

# Patientsäkerhets- berättelse 2018

Kils kommun

Sammanställd av: Medicinskt ansvarig sjuksköterska Annika Nilsson

Datum: 2019-02-12

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Inledning</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Struktur</b>	<b>8</b>
3.1	Övergripande mål och strategier .....	8
3.2	Organisation och ansvar .....	9
3.3	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
3.4	Patienter och närståendes delaktighet .....	10
3.5	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	10
3.6	Klagomål och synpunkter .....	10
3.7	Egenkontroll .....	11
<b>4</b>	<b>Process</b>	<b>12</b>
4.1	Risikanalys .....	13
4.2	Utredning av händelser - vårdskador .....	13
4.3	Informationssäkerhet .....	13
<b>5</b>	<b>Resultat och analys</b>	<b>14</b>
5.1	Egenkontroll .....	14
5.2	Avvikelse .....	20
5.3	Klagomål och synpunkter .....	23
5.4	Händelser och vårdskador .....	23
5.5	Risikanalys .....	23
<b>6</b>	<b>Mål och strategier för kommande år</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>Definitioner och förkortningar</b>	<b>25</b>



# 1 Sammanfattning

Vårdgivaren Kils kommun är enligt 3 kapitlet i patientsäkerhetslagen skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska innehålla:

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

Mål att uppnå har bl. a varit:

- Att det strukturerade förbyggande arbetet ska öka riskbedömningarna i Senior Alert med 20 %.
- Att minst 15 stycken samordnade individuella planer (SIP) ska utföras i Meddix öppenvård
- Att minska läkemedelsavvikelserna i hemtjänsten med 20 %.
- Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit ett brytpunktsamtal.

Åtgärder som genomförts har varit utbildning i Meddix och kvalitetsgranskningar gällande läkemedelsrutiner i samverkan med Forshaga kommun. Även så har registrering i Svenska palliativregistret skett och förbättringar vid vård i livets slutskede har genomförts.

De viktigaste resultat som har uppnåtts är att vi ger en god vård vid livet slut trots att inte målet att 70 % ska erhållit ett brytpunktsamtal uppfylldes helt. Att fall, fallskador och då specifikt frakturer minskar är också positiva resultat. För år 2019 är det viktigt att läkemedelsavvikelserna i hemtjänsten minskar och att all personal arbetar mera förebyggande för att undvika vårdskador.

## 2 Inledning

Vårdgivaren Kils kommun är enligt 3 kapitlet i patientsäkerhetslagen skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska innehålla:

4. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår.
5. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.
6. Vilka resultat som uppnåtts

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är bl.a. att förstärka vårdgivaren kontroll över patientsäkerhetsarbetet i verksamheten, att underlätta IVO:s (Inspektion för Vård och Omsorg) tillsyn och att tillgodose informationsbehov hos andra intressenter t.ex. allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer.

### 2.1.1 KOMMUNAL HÄLSO-OCH SJUKVÅRD

För att bedriva en god hälso-och sjukvård behövs hela teamet; sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och vård- och omsorgspersonal. Många arbetsuppgifter delegeras till vård och omsorgspersonal.

### 2.1.2 ANTAL PATIENTER SOM VÅRDAS I KOMMUNAL HÄLSO-OCH SJUKVÅRD

Kommunens hälso- och sjukvård rapporterar varje år till socialstyrelsen individstatistik. Från 2019 kommer KVÅ statistik (kvalitet av vårdåtgärder) att kunna tas ut på varje legitimerads roll.

#### ANTAL PATIENTER INOM KOMMUNEN MED HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

	2016	2017	2018
Medelvärde antal patienter med HSL åtgärd per månad	357	349	425

### 2.1.3 ANTAL AVLIDNA I KILS KOMMUN

Statistik förs av medicinskt ansvarig sjuksköterska var patienter avlider när det gäller personer som har insatser i kommunal vård.

**AVLIDNA**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
CSK	35	14	28	26	33	33
Säbo	36	29	29	25	24	32
Korttiden	6	8	11	8	7	9
Ordinärt boende	14	20	15	21	22	21
Summa	91	71	83	80	86	95

## 3 Struktur

### 3.1 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

- Öka registreringen med munhälsobedömning enligt ROAG i Senior Alert med 10 %. Det är 16 personer år 2017 som fått en munhälsobedömning enligt ROAG registrerad. Målet ska uppnås genom utbildningssatsning för baspersonal.
- Det strukturerade förbyggande arbetet ska öka riskbedömningarna i Senior Alert med 20 %. År 2017 har riskbedömningar för undernäring, trycksår och fall utförts på elva personer på särskilt boende, 19 stycken på korttiden och 25 personer i hemtjänsten. Målet ska uppnås genom ytterligare satsningar på förebyggande arbete i samverkan med all berörd personal.
- Minst 15 stycken samordnade individuella planer (SIP) ska utföras i Meddix öppenvård. Ingen samordnad individuell plan (SIP) har utförts i Meddix öppenvård år 2017. Detta ska ske genom att följa riktlinjerna för lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård i Värmland och att utbilda i systemet.
- Minska läkemedelsavvikelsena i hemtjänsten med 20 %. År 2017 rapporterades 124 avvikelser i hemtjänsten samt 24 stycken inträffade, som inte rapporterades. Målet ska uppnås genom att se över rutiner i samverkan med all berörd personal.
- Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit ett brytpunktsamtal. Detta genom samverkan med vårdcentral/slutenvård. Enligt uppgifter från Svenska palliativregistret under år 2017 har personer med väntat dödsfall på särskilt boende, korttiden och i ordinärt boende till 84,6 % fått ett brytpunktssamtal och närstående har fått det till 87,2.
- Starta upp individuell balans/styrketräning i hemmet (OTAGO). Sjukgymnast väljer ut lämpliga kandidater som har fallrisk. Syftet med OTAGO träningsprogram är att minska fall, fallskador samt fallrädsla hos äldre patienter i ordinärt boende. Målet är att fem patienter ska ha påbörjat sin träningsperiod under 2018.



