

Patientsäkerhets- berättelse 2020

Kils kommun

Sammanställd av: Medicinskt ansvarig sjuksköterska Annika Nilsson

Datum: 2021-01-04

Innehåll

1	Sammanfattning	5
2	Inledning	7
3	Struktur	8
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
4	Process	12
4.1	Risikanalys	13
4.2	Utredning av händelser - vårdskador	13
4.3	Informationssäkerhet	13
5	Resultat och analys	14
5.1	Egenkontroll	14
5.2	Avvikelse	20
5.3	Klagomål och synpunkter	24
5.4	Händelser och vårdskador	24
5.5	Risikanalys	25
6	Mål och strategier för kommande år	26
7	Definitioner och förkortningar	27

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 och åtgärder som genomförts och uppnåtts har bl. a varit:

- Öka skattningarna i BPSD genom att genomföra nätverksträffar för administratörer och utbilda ny certifierad instruktör i Kils kommun.
- Påbörja arbetet med att utbilda baspersonal i SBAR, News och ABCDE. Detta genom utbildningar för sjuksköterskor av våra instruktörer. Sjuksköterskor ska sedan utbilda sina arbetsgrupper på APT.
- Påbörja arbetet med att utbilda administratörer för att kunna registrera i SveDem-modulen i ordinärt boende där hemsjukvård med omvårdnadsinsatser utförs.

Andra viktiga resultat som har uppnåtts är att vi ger en god vård vid livet slut med brytpunktsamtal och smärtskattning. Att specifikt frakturer minskar är också positivt resultat. Att både antal rapporterade och inte rapporterade läkemedelsavvikelser ökar är allvarligt. Mest antal avvikelser finns som tidigare inom hemtjänsten. Det är av största vikt att digital signering införs för att minska antalet avvikelser med start i hemtjänsten.

Antal patienter som vårdas i kommunal hälso- och sjukvård ökar, vilket betyder ökade behov av resurser och ett arbete som inriktar sig på att arbeta mera förebyggande för att undvika vårdskador.

Detta år präglades av covid-19 vilket påverkade det övriga patientsäkerhetsarbetet och framförallt det förebyggande arbetet. Detta har påverkat att inte mål har uppnåtts i samma omfattning som tidigare år. Utbrott har skett både på särskilt boende och i hemtjänst. Både patienter och personal har insjuknat. En god samverkan med Region Värmland gällande covid-19 har inneburit att rutiner tagits fram som påverkat patientsäkerheten positivt.

Definitioner och förkortningar redovisas sist i dokumentet.

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:

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

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

Detta år präglades av covid-19 vilket påverkade det övriga patientsäkerhetsarbetet och framförallt det förebyggande arbetet. Detta har påverkat att inte mål har uppnåtts i samma omfattning som tidigare år. Utbrott har skett både på särskilt boende och i hemtjänst. Både patienter och personal har insjuknat. En god samverkan med Region Värmland gällande covid-19 har inneburit att rutiner tagits fram som påverkat patientsäkerheten positivt.

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 SJUK-VÅRD

Kommunens hälso- och sjukvård rapporterar varje år till Socialstyrelsen individstatistik. Från 2019 tas KVÅ statistik (klassifikation av vårdåtgärder) ut på varje legitimerads roll. Tidigare år rapporterades både tid som utfördes av legitimerad personal och personal som är delegerade enligt hälso- och sjukvårdslagen därför är inte siffrorna jämförbara. Tid som rapporterades innan 2019 räknades manuellt.

ANTAL PATIENTER INOM KOMMUNEN MED HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

	2016	2017	2018	2019	2020
Medelvärde antal patienter med HSL åtgärd per månad	357	349	425	418	488

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

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sjukhus	35	14	28	26	33	33	22	27
Säbo	36	29	29	25	24	32	32	27
Korttiden	6	8	11	8	7	9	19	9
Ordinärt boende	14	20	15	21	22	21	15	32
Summa	91	71	83	80	86	95	90	95

Ökningen av patienter som avlider i ordinärt boende har mer än fördubblats och kan eventuellt förklaras av de allt kortare vårdtiderna på sjukhus och att patienter skickas hem i allt sämre skick. Det kan också bero på att flera önskar få dö i det egna hemmet.

