi bra resultat gällande *ej trycksår* samt ordination på *injektionsläkemedel mot ångest och smärta* medan, för övriga områden i denna tabell, finns utvecklingsbehov.

När det gäller ordinationer för injektionsläkemedel vid illamående samt rosslighet ligger siffrorna på 87,2 respektive 93,8 %.

Samtliga enheter inom omsorgsförvaltningen registrerar i Palliativa registret. Vi är representerade länsnätverket inom området.

6.2.1 Förbättringsförslag för 2018 - Palliativ vård

- Öka antalet registreringar i Palliativregistret till minst 70 %.
- Förbättra arbetet med att smärtskatta med validerat instrument samt dokumenterad munhälsa.

6.3 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD-symtom drabbar någon gång 90 % av alla som lever med en demenssjukdom och kan då orsaka stort lidande för den enskilde och dess anhöriga. BPSD är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat. Detta gör att varje enhet kan följa sin verksamhet. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Alvesta har formulerat följande mål för användningen av registret:

- ✓ Minska det lidande som dessa symtom innebär för den enskilde och dess anhöriga.
- ✓ Öka livskvalité för personer med demenssjukdom.
- ✓ Få struktur/systematik i omvårdnad/vård av den enskilde.
- ✓ Ge trygghet och kunskap till personalen.

6.3.1 Förbättringsförslag för 2018 – BPSD

- Att en sjuksköterska ska gå utbildning till utbildare och därigenom snabbt kunna göra teamen fulltaliga vid avgångar samt öka antalet team vid behov.
- Öka användningen av registret även i ordinärt boende.

6.4 Arbetet med nationella punktprevalensmätningar (PPM)

Senior Alert har tagit fram ett program för punktprevalensmätning gällande trycksår, fall (under två senaste veckorna) samt BMI < 22. Resultatet av en sådan mätning ger en ögonblicksbild över hur det ser ut under mätperioden. Mätningen sker endast på de särskilda boendena.

	Antal registreringar	Antal personer med trycksår	Antal Kategori 1	Antal Kategori 2	Antal Kategori 3	Antal Kategori 4	Antal personer med BMI < 22
V. 46 2017	225	15,1 %	38	12	7	3	24,9%
V. 40 2016	227	5,7 %	15	3	1	0	18,5 %
V. 40 2015	233	9,0 %	31	7	1	2	17,6 %

Andelen personer i särskilt boende som har BMI under 22 har ökat betydligt. Likaså antalet som har trycksår vid mättillfället. Variationen mellan de olika boenden är stort. En del av förklaringen kan vara att de som flyttar in ofta är i sämre medicinskt skick än tidigare år men det är inte en tillräcklig förklaring. Det finns ett stort behov av att gå ner i detaljerna för att få en förklaring till utfallet och därmed även vidta åtgärder. Se även 7.2 samt 7.2.2 nedan.

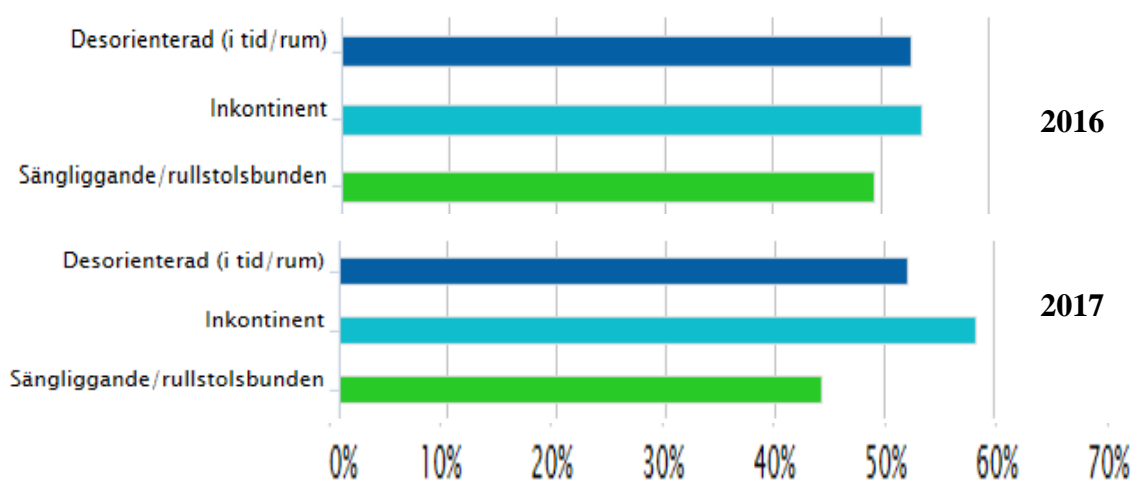
PPM kommer att genomföras en gång per år i fortsättningen. Detta enligt nationellt beslut.

