

Rapport

# Patientsäkerhetsberättelse 2022



Beslutad av:  
Datum för beslut:  
Diarienummer: SOS 2022-198

## Innehållsförteckning

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

# 1 Sammanfattning

Sävsjö kommun ansvarar i egenskap av vårdgivare för att den kommunala hälso- och sjukvården är säker och av god kvalitet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska, på socialnämndens uppdrag och i enlighet med gällande författningar, se till att både kvalitet och patientsäkerhet är hög. Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska hållas tillgänglig genom publicering på Sävsjö kommuns hemsida. Av patientsäkerhetsberättelsen skall framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Enligt SOFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet inom LSS, Lag om service för vissa funktionshindrade, varje år även upprätta en kvalitetsberättelse. Sävsjö kommun har enligt förslag från Socialstyrelsen lagt samman dessa berättelser i ett dokument. Kvalitetssystemet för hälso- och sjukvården i Sävsjö kommun är en del av det kvalitetssystem som används för hela socialförvaltningen. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

För en säker vård av god kvalitet har verksamheterna riktlinjer och rutiner till hjälp som kontinuerligt hålls aktuella av MAS. Patientsäkerheten har under året följts upp genom deltagande i nationella kvalitetsregister, mätning av vårdrelaterade infektioner, analys och reflektioner kring tillsyn, inkomna avvikelser och synpunkter.

## Aktiviteter för ökad patientsäkerhet

Under 2022 har pandemin fortfarande haft en stor påverkan på patientsäkerhetsarbetet. Rutiner och arbetssätt relaterat till covid-19 har ändrats flera gånger av regionens smittskydd beroende på smittläget, vilket därefter behövt omsättas inom kommunens vård- och omsorg. Justeringar har gjorts gällande hygienrutiner, information, smittspårning, provtagning, vaccinationer och skyddsutrustning. Sjukfrånvaron har varit stor under året, vilket i perioder resulterat i personalbrist. En del av det planerade patientsäkerhetsarbetet som fått stå tillbaka under pandemin har under 2022 kunnat återupptas.

Under året har en del utbildningar genomförts. Det nya datajournalssystemet Combine som infördes under november 2021 har krävt en del extra utbildningsinsatser även efter införandet. Dokumentationsombud inom äldreomsorgen har genomgått utbildning i social dokumentation för att kunna stötta sina kollegor. Inom hemsjukvård och äldreomsorg har ett projekt påbörjats för att höja kvaliteten inom palliativ vård genom bland annat införande av palliativa ombud bland omvårdnadspersonalen. Projektet är planerat att avslutas under våren 2024. En arbetsgrupp har bildats för att se över och höja kraven för läkemedelsdelegering i syfte att minska avvikelser inom läkemedelshanteringen.

I och med övergången till Nära Vård väntas Sävsjö kommun växa som vårdgivare. Det kräver en ännu bättre samordning både internt och externt. Under året har flera samordningsprojekt drivits igenom, varav ett som innebär daglig avstämning kring patientflöden mellan biståndshandläggning, hemsjukvård och planerare för hemtjänst och korttids. En sårvårdsapp har införts i hemsjukvården för att förbättra kvalitén inom sårvården. Beslut har under hösten tagits om att anställa en sjukgymnast med deltid som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) där rekrytering pågår. MAR kommer vara en stor tillgång i arbetet med att höja kvalitet och säkerhet inom rehabiliteringsområdet.

## 2 Övergripande mål och strategier

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

All personal som arbetar utifrån hälso- och sjukvårdslagen ska:

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

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

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

# 3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

## 3.1 Socialnämndens ansvar

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

## 3.2 Verksamhetschefens ansvar

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

## 3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS bevakar att patientsäkerhet upprätthålls inom den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. Ansvaret regleras i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientsäkerhetsförordningen. MAS ansvarar även för att vid behov göra anmälningar enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, samt att anmäla felaktigheter på medicintekniska produkter till läkemedelsverket.