3 Struktur

3.1 ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

- 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 genom 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.
- Minska läkemedelsavvikelserna i hemtjänsten med 10 % genom att ta fram verktyg som gör att personalen följer läkemedelsrutiner.
- Öka skattningarna i BPSD genom att genomföra nätverksträffar för administratörer och utbilda ny certifierad instruktör i Kils kommun.
- Påbörja arbetet med att utbilda baspersonal i SBAR, News och ABCDE. Detta genom utbildningar för sjuksköterskor av våra instruktörer. Sjuksköterskor ska sedan utbilda sina arbetsgrupper på APT.
- Påbörja arbetet med att utbilda administratörer för att kunna registrera i SveDem-modulen i ordinärt boende där hemsjukvård med omvårdnadsinsatser utförs.

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 inom 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, att avvikelser dokumenteras, följs upp och analyseras.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS 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.
- Samverkan mellan kommunerna i Värmland och Region Värmland.
- Länsövergripande arbetsgrupper för utskrivningsklar och Cosmic Link.
- Samverkan med läkemedelsenheten.
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland.
- Överenskommelse/samverkan med vårdcentralen.
- Samverkansavtal med Smittskydd i Värmland
- 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.
- Patienter och närstående medverkar vid upprättande av vårdplaner - specifik omvårdnad.
- Information lämnas till enskilda var de kan lämna synpunkter och klagomål.

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 meddelande i journalsystemet Procapita till Rehab 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 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.

Ärenden från Inspektionen för vård- och omsorg eller Patientnämnden utreds skyndsamt av MAS och/eller berörd enhetschef.

3.7 EGENKONTROLL

EGENKONTROLL	OMFATTNING	KÄLLA
Punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädkoder	Två gånger 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

- Kvalitetsgranskningar har genomförts gällande läkemedelsrutiner inom sektor arbete och individ i samverkan med Forshaga kommun.
- Loggranskningar har genomförts varje månad i verksamhetssystemet Procapita, i NPÖ (Nationell patientöversikt) och i Cosmic Link(där samordnad vårdplanering sker).
- 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.
- Utbildningar i basala hygienrutiner, klädkoder och användning av skyddsutrustning har genomförts.
- Punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och klädkoder har genomförts.
- 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.
- Samverkansträffar kring lagen om samverkan vid utskrivning har genomförts med personal från både kommun och region.

4.1 RISKANALYS

Det är sju 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 samverkan med mellan HVI och Regionen inte sker.

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 enhetschefer 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 Kils kommun 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 två stycken fall, dessa handlar om avsaknad av samtycken. Efter kontroll har detta inte lett till någon påföljd då relevanta förklaringar har lämnats för varje enskilt fall. Även så sker loggranskningar varje månad i Cosmic Link där samordnad vårdplanering sker i samverkan med Region Värmland. 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. Kils kommun har under år 2020 blivit utvald av Inera för revision gällande HSA-katalogen som är grunden till informationssäkerheten. Denna revision blev godkänd och därmed uppfylls detta med goda rutiner gällande informationssäkerhet i kommunen.

5 Resultat och analys

5.1 EGENKONTROLL

Det strukturerade förbyggande arbetet ska öka riskbedömningarna i Senior Alert med 10 %.	Arbetat fram rutiner för det förebyggande arbetet	Det är 17 personer som fått en riskbedömning utförd i Senior alert jämfört med 34 personer förra året	Målet är inte uppnått
Minska läkemedelsavvikelsena i hemtjänsten med 10 %.	Minska stress och ta fram verktyg som gör att personalen följer läkemedelsrutiner.	Rapporterade avvikelser i hemtjänsten har ökat från 132 till 204. Det är ytterligare 74 avvikelser som inte rapporterats	Målet är inte uppnått
Öka skattningarna i BPSD	Genomföra nätverksträffar för administratörer och utbilda ny certifierad instruktör i Kils kommun.	Två nya certifierade instruktörer är utbildade. De har haft ett utbildnings-tillfälle med sju administratörer. Det är 39 stycken registreringar totalt år 2020 jämför med 16 föregående år	Målet är uppnått
Påbörja arbetet med att utbilda baspersonal i SBAR, News och ABCDE.	Utbildningar för sjuksköterskor av våra instruktörer. Sjuksköterskor ska sedan utbilda sina arbetsgrupper på APT	Några arbetsgrupper i hemtjänsten har utbildats och använt arbetssättet	Målet är uppnått
Påbörja arbetet med att utbilda administratörer för att kunna registrera i SveDem-modulen i ordinärt boende där	Utbildningar ska genomföras av utbildare anställd av SveDem	En utbildning genomförd med två administratörer, en sjuksköterska, demenssköterska och en enhetschef	Målet är uppnått

hemsjukvård med omvårdnadsinsatser utförs			
-------------------------------------------------	--	--	--