6.5 HALT-mätning

Är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Mätningen är en punktprevalensmätning, dvs. man mäter situationen som råder en förutbestämmd dag

Antal vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	2015	2016	2017	Riket 2017
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	4 %	2 %	4 %	2 %
Andel vårdtagare med antibiotika	3 %	4 %	3 %	2 %

I mätningen ingår även en vårdtyngdsmätning. Genom att mäta antal personer med inkontinens, nedsatt rörlighet samt desorienterade får man fram ett jämförbart värde. Mätningen får anses vara rätt grovkornig men ger ändå en indikation om vårdtyngden på särskilda boende.



Som framgår av ovan så har inte vårdtyngden, enligt HALT-mätningen v. 46, förändrats när man slår ihop de tre parametrarna.

7. Uppföljningar genom egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Statistik för omsorgsförvaltningen som helhet samt för de enskilda enheterna har samlats in gällande:

- Undernäring
- Nattfasta
- Ordinerade näringsprodukter
- Avvikelser
- Vårdrelaterade infektioner
- Vårdtyngd
- Trycksår

7.1 Läkemedel

7.1.1 Avvikelser angående läkemedelshantering

Avvikelserna registreras via en modul i det digitala verksamhetssystemet Procapita.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt antal läkemedelsavvikelser	713	721	697	1 098	973	784
Anmälda till patientnämnd/IVO	1	2	0	1	0	0
Utredning till Patientnämnden		1	1	0	1	0
För stor dos	32	22	26	34	37	20
Förväxling av dos	17	18	18	22	14	11
Förväxling av läkemedel	3	8	9	7	13	6
Förväxling av person	8	4	3	1	4	7
Antikoagulantia inblandad i avvik.	24	14	8	27	26	22
Insulin inblandat i avvikelsen	12	18	26	24	27	18

Antalet rapporterade läkemedelsavvikelser har åter börjat sjunka.

7.1.2 Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende som idag är ordinerade i medeltal 8–10 olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa läkemedel. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar.

Under året har 82 teambaserade läkemedelsgenomgångar genomförts inom kommunens särskilda boenden.

7.1.3 Läkemedelsgranskning

Under året har ingen extern granskning av apotekare genomförts.

7.1.4 Förbättringsförslag 2018 - Läkemedel

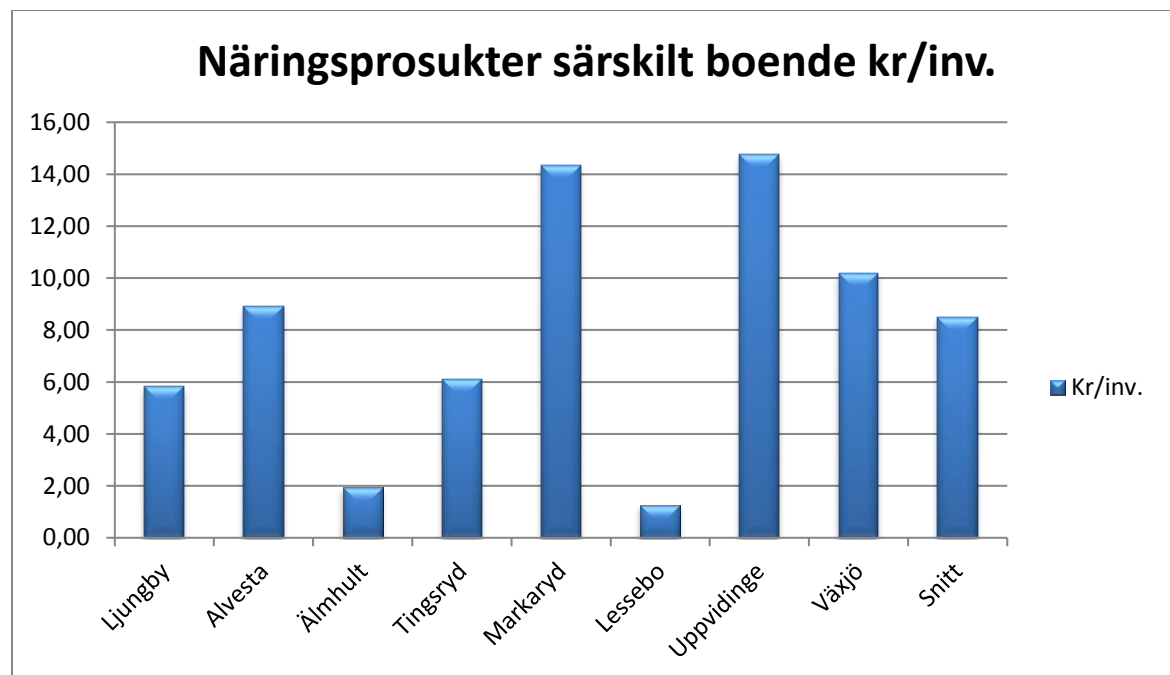
- All personal med delegering ska genomgå en fortbildning i läkemedelshantering. Detta utifrån den nya läkemedelsförordningen HSLF-FS 2017:37 *Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*.
- I samband ny upphandling av medicinskåp ska dessa vara utrustade så att en effektiv loggning ska kunna utföras.