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

## 3.4 Enhetschefens ansvar

Enhetscheferna ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens. De ansvarar även för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer riktlinjer och rutiner som är utarbetade av MAS. Enhetscheferna ansvarar också för att avvikelser rapporteras samt för utredning och uppföljning av avvikelser inom den egna verksamheten. De leder teamarbetet och samverkar med övriga yrkesfunktioner som sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och biståndshandläggare för en god patientsäkerhet.

## 3.5 Hälso- och sjukvårdspersonals ansvar

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen ska följa upprättade rutiner och riktlinjer för en god och säker vård samt rapportera avvikelser om en patient drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

## 4 Struktur för uppföljning / utvärdering

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

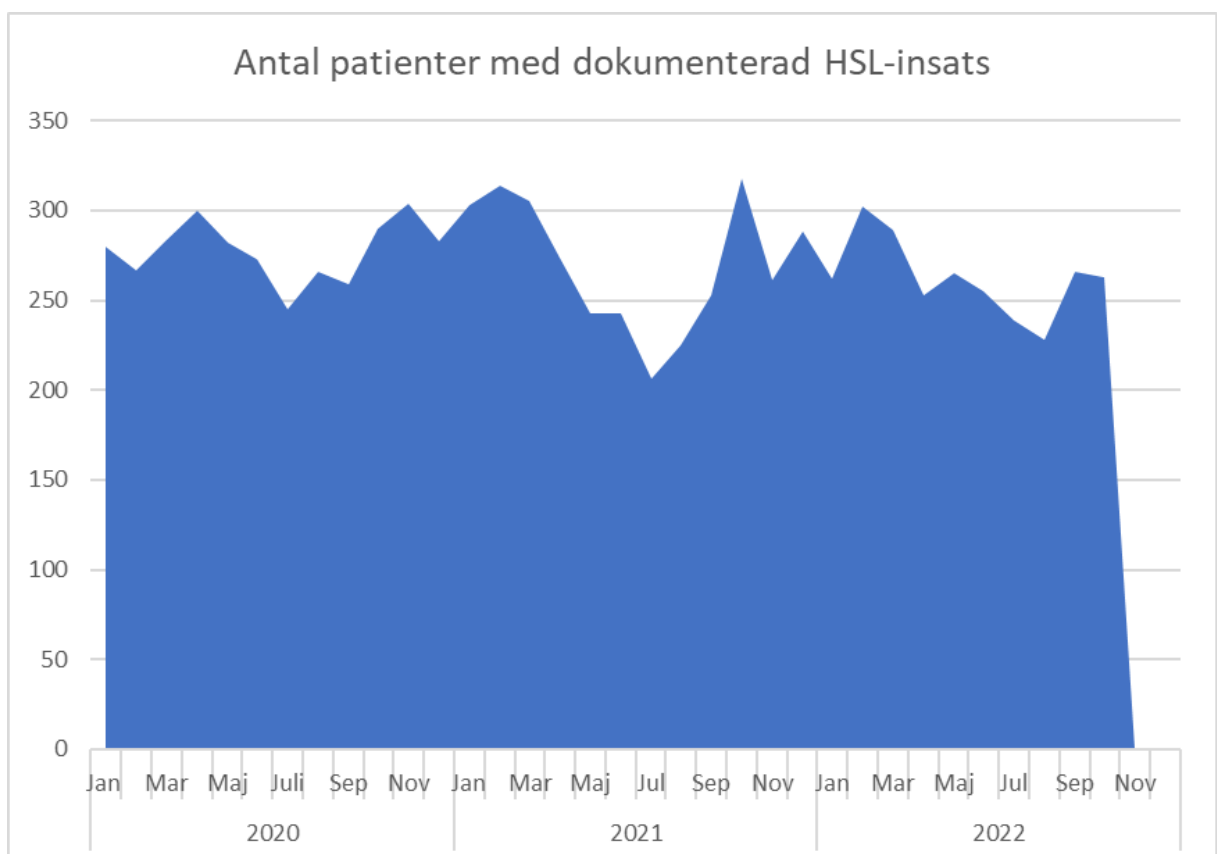
I kommunens avvikelssystem DF Respons registreras avvikelser för läkemedelshantering, fall, vård och behandling, informationsöverföring externt och internt samt avvikelser gällande medicintekniska produkter (MTP). Uppföljning av aktuella avvikelser sker av ansvarig enhetschef på respektive område. Avvikelser i samverkan och avvikelser som av utredaren skattas som grad 3 och 4 i allvarlighetsgrad, går vidare till MAS.