5.1.1 ÖVRIGA RESULTAT

HYGIEN/PATIENTSÄKERHET

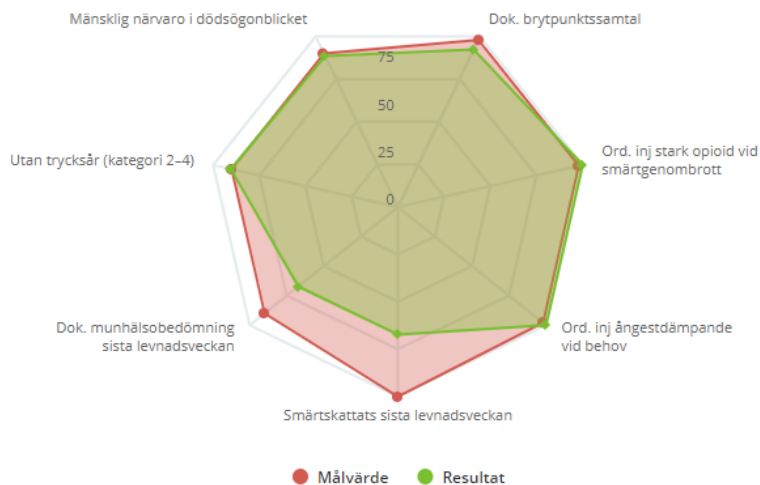
I hälso- och sjukvårdslagen anges att kravet på hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär särskilt att den ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard. Det anges även att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

I patientsäkerhetslagen anges att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att planera, leda och kontrollera verksamheten. Därför deltog Kils kommun i punktprevalensmätningen i SKR:s regi under hösten 2020. Alla verksamheter där observationer av basala hygienrutiner och klädkoder kunde genomföras deltog. Mätningen grundar sig på observationsstudier och inkluderar inte mätningar utförda enligt självskattningsmetoden. Observationsstudien sker under en i förväg angiven tidsperiod. Observationerna utfördes vid patientnära arbete exempelvis omvårdnad, undersökningar och behandling. Akuta situationer ska ej observeras. Urvalet var slumpmässigt både avseende personalkategorier och observerade arbetsmoment.

En personal på varje arbetsgrupp genomförde iakttagelserna. Dessa personer bör vara väl förtrogna med Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10). De olika yrkeskategorier som är representerade på avdelningen/enheten bör ingå i observationsstudien som rekommenderas grunda sig på 10 observationer 3 per avdelning/enhet och observationstillfälle. Varje person observeras med avseende på både basala hygienrutiner och klädregler. Personalen ska informeras i förväg om att observationsstudien kommer att genomföras men inte när den ska ske. Resultatet visar att andelen med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner och klädregler var 73,4 %. Andelen med korrekt efterlevnad av samtliga hygienrutiner var 79 %.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Detta är en modifierad rapport