## **3.2 ORGANISATION OCH ANSVAR**

### **VÅRDGIVARENS ANSVAR**

Högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet är Kils kommun. Vårdgivaren Kils kommun fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt följer upp och utvärderar mål kontinuerligt.

### **VERKSAMHETSCHEFENS ANSVAR**

Denne befattningshavare ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Verksamhetschefen ska även ansvara för att det för enheten finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att nå kvalitetsmålen.

### **MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKAS ANSVAR**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet i kommunens ansvarsområde. Denne befattningshavare ansvarar även för att patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat samt för att rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande. MAS bör även följa upp de rutiner som används i verksamheten så att de tillgodoser kraven på god patientsäkerhet och vård. I Kils kommun är MAS och verksamhetschef för hälso- och sjukvården samma person.

### **ENHETSCHEFERS ANSVAR**

Deras uppdrag består i att ansvara för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård och omsorg. Enhetschefers ansvar är även att se till att rutiner följs, avvikelser dokumenteras och att dessa följs upp och analyseras.

### **HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALS ANSVAR**

Den legitimerade personalen och även vård- och omsorgspersonalen är skyldig till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

## **3.3 SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR**

- Länsövergripande och lokalt nätverk för MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper.
- Styrgrupp för inkontinensfrågor, avtalsgrupp för nutritionsfrågor, kvalitetsråd hygien- och avtalsgruppen.
- Avtalsgrupp för samverkan mellan kommunerna i Värmland och landstinget.

- Länsövergripande arbetsgrupper för utskrivningsklar, Meddix, Cosmic Link, NPÖ, SITHS och HSA-katalogen.
- Samverkan med läkemedelsenheten.
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland samt Riktlinjegruppen.
- Överenskommelse/samverkan med vårdcentralen.
- Samverkansavtal med smittskydd
- Nätverksträffar i Region Värmlands regi gällande BPSD -, och Svedem.

### **3.4 PATIENTER OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET**

- I samband med tillsyn och utredningar samtalar med patienter och närstående.
- Medverkar vid upprättande av vårdplaner - specifik omvårdnad.
- De blir informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål.
- Ökad tillgänglighet för medborgare i Kil har skett genom att våra ledningssystem, där rutiner för hälso-och sjukvårdsarbetet finns är tillgängliga på Kils kommuns hemsida.

### **3.5 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET**

Läkemedelsavvikelser i kommunen rapporteras på avvikelseblankett av den som upptäcker samt av den som berörs av händelsen. Avvikelserna analyseras i arbetsgrupperna i samverkan med berörd enhetschef. Dessa skickas till MAS månadsvis.

Fallincidenter rapporteras och dokumenteras av baspersonal till sjuksköterska som lägger bevakning i journalsystemet Procapita till arbetsterapeut, sjukgymnast berörd enhetschef och MAS. Fallrapporterna analyseras på veckomöten, ärendegenomgångar och teamträffar.

Övriga avvikelser skickas till MAS, inklusive avvikelser gentemot andra vårdgivare som MAS skickar vidare t ex avvikelser gällande vårdplanering.

### **3.6 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER**

Klagomål och synpunkter, tas emot skriftligt eller muntligt, (om det sistnämnda sker, bör dokumentation ändå ske av den som tar emot klagomålet). Klagomålet ska besvaras muntligt eller skriftligt till den som berörs.

Vid klagomål informeras även om möjligheten att vända sig till Patientnämnden för att få hjälp med att föra fram ett klagomål. Om man har kontaktat verksamheten i Kils kommun eller patientnämnden och ändå inte är nöjd med det svaret kan Inspektionen för vård och omsorg, IVO, under vissa förutsättningar utreda klagomålet. IVO har från och med 1 januari 2018 bara skyldighet att utreda

händelser som inneburit att patienten fått en bestående skada, ett väsentligt ökat behov av vård eller avlidit.

Vid ärenden från Inspektionen för vård- och omsorg eller Patientnämnden utreds dessa skyndsamt av MAS och/eller berörd enhetschef

### 3.7 EGENKONTROLL

EGENKONTROLL	OMFATTNING	KÄLLA
Hygien- och patientsäkerhetsrond	En gång per år	Protokoll
Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella register	En gång per år	Svenska palliativ registret Senior Alert BPSD Svedem
Kvalitetsgranskning läkemedel	En gång per år	Protokoll
Nulägesbeskrivning läkemedel särskilt boende	En gång per år	Protokoll
Svenska Halt mätningen	En gång per år	Rapport
Avvikelser	Två gånger per år	Avvikelsehanteringssystem
Fall	Två gånger per år	Fallhanteringssystem
Övriga avvikelser	En gång per år	Avvikelsehanteringssystem

## 4 Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

- För att öka registreringar med munhälsobedömning enligt ROAG och registreringen av riskbedömningar för undernäring, trycksår och fall har flera träffar med olika team skett för att i samverkan förbättra resultaten.
- För att öka användning av SIP(samordnad individuell plan) har utbildning skett i Meddix samt så har den nya lagen ”Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård” gjort att flera sip:ar initierats.
- Kvalitetsgranskningar har genomförts gällande läkemedelsrutiner inom LSS/SFB i samverkan med Forshaga kommun.
- Loggranskningar har genomförts varje månad i verksamhetssystemet Procapita+ och i NPÖ(Nationell patientöversikt).
- Dokumentationsgranskningar har genomförts gällande leg. personal samt baspersonal som dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Registrering i Svenska palliativregistret har skett och förbättringar vid vård i livets slutskede har genomförts.
- Riskbedömningar för undernäring, trycksår, fall och munhälsa har utförts för personer 65 år och äldre.
- Handlingsplanen för kostfrågor är fortsatt aktuell och matråd har genomförts i hemtjänst och på särskilt boende fyra ggr/år.
- Träffar genomförs i de olika verksamheterna där man övergripande diskuterar olika individärenden t.ex. för att undvika fallskada.
- Tillsyn har utförts av MAS gällande efterlevnad av hygienrutiner och patientsäkerhet.
- Alla sjuksköterskor har utbildats i SBAR (strukturerad kommunikation) och News (mätinstrument vid akut sjukdom) och använder detta i det dagliga arbetet.
- HLR-instruktörer(hjärtlungräddning) genomför årligen utbildning i hjärtlungräddning inklusive hjärtstartare.
- Den årligen återkommande seniormässan i samverkan med bl. a Landstinget genomfördes 4:e oktober. Det var cirka 200 seniorer som besökte mässan.
- Samverkansträffar kring nya lagen om samverkan vid utskrivning har genomförts med personal från både kommun och landsting.