Avvikelser i samverkan går igenom gemensamt på Händelseråd med MAS:ar för kommunerna på höglandet, representant från vårdcentral och Höglandssjukhusets chefssjuksköterska. Händelseråd äger rum sex gånger årligen och ger en gemensam bild av vilka samverkansproblem som behöver förbättras. Det saknas dock system för att systematiskt aggregera avvikelser gemensamt med andra kommuner.

Användningen av och uppföljning i nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD-registret och Svenska palliativregistret medverkar till att patientsäkerhetsrisker identifieras. Registren gör det även möjligt att följa vårdens kvalitet genom kvalitetsindikatorer. Sedan 1996 har egna mätningar genomförts när det gäller antal läkemedel/person lugnande läkemedel och sömnmedel. Under 2020–2022 har dessa mätningar inte gjorts på grund av pandemin. Mätningarna planeras att återupptas under 2023.

Omfattningen av hälso- och sjukvårdsinsatser redovisas månadsvis till Statistiska Centralbyrån (SCB) och Socialstyrelsen. Återrapportering/månad av HSL-insatser individuppgifter, hämtas direkt från journalsystemet.

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



I statistiken ingår personer med en aktuell dokumenterad insats under månaden från sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Under sommarmånaderna är antalet insatser färre än under resterande del av året. Den största delen av insatserna ges till personer över 80 år. En liten del (0,5–2 %) av HSL-insatserna ges till barn. Hälso- och sjukvårdens ansvar omfattar äldreomsorg, funktionshinderomsorg, socialpsykiatri och dagliga verksamheter i socialförvaltningens regi.

Personer med behov av regelbundna hemsjukvårdsinsatser blir inskrivna i hemsjukvård. Det gäller även personer som behöver hjälp med sina läkemedel. Bedömningen är alltid individuell. Utöver antalet inskrivna finns personer med planerade och/eller akuta tillfälliga insatser samt de personer i ordinärt boende som får hjälpmedel förskrivna genom kommunen.