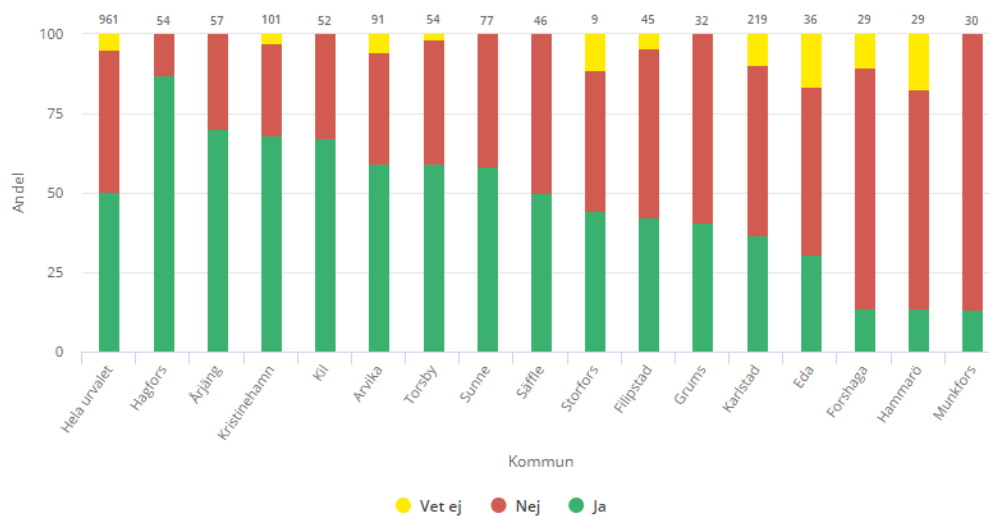


Enligt uppgifter från Svenska palliativregistret under år 2020 har personer med väntat dödsfall på särskilt boende, korttiden och i ordinärt boende till 67,3 % fått en utförd validerad smärtskattning (75,6 % år 2019). Det är 90,4 % (88,9 % år 2019) som avlider utan trycksår och 67,3 % har fått sin munhälsa bedömd (77,8 % år 2019). Mänsklig närvaro vid dödsfallet uppnås till 88,5 % (97,6 % år 2019) av de väntade dödsfallen.

Smärtskattning utförd sista levnadsvecka

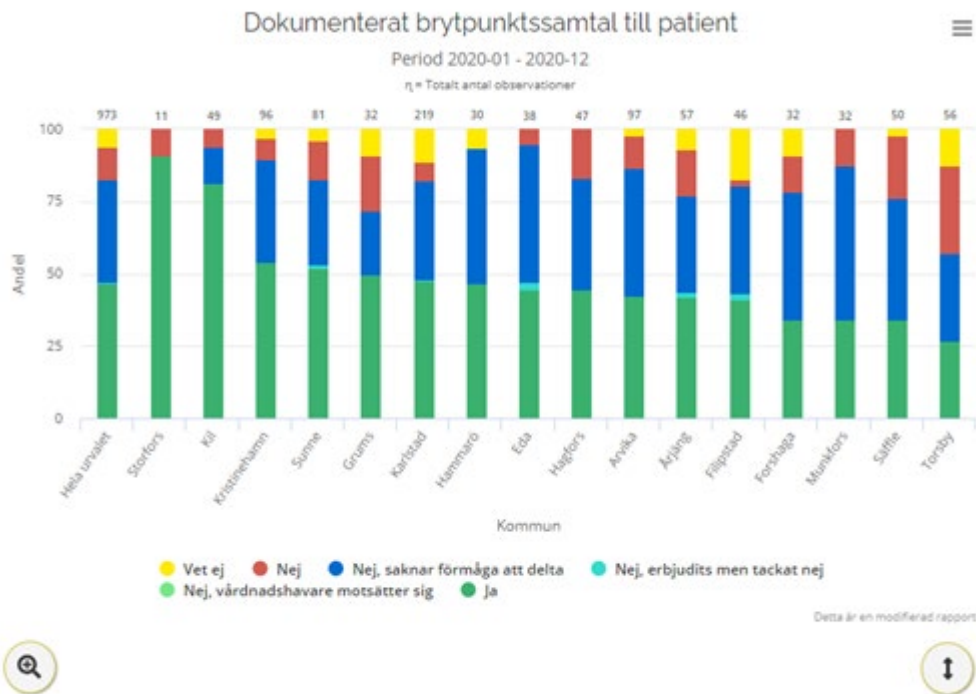
Period 2020-01 - 2020-12

n = Totalt antal observationer



Detta är en modifierad rapport





Redovisning gällande smärtskattning och dokumenterat brytpunktssamtal från de olika kommunerna i Värmland

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. Genom en bemötandeplan kan vården förebygga så att symtomen minskas eller förhindra helt att symptomen uppkommer.

Det är 39 stycken registreringar gjorda totalt år 2020, varav, 22 stycken på särskilt boende och 17 stycken i ordinärt boende. År 2019 gjordes 16 registreringar i BPSD-registret under året.

I Kils kommun har även monitorering av registreringar i minnesteamet genomförts, vilket har inneburit förbättringsarbete som innebär t ex att mäta och öka antalet smärtskattningar.