## **4.1 RISKANALYS**

Det är åtta riskanalyser som genomförts, dessa finns dokumenterade i ledningssystemet i Stratsys. Riskanalyser som gjorts är bl. a att man inte följer rutiner för läkemedelshantering och att rutiner för samordnad vårdplanering inte följs.

## **4.2 UTREDNING AV HÄNDELSER – VÅRDSKADOR**

Om personal, patient eller närstående iakttagit allvarliga risker eller brister i kommunens hälso- och sjukvård bör i första hand verksamhetens ansvariga kontaktas eftersom direkta åtgärder kan behöva vidtas. Likaså om vårdskada uppstår eller att det är risk för att vårdskada kan uppstå.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) tar ställning till om det inträffade ska utredas i verksamhetens eget kvalitetssystem eller är av så pass allvarlig karaktär att det ska anmälas till IVO enligt lex Maria.

## **4.3 INFORMATIONSSÄKERHET**

Informationssäkerheten inom socialförvaltningen innefattar att tillgodose patientens säkerhet och integritet och att åtgärder finns för att uppnå detta i verksamheten.

Årlig rapportering av informationssäkerhetsinsatser ska ske enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HLSF-FS 2016:40). Det finns skriftliga rutiner för personal som beskriver hur loggkontroller utförs. I dessa rutiner beskrivs hur systematisk stickprovskontroll genomförs i verksamheterna. Varje månad ska ett antal användare inom verksamheten slumpmässigt väljas ut och loggarna granskas under en vecka. Antalet användare som kontrolleras varje månad bör omfatta så många att det motsvarar sannolikheten att varje användare blir granskad minst en gång per år. Loggranskningar utförs i verksamhetssystemet Procapita och i den nationella patientöversikten "NPÖ". Granskningen av loggar sker genom att kontrollansvariga går igenom loggar och rapporterar till systemförvaltaren. Detta sker månadsvis avseende hälso- och sjukvård för legitimerad personal och baspersonal.

Granskningen har resulterat i misstänkt överträdelse i elva stycken fall, dessa handlar om avsaknad eller utgångna samtycken.

Efter kontroll har detta inte lett till någon påföljd då relevanta förklaringar har lämnats för varje enskilt fall. Uppföljningen visar att det är viktigt att även i fortsättningen gå igenom loggar för att granska IT-säkerheten.

En behovs- och riskanalys gällande behörigheter till Procapita HSL har utförts och är dokumenterad, denna uppdateras vid förändring.

## 5 Resultat och analys

### 5.1 EGENKONTROLL

Öka registreringen av munhälsobedömning med 10 %	Utbildat baspersonal som fått utföra detta	Det är 18 personer har fått en riskbedömning utförd, jämfört med 16 stycken föregående år	Målet är uppfyllt
Det strukturerade förbyggande arbetet ska öka riskbedömningarna i Senior Alert med 20 %.	Arbetat fram rutiner för det förebyggande arbetet	Det är 54 personer som fått en riskbedömning gjord i senior alert jämfört med 52 föregående år	Målet är inte uppfyllt
Minst 15 stycken samordnade individuella planer (SIP) ska utföras i Meddix öppenvård	Tagit fram rutiner och utbildat i systemet	Det är 17 stycken SIP:ar som är utförda i Meddix	Målet är uppfyllt
Minska läkemedels-avvikelsena i hemtjänsten med 20 %.	Sett över rutiner med berörd personal	Läkemedels-avvikelsena har ökat i hemtjänsten	Målet är inte uppfyllt
Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit ett brytpunktsamtal.	Samverkan med vårdcentralen/sluten-vården	Det är 68,5 % som fått ett brytpunktsamtal	Målet är inte uppfyllt
Starta upp individuell balans/styrketräning i hemmet (OTAGO).	Sjukgymnast väljer ut lämpliga kandidater som har fallrisk	Detta har inte utförts	Målet är inte uppfyllt då det var för kostnads-krävande för den enskilde