Tabell 1: Inskrivna i hemsjukvård ordinärt boende

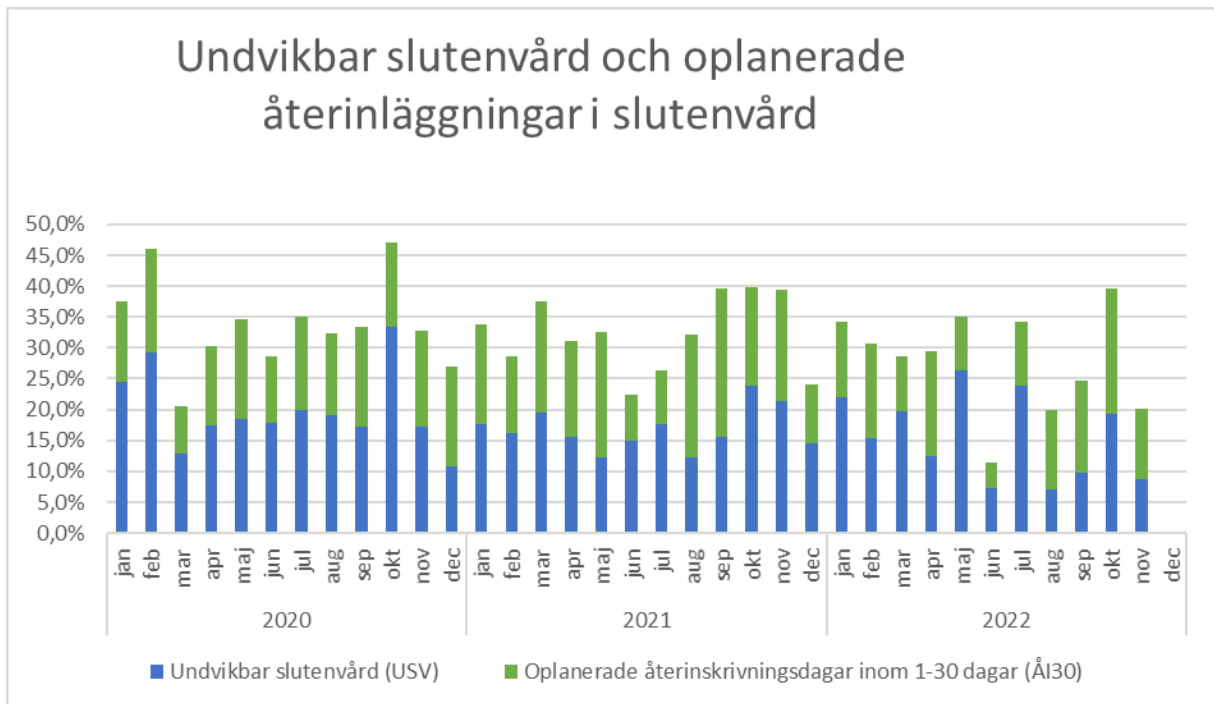
År	Antal
2014	165
2015	143
2016	191
2017	121
2018	121
2020	115
2021	112
2022	118

I oktober 2022 var 263 patienter inskrivna i hemsjukvård varav 85 personer boende på särskilt boende för äldre.

I samverkan med regionen förs statistik över återinläggningar på sjukhus inom 1–30 dagar, undvikbar slutenvård samt dagar efter utskrivningsklar som patienten kvarstannar på sjukhus på grund av att kommunen inte kan ta emot patienten. Undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar inom 1–30 dagar syftar till att fånga inläggningar som sannolikt hade kunnat förebyggas genom bättre samverkan eller tidigare planering av insatser.

För 2022 kan en positiv trend ses som visar att arbetet med planeringen av vårdnivå och vårdplaner tillsammans med vårdcentralen fungerat något bättre än tidigare. Arbetet behöver dock förbättras. Fasta regelbundna tider för läkargenombesök, så kallat *metodstöd*, för patienter i ordinärt boende har införts under slutet av 2022 inom flera hemsjukvårdsområden. Resterande områden kommer att få fasta metodstödstider under första delen av 2023. Införandet av fasta tider tros förbättra planeringen av vårdnivå under kommande år.

Diagram 2: Undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar inom 1–30 dagar.



Enligt överenskommelse mellan kommunerna och regionen räknas ett genomsnitt på antalet dagar som patienter ligger kvar inom slutenvård efter att läkare har gjort bedömningen att patienten är utskrivningsklar, vilket ska ha meddelats i Cosmic Link. Betalningsansvar inträder då enskild kommun överträder ett snitt på 2,0 dagar under en kalendermånad. Patienter i somatisk slutenvård som vårdas mer än sju kalenderdagar beräknas individuellt och exkluderas helt vid snittberäkningen.