7.2 Nutrition

I dag finns närmare en halv miljon människor över 80 år i Sverige och de blir allt fler i takt med att medellivslängden ökar. En stor del av de äldre får hjälp av äldreomsorgen, bland annat med mat och dryck. Maten och måltiden är viktig, inte bara för att tillgodose våra behov av energi och näringsämnen, utan även för vår livskvalitet. Det gäller förstås även maten inom äldreomsorgen. Åldrandet gör att risken för sjukdom och undernäring ökar. Det är därför av extra stor vikt att de måltider som serveras i äldreomsorgen håller hög kvalitet och anpassas efter de äldres egna behov, vanor och önskemål.

Under året har vi använt oss av ett beställningssystem för näringsprodukter (t.ex. näringsdrycker) som finns i hela länet. Det sker en individuell förskrivning/beställning utifrån en dokumenterad nutritionsplan. I denna plan ska man bl.a. bedöma om näringsberikade produkter från köken kan användas istället. Idag kan köken erbjuda ett antal olika produkter och även då i olika konsistenser. Under året har näringsprodukter, som betalas av kommunen, beställts för 396 000 kronor. 2016 uppgick motsvarande summa till 330 000. Diagrammet nedan visar en jämförelse mellan kommunerna i länet.

I sammanhanget kan det vara intressant hur mycket som ordineras och beställs i resten av länets kommuner.

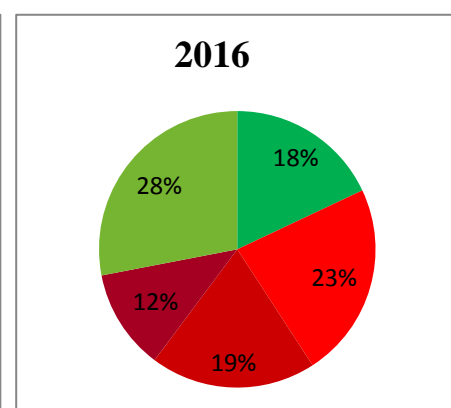
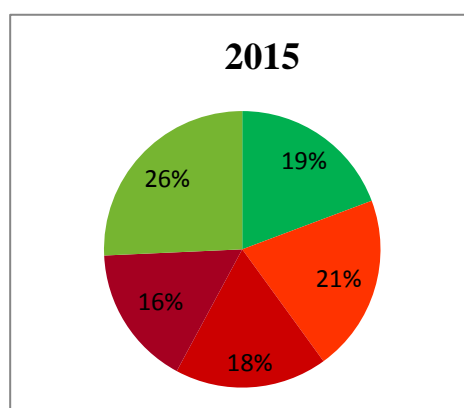
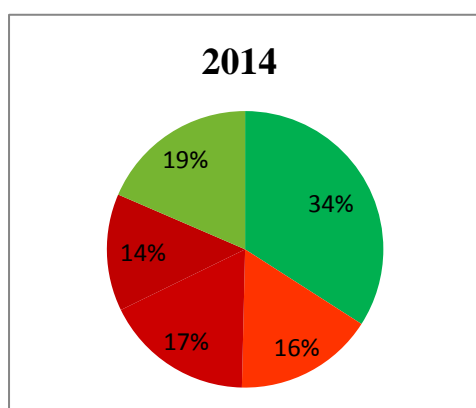
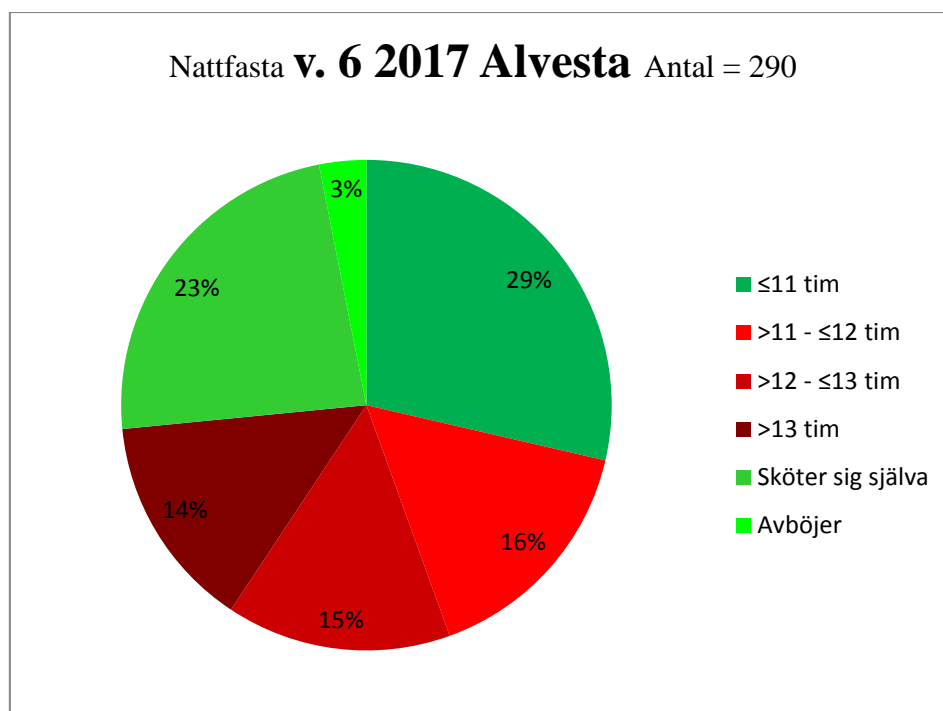