SVEDEM-REGISTRET

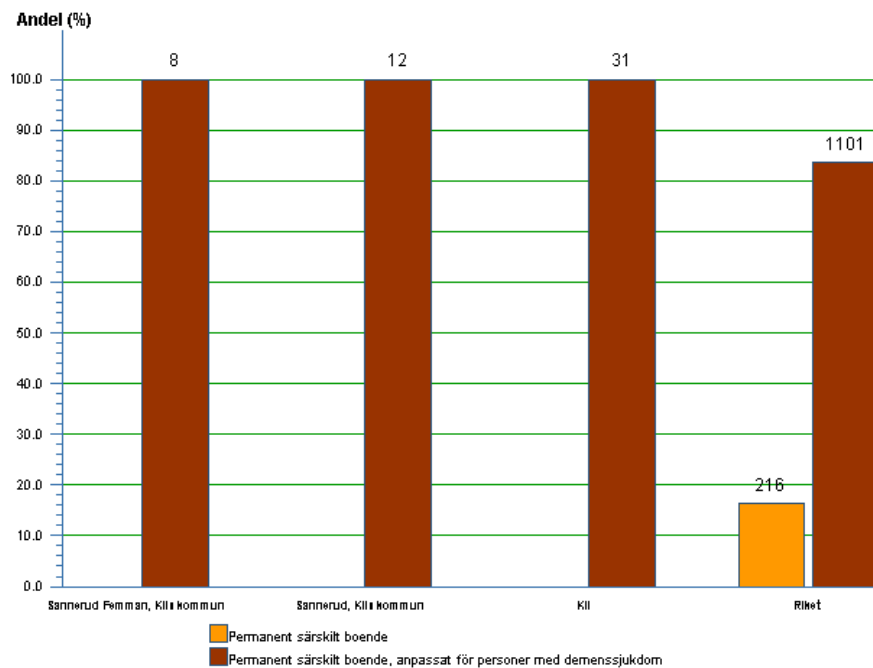
I SveDem registreras personen vid diagnos av diagnossättande enhet, oftast en vårdcentral eller minnesmottagning på specialistklinik. Därefter följer en årlig

uppföljning. När personen flyttar in på särskilt boende (SÄBO) tar de över registreringen.

Uppföljningsrapport - Särskilt boende, antal 2020, antal uppföljningar

Uppföljningsrapport - Särskilt boende

Figur 1: Boende



Antalet registreringar i urvalet anges ovanför staplarna

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.

Skattningarna i Funca har minskat från 38 till 11 sedan föregående år. Covid-19 påverkade minskningen av antalet registreringar.

KVALITETSGRANSKNING AV LÄKEMEDELSRUTINER INOM ÄLDRE

Läkemedelsgranskning inom funktionsstöd har utförts genom lärande granskning från Forshaga kommun. Kvalitetsgranskningarna genomfördes under en halv dag och genomfördes digitalt. Enheter som granskades var Ravinvägen 3 och Ravinvägen 5. Även så granskades två ärenden inom personlig assistans enligt Socialförsäkringsbalken(SFB).

Bedömning

- Läkemedel förvaras patientsäkert i alla verksamheter.

- Det finns uppdaterade skriftliga lokala instruktioner gällande läkemedelshantering i varje arbetsgrupp. Dessa är inte alltid kända av personalen. Att detta sker är sjuksköterskans ansvar i samverkan med enhetschef.
- Signaturförtydliganden finns och ska uppdateras årligen.
- Det ska finnas spårbarhet gällande nyckelhantering i alla arbetsgrupper och nycklar ska förvaras säkert. Att detta sker är berörd enhetschefs 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 2020. Liknande mätning gjordes i april 2011, 2012, 2013 och februari 2014, 2015, 2016, 2017 2018 och 2019. 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	2019	2020
Antal boende	96	95	83	91	77	65	75	81	68	73
Neuroleptika	16 %	9 %	6 %	7 %	3 %	14 %	12 %	17 %	22 %	22 %
Antidepressiva	63 %	61 %	60 %	54 %	55 %	70 %	68 %	72 %	71 %	74 %
Lugnande/sömnmedel	46 %	31 %	37 %	33 %	36 %	34 %	39 %	36 %	44 %	30 %
Tre eller flera psykofarmaka	16 %	12 %	16 %	10 %	16 %	18 %	19 %	23 %	28 %	30 %
Laxantia	54 %	35 %	47 %	45 %	53 %	49 %	41 %	47 %	35 %	36 %
Protonpumpshämmare								35 %	37 %	30 %
Långverkande bensodiazepiner								2 %	0	0
Läkemedel med antikolinerg effekt								1 %	4 %	0

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

HALT

Svenska HALT är en årligt återkommande mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige. Kils kommun har deltagit i fyra år. 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. Ingen mätning utfördes detta år pga. resursbrist.