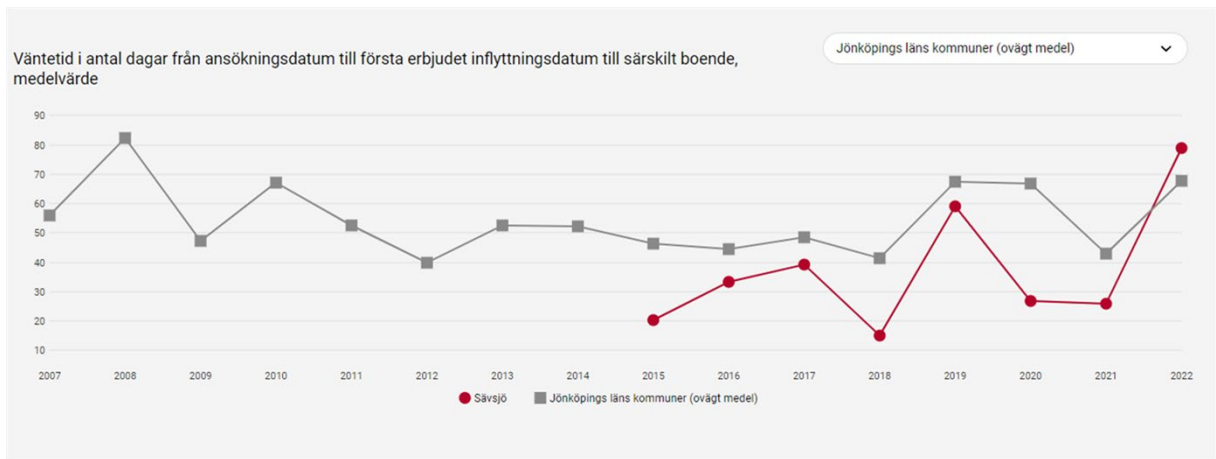
Diagram 3: Dagar utskrivningsklar



Statistiken visar att Sävsjö kommun inte haft några betalningsansvariga dagar under 2022. Vid behov har extra korttidsplatser öppnats på Ringgården, där några patienter placerats under året. Väntetiden till särskilt boende har ökat tydligt under 2022.



Diagram 4: Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudandet



En av anledningarna är inflyttningsstopp till Ringgården i och med kommande renovering av boendet som kommer påbörjas under 2023.

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

## 5.1 Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister för vårdprevention. Registret är till för att identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Att använda bedömningsinstrument skapar en möjlighet att göra den kommunala hälso- och sjukvården säkrare genom att förebygga undernäring, trycksår och fallolyckor. De risker som upptäcks ska alltid följas av dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen. I journalen dokumenteras vårdplan samt ordinationer från sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut till omvårdnadspersonalen. Vårdplaner ska följas upp och utvärderas regelbundet.

Under 2022 har fokusträffar återinförts i syfte att förbättra teamsamverkan och det preventiva arbetet. Ny rutin har upprättats. På fokusträffar träffas sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, enhetschef, biståndshandläggare och representant från omvårdnadspersonalen. Ärenden anmäls i förväg så att riskskattningar kan förberedas och rätt personer kallas till mötet. Riskskattningar skickas som HSL-uppdrag till omvårdnadspersonalen i Combine. Det är viktigt att fokusträffar prioriteras eftersom teamsamverkan är grunden för att det förebyggande arbetet ska fungera.

## 5.2 Svenska Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där uppgifter registreras som visar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vård och omvårdnad bedrivits under den sista levnadsveckan. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras och utvecklas för att uppnå en god palliativ vård.

Under 2022 har ett förbättringsarbete påbörjats inom kommunen som planeras avslutas i april 2024. Syftet är att öka kvalitet inom den palliativa vården.

## 5.3 Avvikelser

Socialförvaltningen har ett gemensamt avvikelssystem, DF Respons. Systemet följer processen för utredning på ett tydligt sätt och utredning och åtgärd görs av ansvarig chef. Varje verksamhet ska själv följa upp sina avvikelser och vidta åtgärder som ett led i det kontinuerliga förbättringsarbetet. Avvikelsehantering sker kontinuerligt och process för sammanställning och analys för avvikelser på aggregerad och övergripande nivå görs av MAS.