Nutrition kommer att vara ett prioriterat område under 2018.

7.2.1 Nattfasta

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida elva timmar. Är nattfastan längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner och därmed också muskelmassa. För lång nattfasta minskar också möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med för lång nattfasta löper risk för undernäring. Kommunens kvalitetsuppföljning av den ofrivilliga nattfastan sker genom mätning en gång per år (2017 var det vecka 7).

Årets resultat visar att antal brukare med ofrivillig nattfasta över 11 timmar har förbättrats något jämfört med 2016. Som framgår av cirkeldiagrammet nedan så ligger 16 % mellan 11-12 timmar. Det innebär att om t.ex. dygnets första avbrott i nattfastan ligger 30 minuter tidigare och sista intaget 30 minuter senare så blir nattfastan mindre än 11. Goda och bra alternativ som mellanmål t.ex. smoothies, snittar, berikade drycker, äppelmos måste finnas lätt tillgängliga för att kunna erbjudas när man vaknar till under sen kväll, natt eller tidig morgon.



7.2.2 Förbättringsförslag för 2018 - Nutrition

- Ett antal beslut har tagits i ledningsgruppen utifrån projektet *Den salutogena måltiden* som avslutades under 2017. Dessa beslut innefattar bl.a.
 - att en ändrad måltidsordning, ändrad fördelning av näringsinnehållet över dygnet,
 - införande av ”11-kaffe” på alla enheter,
 - kvalitetssäkrade mellanmål samt
 - kompletterande utbildningsinsatser för kökens personal.

Kvalitetsgruppen, som består av socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), ska tillsammans med måltidsutvecklaren implementera dessa förändringar under 2018. Detta under namnet *Den värdefulla måltiden*.

7.3 Dokumentation

[Patientdatalagen 2008:355](#) reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de

åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom omsorgsförvaltningen har numera tillgång till övriga vårdgivares journaler. För att läsa dessa fordras alltid samtycke från den enskilde. Samtycket gäller så länge journalen är öppen eller den enskilde ändrar sig.

7.3.1 Övergång till journalsystemet Cosmic

I slutet av november gick den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen över till journalsystemet Cosmic. Det är samma system som länets övriga kommuner, med undantag av Växjö, arbetar i. Detta är ett sätt att förbättra kommunikationen mellan slutenvården samt den landstingsfinansierade öppenvården och därmed även öka patientsäkerheten.

7.3.2 Informationssäkerhet

Loggning, av samtlig hälso- och sjukvårdspersonal samt undersköterskor med systembehörighet, görs genom att dessa loggas minst en gång om året, stickkontroller enskilda patienter samt patienter där det föreligger en större risk för sekretessbrott. Inga avvikelser har hittats.

7.4 Fall och fallskador

Fall är farligare än vad folk man i allmänhet tror. Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av de som efter ett fall får en höftledsfraktur (95 procent av höftledsfrakturerna orsakas av ett fall) kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20–25 procent. Orsaken till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, god nutritionsstatus, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antal registrerade fall	1 386	1 341	1 369	1 366	1296	1 268
Som lett till sjukhusvistelse	56	48	55	56	42	49
Fakturer				6	8	9
Sårskada-/or				106	114	100