VACCINATION MOT INFLUENZA

Kommunens sjuksköterskor har vaccinerat 325 personer inom riskgrupperna mot influensa. År 2019 vaccinerades 224 personer av sjuksköterskorna (uppgifter från Svevac vaccinationsregister).

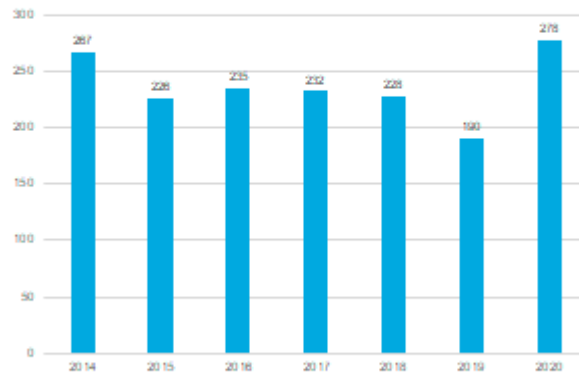
5.2 AVVIKELSER

5.2.1 LÄKEMEDELSAVVIKELSER

I Kils kommun har totalt 278 läkemedelsavvikelser rapporterats jämfört med 190 föregående år. Det är även 90 avvikelser som inträffat som inte rapporterats till ansvarig chef. Utebliven dos har inträffat vid 221 tillfällen. Orsak till avvikelserna har vid 166 tillfällen varit att man inte följer rutiner, stress som orsak har påtalats vid 25 tillfällen vilket är en liten ökning sedan föregående år (17 tillfällen). Förväxlat patient har skett vid två tillfällen. Avvikelserna är flest på morgon och kväll.

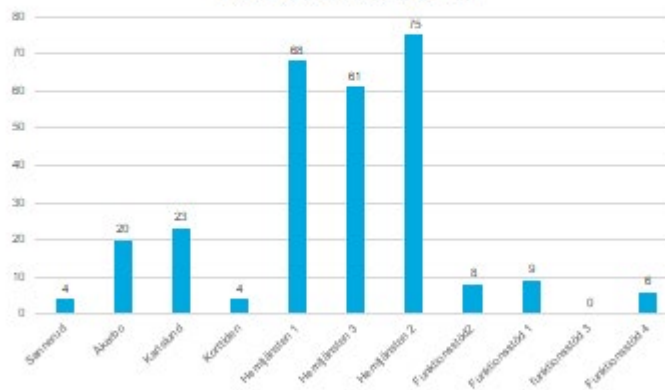
Vid 14 av händelserna innebar det inga konsekvenser för patienten och en händelse betecknades som allvarlig. Ingen Lex Maria-anmälan har gjorts detta år.

Läkemedelsav vikelser totalt Kils kommun år 2014-2020



KIL 8E

Läkemedelsav vikelser år 2020



KIL 8E



KIL. 8E

ANALYS

Att både antal rapporterade och inte rapporterade läkemedelsavvikelser ökar är allvarligt. Mest antal avvikelser finns som tidigare inom hemtjänsten. Det är av största vikt att digital signering införs för att minska antalet avvikelser med start i hemtjänsten.

5.2.2 FALL

År 2020 visar siffrorna för Kils kommun 161 fallskador (142 föregående år) och 556 fall utan skada (431 föregående år), sammanlagt 717 fall (575 föregående år). Både antalet fallskador och antalet fall utan skada ökar. Antalet frakturer har minskat från åtta till sex sedan föregående år. Fallskadorna har inträffat hos 98 kvinnor och 63 män. Av de 161 fallskadorna inträffade 66 stycken hos dem som är 90 år och äldre. Fallskadorna har inneburit att 25 personer uppsökt akutmottagning.

ANALYS

Antalet fallskador och fall utan skada ökar men antalet frakturer minskar något. En fraktur inträffade på särskilt boende och fem i hemtjänsten. Fallskadorna sker allt senare, år 2017 var skadorna hos 90 år och äldre 38 stycken, år 2018 är denna siffra 62 stycken och 2019 är den 65 stycken. Denna siffra har år 2020 ökat till 66 stycken.