## 5.4 Vårdhygien

### Pandemi Covid -19

Pandemin har haft stor påverkan på patientsäkerhetsarbetet under året, även om den ökade vaccinationsgraden har gjort att symtomen hos patienterna inte blivit lika allvarliga som tidigare under pandemin. Hygienrutiner, skyddsutrustning och kohortvård har varit grunden i att hindra smittspridning i våra verksamheter i syfte att skydda våra patienter mot smitta och sjukdom. MAS har under året haft regelbundna möten med smittskydd för information och diskussion kring förändringar som gjorts i

riktlinjerna för vaccination, provtagning, smittspårning, screening, skyddsutrustning, kohortvård med mer. Basala hygienrutiner är grunden för att motverka smittspridning. Under året har två följsamhetsmätningarna till basala hygienrutiner och klädregler gjorts. Resultaten visar på brister.

Därutöver har det kontinuerligt hållits möten inom kommunens egen covid-grupp är del av arbetet har varit kommunikationen inom kommunen och till allmänheten. Kommunen har under delar av året avrått från besök på särskilda boenden. Riktlinjer finns för säkra besök i den närståendes lägenhet. Mötesplatser, aktivering och balansträning har periodvis legat nere. Under året har vård- och omvårdnadspersonal som arbetar vårdnära använt visir eller munskydd av typen 11R. Vid konstaterad smitta har munskydd bytts mot andningsskydd FFP2 som burits tillsammans med visir. Vid utbrott av covid-19 bland personalen har personalen även burit skydd i nära kontakter med varandra, såsom personalrum.

Hälso-sjukvården har haft en god och nära samverkan med vårdcentralerna Bra Liv i Sävsjö och Vrigstad för provtagning av patienter och personal. Samverkansmöten har ägt rum en gång i veckan. Rutin för kontroll av konstaterade sjuka patienter i samverkan med vårdcentralerna Bra Liv har följts av verksamheten. Vaccination mot Covid-19 har givits under året enligt smittskydds rekommendationer. Under hösten erbjöds även alla patienter i hemsjukvården >65 år ett förstärkt vaccin mot säsongsinfluensa.

### Övrigt runt vårdhygien

Mätning av risk för och förekomst av vårdrelaterade infektioner görs kontinuerligt en gång/månad såväl i särskilt som ordinärt boende. Statistiken skickas vidare till smittskydd.

## 5.5 Dokumentation

Dokumentation har under 2022 gjorts i verksamhetssystemet Combine med ett journalträd upplagt efter ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health). Vårdåtgärder klassificeras enligt KVÅ (Klassifikation av Vårdåtgärder) som är ett åtgärds-kodsystem för statistisk beskrivning av olika vårdåtgärder. KVÅ är obligatoriskt att rapportera till Socialstyrelsen hälsodataregister. Combines upplägg skiljer sig markant från tidigare journalsystem och dokumentationen har ett annorlunda flöde. Personalen upplever att det är svårare att få en bra överblick i journalen, vilket är en nackdel. ICF är heller inte uppbyggt för vårdåtgärder utan funktionstillstånd, vilket gör att det ibland är svårt att hitta passande sökord för omvårdnadsåtgärder. Patientsäkerhetsmässigt och juridiskt är det en fördel med Combine eftersom det är svårt att hoppa över något steg i dokumentationen och användaren tvingas skapa vårdplaner med åtgärder.