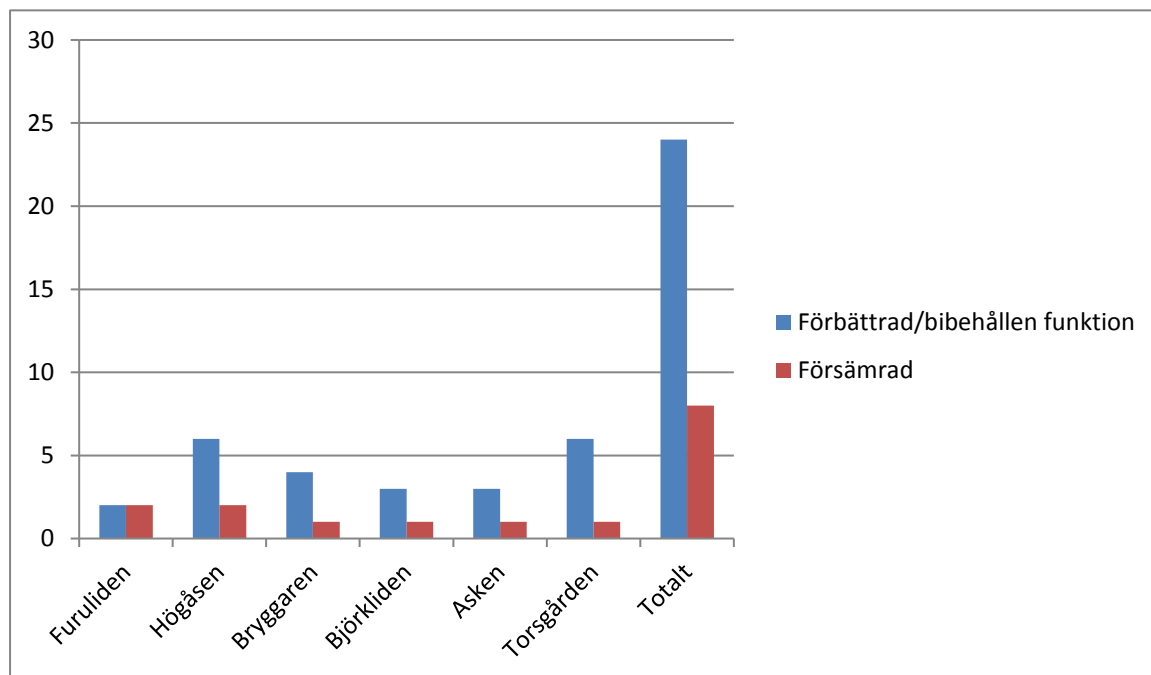
Det förebyggande arbetet har utgått från olika angreppsvinklar, detta för att få en god effekt som möjligt.

7.4.1 Uppstart träningsgrupper på särskilt boende

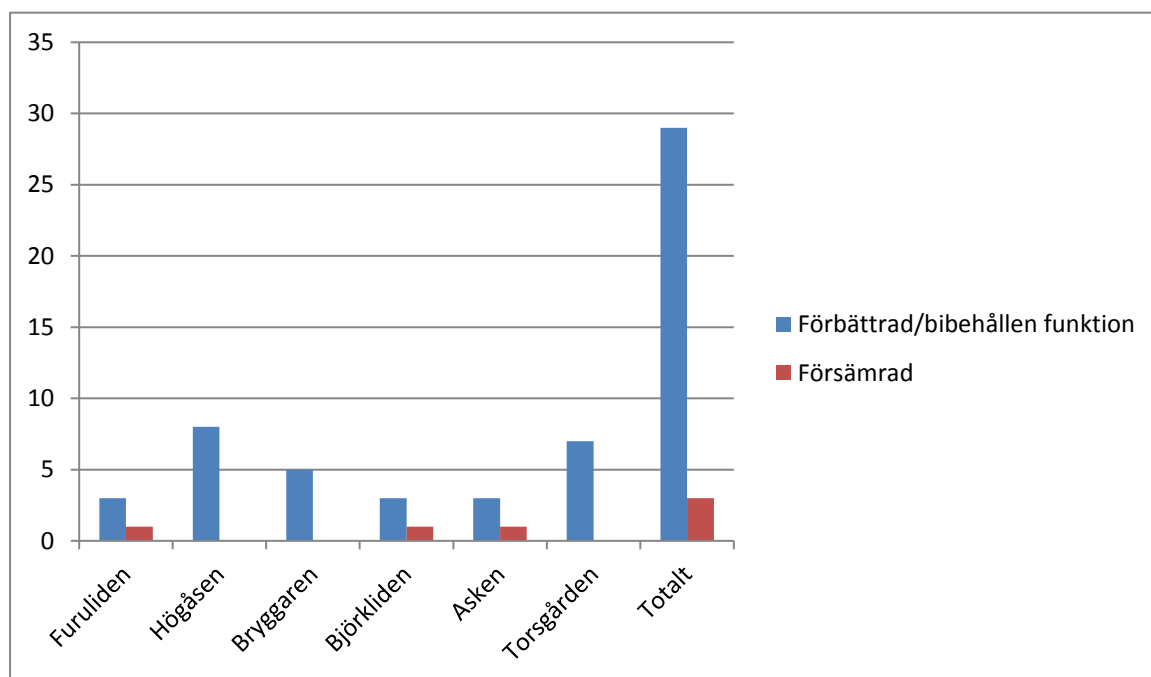
Under hösten 2017 har fysioterapeut, arbetsterapeut och rehab assistent haft balansgrupper på kommunens särskilda boenden. Totalt 32 deltagare som erbjudits träning vid 10 tillfällen. Övningarna som utförts har inspirerats av Otago-konceptet. Detta är ett hembaserat, individuellt anpassat balans- och styrketränningsprogram.