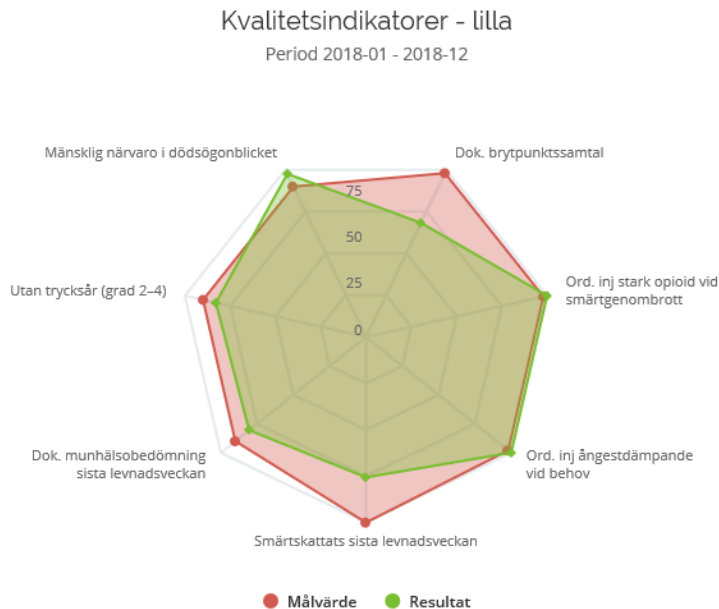
## 5.1.1 ÖVRIGA RESULTAT

### HYGIEN/PATIENTSÄKERHET

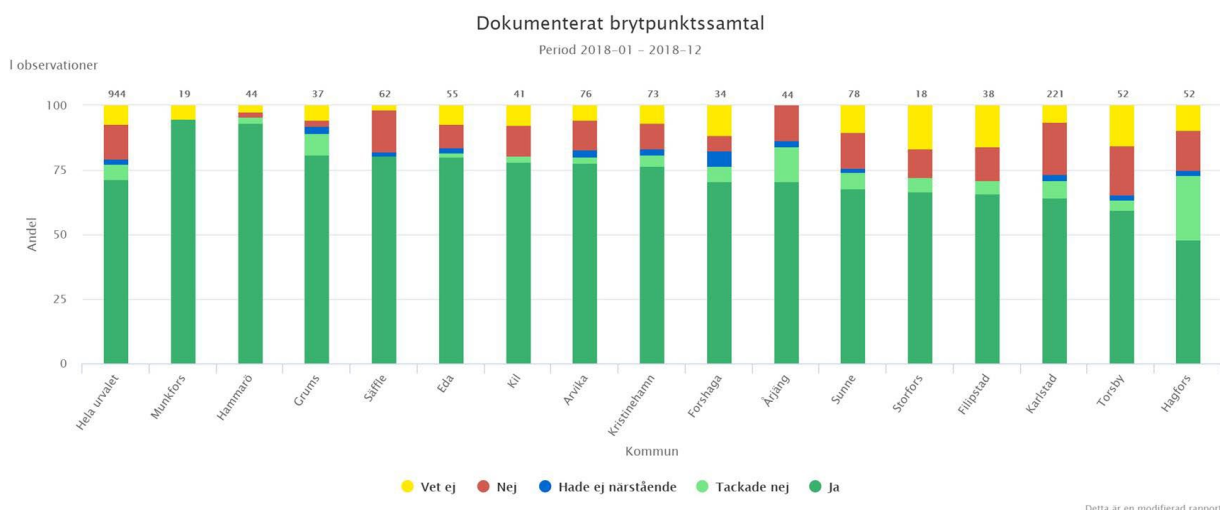
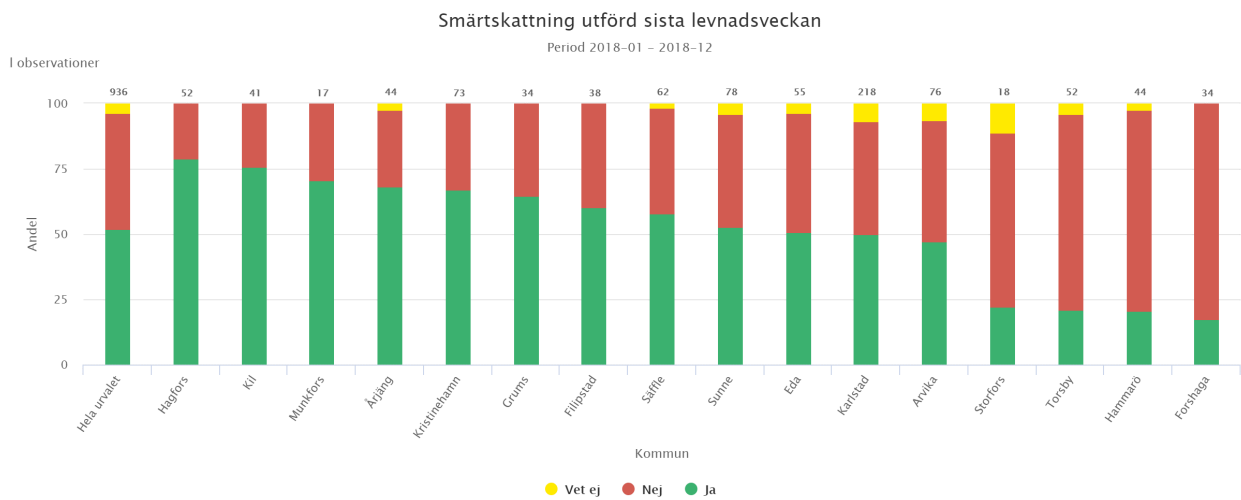
I patientsäkerhetslagen anges att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att planera, leda och kontrollera verksamheten. Undertecknad valde att under flera dagar kontrollera verksamheten genom tillsynsbesök. Verksamheter som kontrollerades var samtliga enheter på särskilt boende enligt SoL, korttidsvården, samtliga hemtjänstgrupper samt gruppboendestad Klövervägen, Psykiatriboendet och Linden(bostad med särskild service för vuxna).

Vid tillsynsbesöken registrerades antal ordinarie personal och antal vikarier, samt om vikarierna hade fått introduktion. När det gäller hygien inspekterades om personalen bar kortärmad arbetsdräkt och om engångsförkläde vid omvårdnadsarbete användes. Likaså inspekterades om nagellack och om smycken på händer kunde ses. Resultatet visar att de flesta vikarier har fått en fullständig introduktion. Samtlig personal arbetar i kortärmad arbetsdräkt. Engångsförkläde används oftast. Smycken på händerna kunde ses vid ett tillfälle(ordinarie personal). Tre personal med nagellack kunde ses, samtliga var ordinarie personal.