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

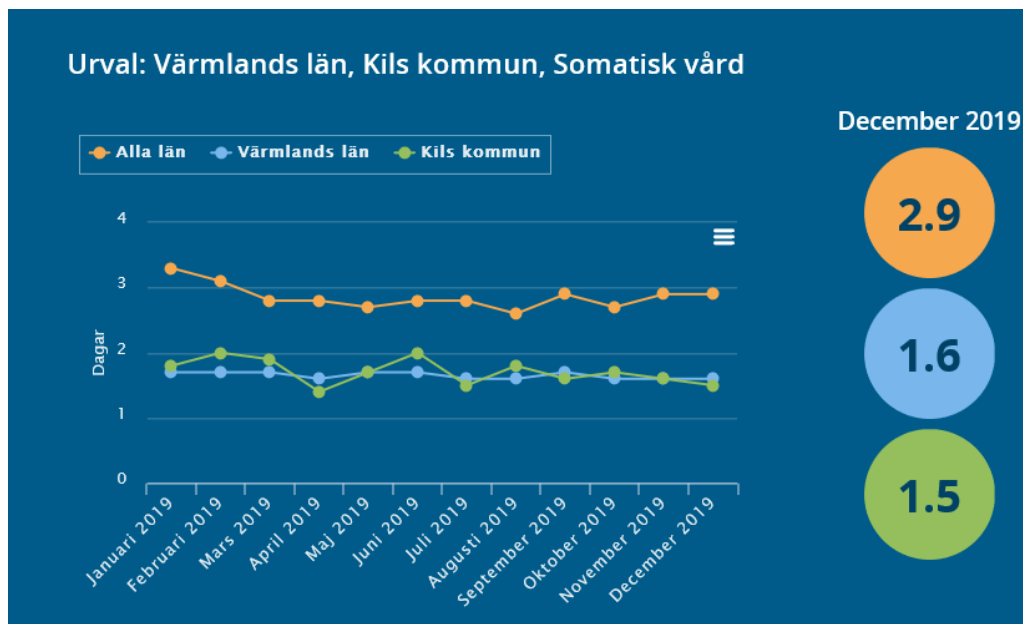
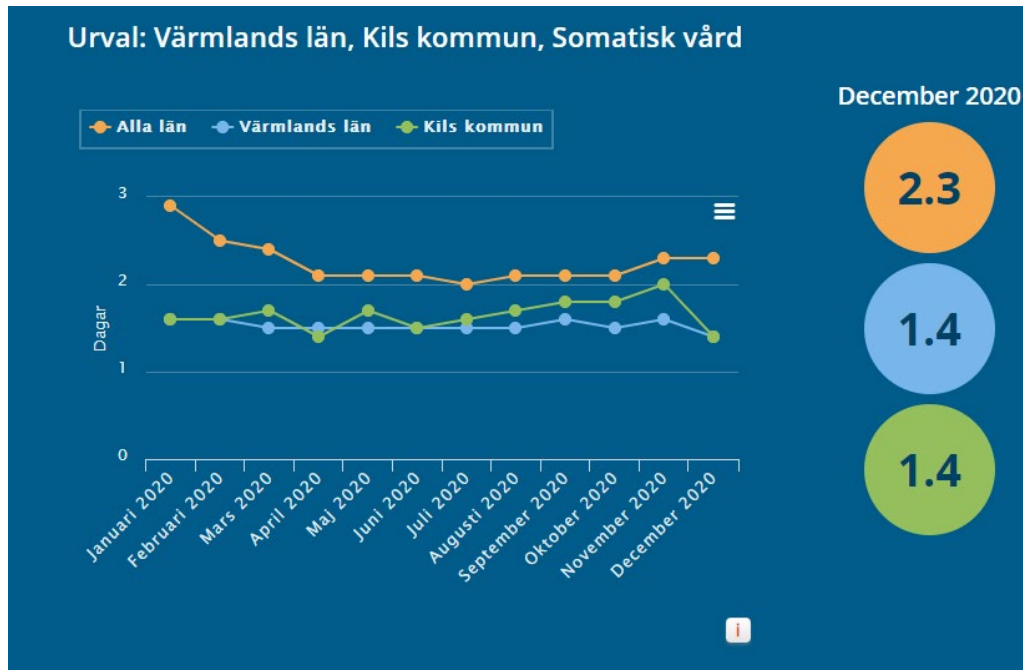
5.2.3 ÖVRIGA AVVIKELSER