Inför samt efter avslutad träningsperiod gjordes 2 tester som utvärdering. Det ena testet innefattade 5 uppresningar från sittande till stående på tid och det andra testet innefattade en balansskala med 4 positioner i stående (jämfota, semi-tandem, tandem, ett ben) där deltagarna skulle sträva efter att bibehålla varje position i 10 sekunder.

Resultatet av testet 5 uppresningar: 75 % uppvisade förbättrad/bibehållen förmåga.



Resultatet av testet med balansskalan blev följande: 91 % uppvisade förbättrad/bibehållen funktion.



7.4.2 Fallförebyggande hembesök

Alla som under året kontaktat myndighetshandläggare med förfrågan om hjälp och stöd i hemmet skulle erbjudas ett kostnadsfritt besök av en arbetsterapeut. Syftet med besöket var att informera om fallrisker och att göra en bedömning av eventuella risker i hemmiljön samt ett skattningsskala om man är rädd att falla. 25 personer har fått erbjudande om hembesök under 2017 och 21 personer har tacka ja till förebyggande hembesök av arbetsterapeut. Arbetsterapeuterna som utfört besöken har mött positiva reaktioner och har upplevelsen att besöken är värdeskapande för alla parter. Några har utöver information även fått

träningsprogram av fysioterapeut eller hjälpmedel för att kunna klara ex dusch tryggt, säkert och självständigt. Övriga positiva bieffekter är att när miljöbedömning finns underlättar det vid framtida kontakt och bedömning om möjlighet att gå direkt hem efter sjukhusvistelse.

Under året startades ett projekt upp med målsättningen att förebygga fall även för de medborgare, inom riskgruppen, som inte har insatser från kommunen i dagläget. För att nå dessa har representanter från omsorgsförvaltningen bildat ett nätverk tillsammans med andra aktörer som pensionärsföreningar, kyrkan, andra enheter inom kommunen. Fixarservice är också en viktig aktör i arbetet. Tanken med nätverket är inte bara att förebygga fall utan även minska ofrivillig ensamhet.

7.5 Medicinteknik

Medicintekniska produkter, MTP, används inom äldreomsorgen. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska och det skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. Även olika skyddsåtgärder ingår i MTP. Här har tekniken gjort framsteg och detta ger nya möjligheter men också nya etiska och juridiska dilemman.

7.5.1 Avvikelser medicintekniska produkter

Det har under 2017 rapporterats 169 avvikelser gällande medicinteknisk utrustning. I de flesta fall rör det sig om felplacerade eller avstängda rörelselarm. Avvikelser som inkommit på hjälpmedel har bl.a. berört att personalen inte följt förskrivarens instruktioner, hjälpmedlet har haft brister i funktion eller brister i dokumentation av förskrivningen.

7.6 Övriga avvikelser

Specifik omvårdnad	45
Träning/behandling rehab	52
Stickskador	3
Synergi utgående	3
Synergi inkommande	6

Avvikelser, från Regionen, har till största delen handlat om brister i vår informationsöverföring.

Avvikelser träning/behandling handlar om uteblivna insatser gällande träning samt andningsträning.

7.7 IVO, Patientnämnd samt klagomål

Det har inte varit några inkommande eller utgående anmälningar till IVO eller Patientnämnden.

6 klagomål har inkommit. Dessa har bl.a. handlat om brister i kommunikationen gentemot anhöriga till en dement person, att ambulans inte tillkallats utan personen skickades till sjukhus med sjuktransport samt missnöje med enskild hälso- och sjukvårdspersonal.

8 Vårdhygien

Under året har alla, i enlighet med SOSFS 2015:10, erhållit leasade arbetskläder inklusive cirkulationstvätt.

Enligt politiskt beslut har hemtjänst natt samt sjuksköterskor natt fått personliga varseljackor.

Personalen på dagcenter har inlemmats i det upphandlade leasingavtalet.

Upphandling kläder till personlig assistans enligt samma beslut har genomförts. Detta i samband med en kommunövergripande upphandling.

8.1 Förbättringsområde för 2018 - Vårdhygien

- All berörd personal ska läsa igenom samt skriva på *Intyg om att du tagit del av information gällande regler för basal hygien i vård och omsorg enligt SOSFS 2015:10 samt regler för rökning.*

9. Rehabilitering

Rehabiliteringsansvaret gäller på korttidsverksamhet och särskilda boenden enligt SoL, bostad med särskild service enligt LSS samt i ordinärt boende när patienten av hälsoskäl har stora svårigheter att ta sig till Region Kronobergs mottagningsverksamhet. Efter bedömning kan insatser i form av arbetsterapi, fysioterapi eller hjälpmedelutprovning erbjudas.

Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) har tillsatts under 2017. Arbetet med riktlinjer och rutiner till ledningssystemet är påbörjat. Påbörjat är också workshops i prioriteringar, beslutsstöd, bostadsanpassning och förskrivning.

Utbildningsinsatser har genomförts i förflyttningsteknik och pedagogik. Internutbildning i dokumentation. Webbutbildning i förskrivningsprocessen. Samtliga fysioterapeut tjänster har tillsatts under året.

9.1 Förbättringsområde för 2018 - Rehabilitering

- Riktlinjer och rutiner som berör rehabiliteringsområdet ska uppdateras och läggas i ledningssystemet.
- Dokumentation. Ökad användning av vårdplan/ rehabiliteringsplan för att arbeta med tydliga mål, tidsangivna insatser samt utvärdering.
- Tillsammans med övriga Cambio Cosmic användande kommuner arbeta fram vilka KVÅ koder som ska användas för att rapportera in statistik till socialstyrelsen. KVÅ står för Klassifikation av vårdåtgärder. Från 1 januari 2019 är det tvingande att använda dessa inom all hälso- och sjukvård.
- En utbildning till omsorgspersonalen i ergonomi och vardagsrehabilitering ska utarbetas och en pilot ska utföras.
- Delegering av insatser till omsorgspersonal ska ses över.

10. Tandvård - uppsökande verksamhet

Den uppsökande verksamheten består i att patienten erbjuds en munhalsbedömning av tandvårdspersonal, individuell instruktion om hur den dagliga munhygien ska utföras samt vid behov kontakt med tandläkare för att få nödvändig tandvård utförd. Vård- och omsorgspersonal erbjuds utbildning samt information om betydelsen av den dagliga förebyggand vården för patienternas mun- och tandhälsa samt individuell handledning när en patient på grund av sjukdom eller funktionshinder inte själv kan sköta munhygien. Under året har 172 munhalsbedömningar av tandhygienist genomförts och 119 personal har fått utbildning av dessa.

11. Demens och Psykiatri

Som framgår av statistiken under punkt 6.5 är antalet desorienterade på särskilda boenden över 50 %. Därtill kommer ett antal som bor i ordinärt boende. Ibland uppträder psykiska symtom där åtgärder enligt BPSD inte räcker till. Det kan även handla om en kombination av psykiatrisk sjukdom och demens. De är inte så många men jag tycker mig se en ökning de senaste åren. Vi är inte till fullo rustade för ge denna grupp en optimal omsorg. Detta gäller både lämpliga boendeformer som kunskap och erfarenhet bland personalen.

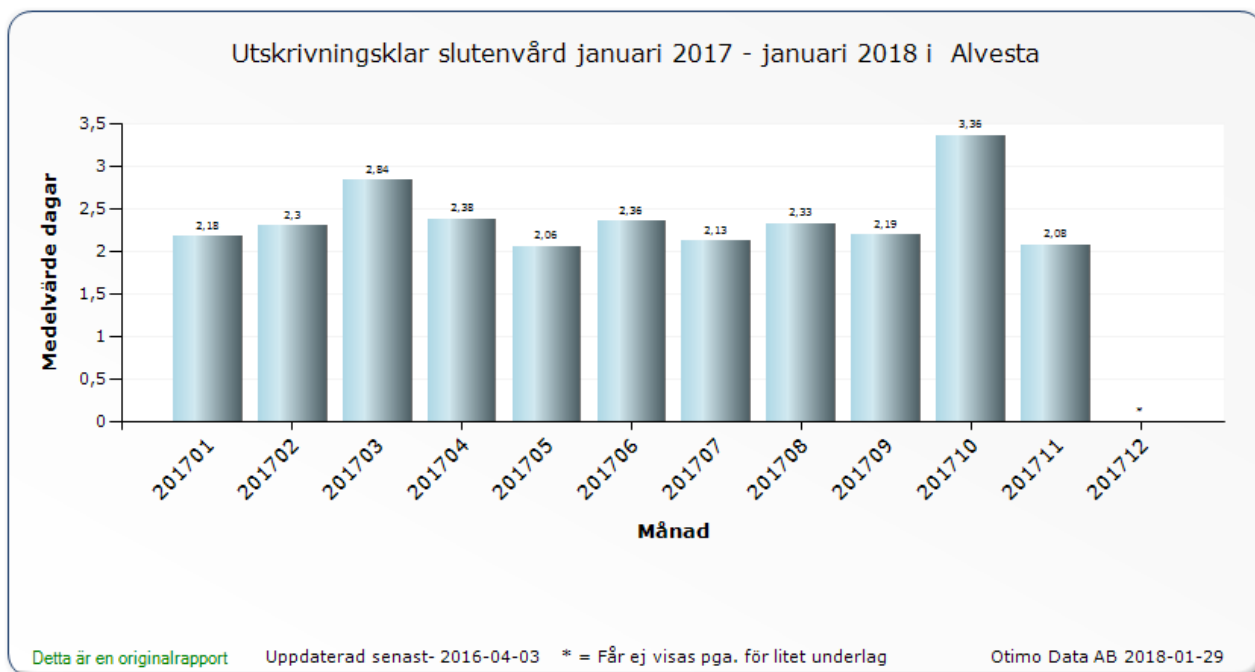
Från 1 januari 2018 övergår socialpsykiatrin till förvaltningen för individ- och familjeomsorg. Ansvar för hälso- och sjukvård kommer även fortsättningsvis att ligga på personal från omsorgsförvaltningen.