### SVENSKA PALLIATIVREGISTRET



Enligt uppgifter från Svenska palliativregistret under år 2018 har personer med väntat dödsfall på särskilt boende, korttiden och i ordinärt boende till 75, 6 % fått en utförd validerad smärtskattning har utförd (71, 8 % år 2017) Det är 82.9 % (71.8 % år 2017) som avlider utan trycksår och 80.5 % har fått sin munhälsa bedömd(61.5 % år 2017). Mänsklig närvaro vid dödsfallet uppnås vid 97.6 % ( 97.4 % år 2017) av de väntade dödsfallen.



### BPSD-REGISTRET

Detta är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. Genom att göra dessa registreringar tas en bemötandeplan fram vilket förbättrar vården för den enskilde.

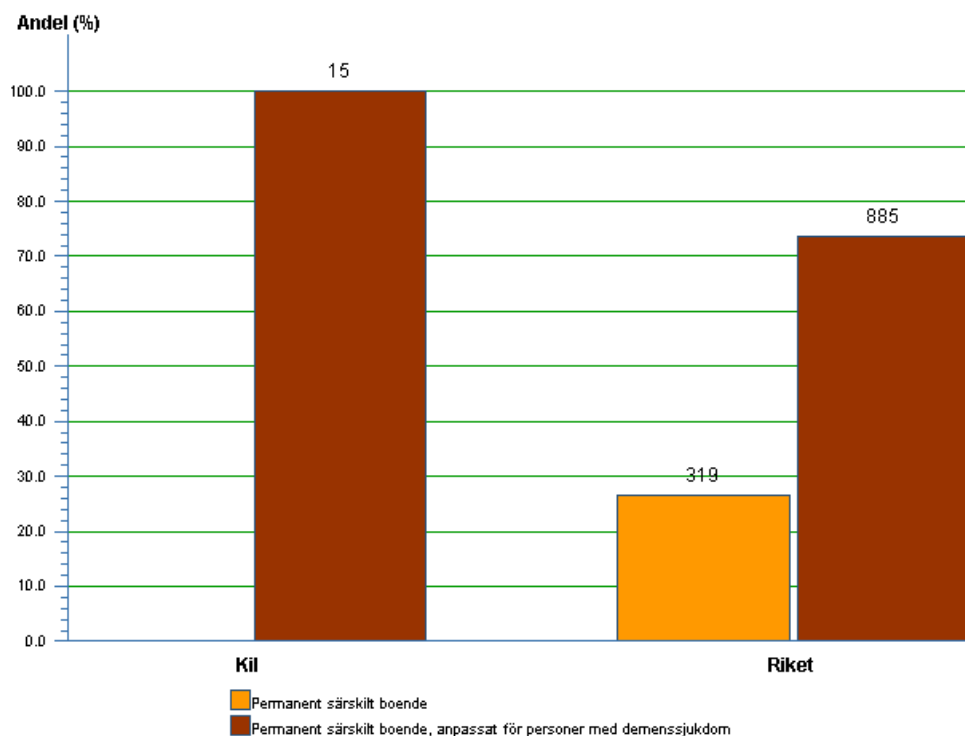
Det är 30 registreringar i BPSD-registret gjorda under året. Det är nio i minnesteamet och fem i demenshemtjänsten. På särskilt boende är det två på fyran, en på femman, fyra på sexan och nio på Åkerbo Norra.



## SVEDEM-REGISTRET

I SveDem registreras personen vid diagnos av diagnossättande enhet, oftast en vårdcentral eller minnesmottagning på specialistklinik. Därefter följer en årlig uppföljning. När personen flyttar in på särskilt Boende(SÄBO) tar de över registreringen.

Uppföljningsrapport - Särskilt boende, antal 2018, antal uppföljningar



## KVALITETSGRANSKNING AV LÄKEMEDELSRUTINER INOM FUNKTIONSSTÖD

Läkemedelsgranskning inom LSS, Socialpsykiatri och SFB har utförts genom lärande granskning från Forshaga kommun. Kvalitetsgranskningarna genomfördes under en dag. Enheter som granskades var gruppboendena Gästgivargatan, Klövervägen och Linden(bostad med särskild service för vuxna), psykiatriboendet och boendestöd på Hagagatan. Även så granskades ett ärende inom personlig assistans enligt Socialförsäkringsbalken(SFB).

Granskningen visade att läkemedel förvaras patientsäkert i alla verksamheter, men transporteras läkemedel från lokalen till patienten ska detta ske i koppar eller läkemedelspåsar märkta med namn och personnummer samt namnet på läkemedlet. Det finns uppdaterade skriftliga lokala instruktioner gällande läkemedelshandling i varje arbetsgrupp. Dessa är inte alltid kända av personalen. Signaturförtydliganden på lista behöver inte längre finnas, utan detta finns nu på delegeringsblanketten och uppdateras därför årligen. Det ska finnas spårbarhet gällande nyckelhantering i alla arbetsgrupper och nycklar ska förvaras säkert. Att detta sker är berörd enhetschef's ansvar. Delegering/omprövning delegation sker på ett patientsäkert vis.

#### NULÄGESBESKRIVNING AV LÄKEMEDELSANVÄNDNINGEN PÅ SÄRSKILDA BOENDEN I VÄRMLANDS KOMMUNER

En nulägesbeskrivning av läkemedelsanvändningen i kommunernas särskilda boenden har gjorts i februari 2018. Liknande mätning gjordes i april 2011, 2012, 2013 och februari 2014, 2015, 2016, 2017. Resultaten gäller stående ordinationer till patienter över 65 år.

Sjuksköterskor i kommunerna(i Kil MAS) har räknat hur många patienter som har stående ordinationer av vissa utvalda läkemedelsgrupper.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antal boende	96	95	83	91	77	65	75	81
Neuroleptika	16 %	9 %	6 %	7 %	3 %	14 %	12 %	17 %
Antidepressiva	63 %	61 %	60 %	54 %	55 %	70 %	68 %	72 %
Lugnande/sömnmedel	46 %	31 %	37 %	33 %	36 %	34 %	39 %	36 %
Tre eller flera psykofarmaka	16 %	12 %	16 %	10 %	16 %	18 %	19 %	23 %
Laxantia	54 %	35 %	47 %	45 %	53 %	49 %	41 %	47 %
Protonpumpshämmare								35 %
Långverkande bensodiazepiner								2 %
Läkemedel med antikolinerg effekt								1 %

Resultat av mätningen diskuteras med berörda sjuksköterskor på träff med vårdcentralens läkare verksamma på särskilt boende.