Uppföljning av dokumentationen sker fortlöpande genom granskning samt genom information till personalen i hemsjukvården och andra delar av socialnämndens verksamhet. Det har framkommit att flera områden och särskilt inom LSS finns stora behov av mer omfattande utbildning inom dokumentation. Under hösten 2022 har dokumentationsombud för äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen fått utbildning inom social dokumentation av MAS och första socialsekreterare, som är utbildare inom IBIC (Individens Behov I Centrum). Utbildningen har bestått av fyra halvdagar och syftet är att ombuden ska kunna stötta sina kollegor när det gäller dokumentation. Inom personlig assistans har inga ombud valts eftersom de till största del arbetar ensamma. Där har istället metodstödjare inom funktionshinderomsorgen hållit regelbundna utbildningstillfällen under hösten. Personlig assistans har endast arbetat med datajournal under 2022 och anställda kommer därav behöva fortsatt stöd från metodstödjare även under 2023.

Nationell Patientöversikt, NPÖ, används bland annat för att få information efter en sjukhusvistelse. Cosmic Link används för samverkan med slutenvård, viss specialistvård och vårdcentraler. Allt fler mottagningar har under året anslutit sig till meddelandefunktioner i Cosmic, vilket underlättar kommunikation och samverkan. Ett exempel på det är så kallad "Dietist i Nära Vård" som införts under året. Dietisten

arbetar som ett stöd riktat till kommunerna och kan nås via meddelandefunktionen i Cosmic.

Under året har beredskap för händelser av kris ökat. För att kunna fortsätta bedriva verksamhet om verksamhetssystemet inte fungerar behövs möjlighet till övergång till analogt arbete genom pappersdokumentation. Beslut har fattats om att alla brukare med vård- eller omsorgsinsatser kommer att få en patientpärm. Pärmarna är beställda och kommer att införas under 2023.

## 5.6 Delegering

Delegering sker av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal med kompetens för arbetsuppgiften, enligt lokala riktlinjer framtagna av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Delegeringar registreras i Alfa eCare SignIt, som är en app för signering av läkemedel. För att få en delegering ska en webbaserad delegeringsutbildning, Jobba säkert med läkemedel, genomföras. Ett kursintyg ska laddas ner efter godkänt kunskapstest. Godkänt kursintyg krävs för att få ny samt förnyad delegering. Utbildningen är framtagen av SKL och är tillgänglig via Svenskt Demenscentrum. Särskild utbildning krävs för delegering av insulinadministration.

Den som genomgått webbutbildningen har grundläggande baskunskaper för att:

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

Efter godkänd utbildning ska delegeringssamtal hållas med ansvarig sjuksköterska som gör en individuell bedömning av förståelsen av riktlinjer och vad en delegering innebär. Om mottagaren av en delegering visar sig sakna förmåga att utföra uppgiften, eller har lämnat oriktiga uppgifter om sin förmåga att fullgöra åtagandet, ska delegeringen återkallas.

Under året har en arbetsgrupp bildats med MAS, biträdande MAS och specialistsjuksköterska inom vård i hemmet. Arbetsgruppens mål är att ta fram nya rutiner för delegering med syfte att göra läkemedelshanteringen mer säker. Kraven på delegering kommer att höjas och under 2023 kommer ett skriftligt prov att införas för delegering. Ett skriftligt prov underlättar för delegerande sjuksköterska att bedöma kunskap, omdöme och språkförståelse.

## 5.7 Läkemedelshantering

Följsamheten mot lokal riktlinje för läkemedelshantering följs löpande via avvikelser. Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt enligt gemensam rutin med vårdcentral.

Verksamheten har ett gemensamt förråd med akutläkemedel och läkemedel för generella ordinationer. Listan över läkemedel som ska ingå i förrådet uppdateras årligen i samråd med regionen. Särskilt utsedda sjuksköterskor ansvarar för läkemedelsförråden. Narkotikaklassade läkemedel kontrolleras enligt rutin. Följsamhet till rutinerna för läkemedelsadministration finns med i socialförvaltningens internkontrollplan.

## 5.8 Personcentrerad omvårdnad vid demenssjukdom

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som stödjer ett personcentrerat arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Kommunens demenssjuksköterska har tidigare ensam utbildat i BPSD-registret inom kommunen.