Det har rapporterats 36 övriga avvikelser i Kils kommun, enligt fördelning här nedan

Narkotika saknas	5
Ofullständiga narkotikabokföring	11
Ofullständiga signeringslistor	6
Kommunikationsbrister	4
Planeringsbrister	3
Tekniska hjälpmedel	4
Bristande hygienrutiner	1
Provtagningspinne gick av	1
Omkuffning gastrostomiport	1
Bristande uppföljning	1

SAMVERKAN VID UTSKRIVNING

Riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutenvården har utarbetats då nya samverkanslagen trädde kraft 1 januari 2018 mellan kommunerna och dåvarande 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 regionens 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 har ett betalningsansvar till regionen om patienten blir kvar på sjukhus mer än tre dagar efter utskrivningsklar.



5.2.4 AVVIKELSER TILL REGIONEN

När det gäller informationsöverföring och samordnad vårdplanering har 18 avvikelserapporter skickats in till Region Värmland (20 stycken år 2019). Av dessa har vi fått svar på tre.

Aktuell läkemedelslista saknas	1
Felaktig ofullständig ordination	8
Bemötande/bristande kommunikation	3
Läkemedelsberättelse saknas	1
Läkemedel ej skickats med vid hemgång	1
Nödvändig utskrivningsinformation saknas inte korrekt ifyllt	3
Kriterierna för utskrivningsklar ej uppfyllda	2
Utskrivning ej meddelat i generellt meddelande	2
Obruten läkemedelsbehandling(läkemedel saknas vid hemgång)	
Bedömning LVM görs inte	1
PVK och EKG-elektroder ej borttagna vid hemgång	1
Transport	1

En avvikelse har skickats till Kils kommun från Region Värmland och är besvarade av MAS.

AVVIKELSER TILL APOTEKSTJÄNST

En avvikelse har skickats till Apotekstjänst som ansvarar för dosdipenserade läkemedel.

TRYCKSÅR

Förutom trycksår som registrerats i vård i livets slutskede i palliativa registret så har ytterligare sju trycksår rapporterats under året(förra året två stycken). En person hade en kategori 1 (kvarstående missfärgning, huden är hel med en djupröd eller blårod missfärgning som inte försvinner vid avlastning). Detta trycksår kvarstår. Fyra personer hade en kategori 2 (djup rodnad med avskavning av huden, ev. sprickor eller blåsor) Två trycksår är läkta och två patienter är avlidna. En person har en kategori 3 (fullhudsdefekt utan djup sårhåla) Denna patient är avliden.

5.3 KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

Det har inkommit ett klagomål under året som berör hälso- och sjukvården. Detta var skickat till IVO under 2020 men anlände till Kils kommun i början av 2021 och är besvarat.

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, viktminskning 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. 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 i hemtjänsten men även antalet avvikelser som inte rapporteras har ökat. 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 i Senior Alert med 10 %. Arbeta fram rutiner för det förebyggande arbetet och implementera dessa i verksamheten.
- Minska läkemedelsavvikelserna i hemtjänsten med 10 %. Detta genom att införa digital signering.
- Öka skattningarna i BPSD-registret på särskilt boende med 10 %. Detta genom teamsamverkan med berörd personal.
- Minst 70 % av personer i livets slutskede ska ha erhållit validerad smärtskattning. Strategin ska vara att fortsätta att det goda arbete som redan idag sker med ytterligare förbättringar som följs genom registrering i svenska palliativ registret.

7. Definitioner och förkortningar

DEFINITIONER

ABCDE: Ett strukturerat omhändertagande av en patient enligt ABCDE syftar primärt till att identifiera och behandla livshotande tillstånd i rätt ordning. Bokstäverna bygger på de engelska orden; Airway, Breathing, Circulation, Disability och Exposure.

A (eng; airway), fri luftväg (vid trauma även stabilisering av nacke)

B (eng; breathing), andning

C (eng; circulation), blodcirkulation

D (eng; disability), bedömning av neurologi

E (eng; exposure), exponering

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)

Cosmic Link: Cosmic Link används vid utskrivningsplanering från slutenvård och vid framtagande av en samordnad individuell plan (SIP). Cosmic Link är en modul till Region Värmlands journalsystem Cosmic och hämtar viss information därifrån.

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 verksamheten. 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.

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.

Nationell patientöversikt: Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra regioner, 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 ångslan (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 personer med demenssjukdom/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