#### HALT

I november 2018 deltog Kils kommun för fjärde gången i Svenska HALT. Svenska HALT är en årligt återkommande mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige. Ansvarig för studien är Folkhälsomyndigheten. Akronymen HALT kommer från den europeiska mätningen och står för "Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities". Mätningen utförs som en punktprevalensmätning, främst genom journalgranskning, men även med intervjuer av baspersonal samt direkta observationer.

Prevalens – Andel vårdtagare med bekräftade infektioner

År	Riket	Kil
2014	3 %	-
2015	2 %	5 %
2016	1 %	6 %
2017	1 %	5 %
2018	1 %	9 %

Andel vårdtagare med antibiotika (exkl. metenamin)

År	Riket	Kil
2014	3 %	-
2015	3 %	0 %
2016	3 %	5 %
2017	3 %	3 %
2018	2 %	5 %

Kil har i samtliga mätningar haft en högre prevalens (andel bekräftade infektioner) än riket. Detta skulle kunna förklaras med att Kil har påvisad högre vårdtyngd än riket samtliga år.

Vårdtyngd 2018

	Riket	Kil
Desorientering	63,5%	83,21 %
Inkontinens	61,7%	92,2 %
Sängliggande/rullstolsburen	38,2%	49,9%

Men 2018 års mätning visar en oroväckande ökning av bekräftade infektioner i Kil. Nästan en fördubbling jämfört med de tre tidigare mätningarna. Det är i antal sju bekräftade infektioner, av dessa är fem hudinfektioner och två luftvägsinfektioner. Infektionerna är spridda på olika avdelningar.

Mätningen (2018) visar att det fortsatt inte finns en överförskrivning av antibiotika i Kil såsom det gör på riksnivå. Ansvaret för kommunen är att arbeta förebyggande för att förhindra riskfaktorer för infektioner exempelvis med nutrition och rehabilitering.

#### VACCINATION MOT INFLUENZA

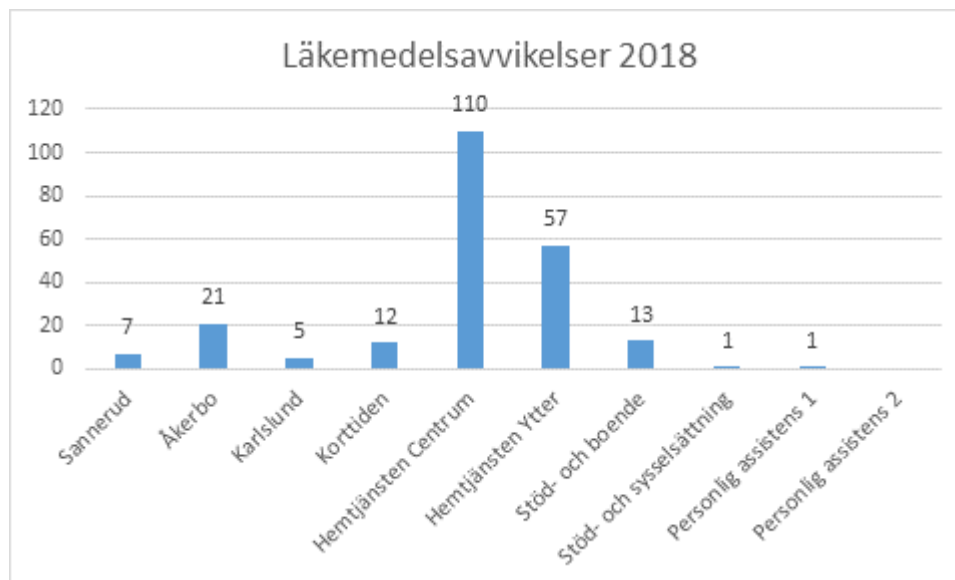
Kommunens sjuksköterskor har vaccinerat 235 personer inom riskgrupperna mot influensa. År 2017 vaccinerades 225 personer av sjuksköterskorna (uppgifter från Svevac vaccinationsregister).

## 5.2 AVVIKELSER

### 5.2.1 LÄKEMEDELSAVVIKELSER

I Kils kommun har totalt 228 läkemedelsavvikelser rapporterats jämfört med 232 föregående år. Det är även 48 avvikelser som inträffat som inte rapporterats till ansvarig chef. Utebliven dos har inträffat vid 172 tillfällen och nio feldelade dosetter har rapporterats. Orsak till avvikelserna har vid 94 tillfällen varit att man inte följer rutiner, stress som orsak har påtalats vid 37 tillfällen vilket är en stor ökning sedan föregående år (13 tillfällen). Förväxlat patient har skett vid tre tillfällen. Avvikelserna är flest på kvällen.

Vid 15 av händelserna innebar det inga konsekvenser för patienten och tre händelser betecknades som allvarliga. Ingen Lex Maria-anmälan har gjorts detta år.



#### ANALYS

Läkemedelsavvikelserna fortsätter öka i hemtjänsten, så också stress som orsak. Detta måste ses över av enhetschefer i samverkan med MAS/sjuksköterska och berörda arbetsgrupper.

Att 48 avvikelser (43 föregående år) har inträffat men inte rapporteras är mindre bra. De enheter där detta inträffar bör se över sina rutiner så att detta följs.

Att tre förväxlat patienter har inträffat är allvarligt och rutiner för att detta inte sker igen måste tydliggöras av sjuksköterskor i samverkan med enhetschefer.