12. Utskrivningsklara från slutenvården

Fr.o.m. 1 januari 2018 ersätts Betalningsansvarslagen mot *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård* (2017:612). Tanken med lagändringen är att snabba på hemtagningen av utskrivningsklara och därmed frigöra resurser inom slutenvården. Förändringen innebär också att de flesta vårdplaneringarna kommer att ske i den enskildes hem och att primärvården ska vara mer involverade i processen. Ett samverkansavtal finns mellan länets kommuner och Region Kronoberg och börjar gälla från 1 maj.

Lagen styr också bl.a. hur mycket kommunen ska betala Regionen om utskrivningsklara patienter inte tas hem i tid. I det nya avtalet, som börjar gälla 1 maj 2018, räknas betaldagar utifrån snittdagar per månad. Detta snitt är satt till 3 dagar. Det kan därför vara intressant att se hur det såg ut under 2017 gällande snitt tid per månad. Endast oktobervärdet låg över 3 och denna månad fick vi 5 betaldagar som vi bestred och dessa drogs tillbaka varför snittvärdet torde ligga under 3 även denna månad.

2017 fick vi totalt 10 betaldagar till en kostnad på 50 420 kronor.



13. Förbättringsförslag tillika patientsäkerhetsplan för 2018

6.2.1 Förbättringsförslag för 2018 - Palliativ vård

- Öka antalet registreringar i Palliativregistret till minst 70 %.
- Förbättra arbetet med att smärtskatta med validerat instrument samt dokumenterad munhälsa.

6.3.1 Förbättringsförslag för 2018 – BPSD

- Att en sjuksköterska ska gå utbildning till utbildare och därigenom snabbt kunna göra teamen fulltaliga vid avgångar samt öka antalet team vid behov.
- Öka användningen av registret även i ordinärt boende.

7.1.5 Förbättringsförslag 2018 - Läkemedel

- All personal med delegering ska genomgå en fortbildning i läkemedelhantering. Detta utifrån den nya läkemedelsförordningen HSLF-FS 2017:37 *Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*.
- I samband ny upphandling av medicinskåp ska dessa vara utrustade så att en effektiv loggning ska kunna utföras.

7.2.2 Förbättringsförslag för 2018 - Nutrition

- Ett antal beslut har tagits i ledningsgruppen utifrån projektet *Den salutogena måltiden* som avslutades under 2017. Dessa beslut innefattar bl.a.
 - att en ändrad måltidsordning, ändrad fördelning av näringsinnehållet över dygnet,
 - införande av ”11-kaffe” på alla enheter,
 - kvalitetssäkrade mellanmål samt
 - kompletterande utbildningsinsatser för kökens personal.

Kvalitetsgruppen, som består av socialt ansvarig samordnare (SAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), ska tillsammans med måltidsutvecklaren implementera dessa förändringar under 2018. Detta under namnet *Den värdefulla måltiden*.

8.1 Förbättringsområde för 2018 - Vårdhygien

- All berörd personal ska läsa igenom samt skriva på *Intyg om att du tagit del av information gällande regler för basal hygien i vård och omsorg enligt SOSFS 2015:10 samt regler för rökning*.

9.1 Förbättringsområde för 2018 - Rehabilitering

- Riktlinjer och rutiner som berör rehabiliteringsområdet ska uppdateras och läggas i ledningssystemet.
- Dokumentation. Ökad användning av vårdplan/ rehabiliteringsplan för att arbeta med tydliga mål, tidsangivna insatser samt utvärdering.
- Tillsammans med övriga Cambio Cosmic användande kommuner arbeta fram vilka KVÅ koder som ska användas för att rapportera in statistik till socialstyrelsen. KVÅ står för Klassifikation av vårdåtgärder. Från 1 januari 2019 är det tvingade att använda dessa inom all hälso- och sjukvård.
- En utbildning till omsorgspersonalen i ergonomi och vardagsrehabilitering ska utarbetas och en pilot ska utföras.
- Delegering av insatser till omsorgspersonal ska ses över.