### 5.2.2 FALL

År 2018 visar siffrorna för Kils kommun 152 fallskador och 441 fall utan skada, sammanlagt 593 fall. Både antalet fallskador och antalet fall utan skada minskar. Även antalet frakturer har minskat något sedan föregående år. Fallskadorna har inträffat hos 98 kvinnor och 54 män. Av de 152 fallskadorna inträffade 62 stycken hos dem som är 90 år och äldre. Fallskadorna har inneburit att 28 personer uppsökt akutmottagning.

#### ANALYS

Antalet fallskador, fall utan skada samt frakturer minskar. Fem frakturer inträffar på särskilt boende, alla utom en på samma avdelning. Fallskadorna sker allt senare, år 2017 var skadorna hos 90 år och äldre 38 stycken, år 2018 är denna siffra 62 stycken.

Det förebyggande arbetet bör prioriteras med riskbedömningar och åtgärder för att förebygga fallskador. Även så att fortsätta arbetet med förebyggande hembesök, träning och andra fysiska aktiviteter.

### 5.2.3 ÖVRIGA AVVIKELSER

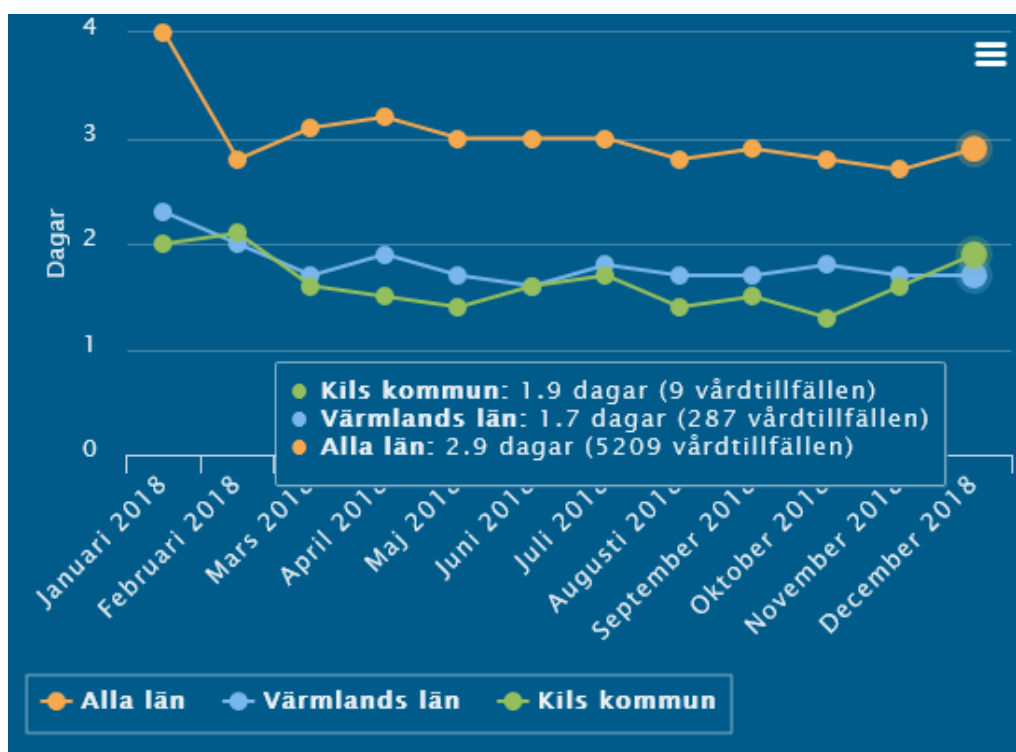
Det har rapporterats 41 övriga avvikelser i Kils kommun, enligt fördelning här nedan

Narkotika saknas/fel narkotika lista	13
Bristande information/planering	6
Signeringlistor/läkemedelslistor	6
Träning ej utförd	4
Felaktig benlindning	2
Stödstrumpor ej avtagna	2
Trasig säng	1
Förväxling vätska vid ögonvård	1
Omläggning	1
Felaktig ID-kontroll vid provtagning	1
Utebliven sårvård	1
Inte fått energihutt på en månad	1
Larm ej påsatt	1
Utebliven hudvård	1

### SAMVERKAN VID UTSKRIVNING

Riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutenvården har utarbetats då nya samverkanslagen trädde kraft 1 januari 2018 mellan kommunerna och landstinget i Värmland. Lagen om samverka vid utskrivning från slutenvården syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för individer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och landstingets öppenvård. Insatserna samordnas utifrån individens behov och förutsättningar. Det är parternas gemensamma ansvar att tillräckliga resurser ges, så att utskrivning från slutenvård sker på ett, för individen, tryggt och säkert sätt. Kommunen blir betalningsskyldig om patienten blir kvar på sjukhus mer än tre dagar efter utskrivningsklar. Ett nytt informationssystem Cosmic Link infördes och startade i skarp drift 10 december.

Statistik utskrivningsklara



### AVVIKELSER TILL LANDSTINGET

När det gäller informationsöverföring och samordnad vårdplanering har 39 avvikelserapporter skickats in till landstinget (24 stycken år 2017). Av dessa har vi fått svar på 15.

Fel läkemedelslistor	17
Informationsöverföring	14
Transporter	5

Process saknas	2
Receipt saknas	2
Samtycke saknas	1
Feldelade läkemedel	1
ADL-status saknas	1
Informerat om fel patient avliden	1
Fel kommun(sekretessbrott)	1

En avvikelse har skickats till Kils kommun från Landstinget och är besvarad av MAS.

#### **AVVIKELSER TILL APOTEKSTJÄNST**

Två avvikelser har skickats till Apotekstjänst som ansvarar för dosdispenserade läkemedel.

#### **TRYCKSÅR**

Förutom trycksår som registrerats i vård i livets slutskede i palliativa registret så har ytterligare sju trycksår rapporterats under året. Av dessa hade fyra personer en kategori 1(rodnad), och fem personer en kategori 3(fullhudsdefekt utan djup sårhåla). Av dessa sju personer har sex personer år 2019 läkta sår och en person har fortsatt sår.

### **5.3 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER**

Det har inte inkommit några klagomål och synpunkter under året som berör hälso- och sjukvården.

### **5.4 HÄNDELSER OCH VÅRDSKADOR**

Utifrån uppgifter i register och avvikelser kan vi bli bättre på att förebygga vårdskador När det gäller läkemedelsadministrering sker förseningar, uteblivna läkemedel, och förväxlingar. Trycksår, viktninskning och vårdrelaterade infektioner såsom hudinfektioner förekommer. Fler riskbedömningar och förebyggande åtgärder är önskvärt. Vårdgivare ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen anmäla händelser som har medfört eller har kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO (Inspektion för vård och omsorg). Inga vårdskador har anmälts under året till IVO då bedömningen varit att ingen vårdskada har medfört eller har kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

### **5.5 RISKANALYS**

Arbetet med riskanalyser bör utvecklas bättre. Antal läkemedelsavvikelser har ökat ytterligare i hemtjänsten och kan höra samman med arbetsmiljön med ökat stress. Detta bör beaktas och följas upp av berörda enhetschefer i samverkan med MAS/sjuksköterskor och baspersonal.

## 6. Mål och strategier för kommande år

- Det strukturerade förbyggande arbetet ska öka riskbedömningarna gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa med 10 % samt åtgärder för att förebygga dessa risker ska tas fram. Detta ska ske med att arbeta med vårdprevention vilket innebär att skador i vården ska undvikas och att alla patienter ska kunna garanteras en säker och lika vård. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat i teamsamverkan.
- Fallskador för personer 80 år och äldre ska minska, även det genom att arbeta med vårdprevention. Även genom att genomföra förebyggande hembesök till personer 85 år och äldre samt genomföra den årligt återkommande seniormässan i Närhetens kyrka.
- Minska läkemedelsavvikelserna i hemtjänsten med 20 % genom att minska stress och ta fram verktyg som gör att personalen följer läkemedelsrutiner.
- Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit ett brytpunktsamtal.
- Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit en validerad smärtskattning. Båda målen som gäller den palliativa vården ska strategin vara att fortsätta att det goda arbete som redan idag sker med ytterligare förbättringar som följs genom registrering i svenska palliativ registret.
- Öka uppföljningarna i Svedem och öka skattningarna i BPSD och Funca. Detta genom teamsamverkan med berörd personal.
- Påbörja arbetet med att utbilda baspersonal i SBAR, News och ABCDE. Detta genom utbildningar för arbetsgrupper av våra instruktörer.



## 7. Definitioner och förkortningar

### DEFINITIONER

*Antikolinergika:* Antikolinergika hämmar verkan av parasympatiska stimuli och ger ökad hjärtfrekvens, nedsatt sekretion i mun- och bronkslemhinnor, avslappning av glatt muskulatur med mera. Läkemedlen används bland annat vid vissa ögonsjukdomar, astma, KOL, Parkinsons sjukdom och för hämning av slembildning.

*BPSD-registret:* är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar.

*Brytpunktssamtal:* Samtal mellan ansvarig läkare/tjänstgörande läkare och patient och/eller närstående om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. (Svenska palliativregistret)

*Funca:* Funca är ett webbaserat arbetsverktyg som är byggt på uppdrag av Socialdepartementet, och syftet med verktyget är att förebygga och minska utmanande beteende samt att förbättra delaktighet och självbestämmande för vuxna personer med insatser enligt LSS, personkrets 1 och 2.

*HSA-katalogen:* HSA är en elektronisk katalog som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i Sveriges kommuner, landsting och privata vårdgivare.

*Laxantia:* Tarmreglerande läkemedel

*Ledningssystem:* Tidigare socialnämnden i Kil har tagit fram ett ledningssystem för verksamhet. Ledningssystemet bygger på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). I ledningssystemet finns riktlinjer, rutiner och blanketter som används inom förvaltningen. Ledningssystemet vänder sig i första hand till personal som arbetar med hälso- och sjukvård, äldre, IFO, arbetsmarknadsenheten samt med integrationsfrågor men låter även kommuninvånaren få en inblick i verksamheten och hur man arbetar.

*Loggranskning:* För att garantera patienters integritet ska IT-system som används inom vård och omsorg logga vem som läser uppgifter om vilken patient, och dessa loggar ska också granskas. Detta är reglerat i patientdatalagen och underbygger regeln om att personal endast ska ta del av uppgifter som gäller de personer man är omedelbart inblandad i.

*Meddix:* IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan sjukhus, kommun, primärvård och psykiatrisk öppenvård.

*Nationell patientöversikt:* Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

*NEWS:* Ett bedömningsinstrument vid akuta medicinska tillstånd.

*Ordinärt boende:* Eget privat boende i villa, lägenhet eller seniorboende

*Psykofarmaka:* Psykofarmaka är ett samlingsnamn för läkemedel som riktar sig mot psyket. De används inom tre indikationsområden, psykoser (antipsykotika, neuroleptika), depressioner (antidepressiva läkemedel), sömnproblem, ångest, oro och ängslan (lugnande läkemedel)

*SBAR:* Ett kommunikationsverktyg i vården

*Senior alert:* är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienter. Det som registreras är risk för fall, trycksår, onormal nedgång i vikt och munhälsa.

*Smärtskattning:* Strukturerad smärtskattning ska ske vid vård i livets slut med antingen VAS (graderar smärta från 1-10) eller för dementa/personer med kognitiv störning i sent palliativt skede med "Abbey pain Scale".

*SveDem:* är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.

*Svenska palliativ registret:* är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat en just avliden människa besvarar ett trettiotal frågor.

## FÖRKORTNINGAR

IVO	Inspektionen för vård och omsorg
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
ROAG	Revised Oral Assessment Guide