Under 2022 har även en specialistsjuksköterska inom vård av äldre genomgått utbildning till att bli behörig utbildare i BPSD. Det gör att kommunen nu har två utbildare. Behovet av BPSD-utbildning är stort då minst 75 % av boende på särskilt boende har demenssjukdom. Andelen antas dessutom öka. BPSD-utbildningen ger redskap kring bemötande och omvårdnadsåtgärder. Under 2022 har beslut tagits om att alla enhetschefer inom äldreomsorgen ska genomgå utbildningen för att kunna stötta personalen i arbetssättet. Än så länge har en enhetschef utbildats.

Specialistsjuksköterskan inom äldreomsorg har tilldelats ansvar att stötta demenssjuksköterskan inom särskilt boende. Det innebär att omvårdnadspersonal, hemsjukvårdens personal och enhetschefer kan kontakta henne vid behov av hjälp med bemötande eller dagliga aktiviteter för att skapa en välfungerande och meningsfull vardag för de boende. Demenssjuksköterska ansvarar fortfarande för utredningar, samverkan och patienter i ordinärt boende. I demensteamet ingår, utöver demenssjuksköterska och specialistsjuksköterska inom vård av äldre, även arbetsterapeut med spetskompetens inom kognitiva test vid basal demensutredning och MAS som har specialistutbildning inom demens.

Demensteamet samverkar med vårdcentralen genom "Stora demensteamet" genom träffar varje termin. Samverkansträffar har resulterat i att BPSD-skattningar ska tas med vid läkemedelsgenomgång och att Beteende- och sömnschema ska genomföras inför och efter läkemedelsändringar. För tidiga insatser behöver kommunen få kännedom tidigt i förloppet och samordnad individuell vårdplan kan behöva ske flera gånger. Vårdcentralens vårdsamordnare fyller här en viktig funktion.

## 5.9 Medicintekniska produkter

På höglandet finns en samverkan mellan kommunerna i upphandling av sjuk- och förbandsmaterial. Avtalen följs upp årligen och ett nytt avtal gällande inkontinens och avledande katetrar trädde i kraft under slutet av 2022. Kontroller av medicinteknisk utrustning sker enligt schema via MTA, medicintekniska avdelningen på Höglandssjukhuset. MTA är även behjälpliga med råd vid inköp och ankomstkontroll av medicinteknisk utrustning.

Under året har fler saturationsmätare och blodtrycksmachetter inhandlats för att omvårdnadspersonalen ska kunna utföra kontroller om de upplever att en brukare är försämrad.

Under 2022 har en tåtrycksmätare köpts in för att kunna utreda cirkulationen på patienter. Det innebär att patienten ofta inte behöver åka till sjukhus för utredning av fot och bensår och att rätt behandling kan påbörjas utan dröjsmål. Tåtrycksmätaren innebär därmed snabbare läketid och minskad arbetsinsats samt underlättar för läkaren att ställa diagnos.

## 6 Uppföljning genom egenkontroll

Arbetsplatsträffar är ett forum för uppföljning av kvalitetsförbättringar inom olika områden. Förbättringar initieras genom information till enhetschefer och arbetsgrupper. Egenkontroll för ökad patientsäkerhet har genomförts inom nedanstående verksamhetsområden:

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

## 7 Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i kommunens patientsäkerhetsarbete består i samverkan med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

- Länsavtal om läkarmedverkan från primärvård för hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer.
- Lokalt läkaravtal med VC Bra Liv Sävsjö och Vrigstad.
- Riktlinjer för akutläkemedel och generella ordinationer från länets läkemedelskommitté.
- Länsgemensam rutin för dosexpедierade läkemedel.
- Överenskommelse Sävsjö kommun och VC Bra Liv Sävsjö och Vrigstad om läkemedelsgenomgångar.
- Pandemiplan Sävsjö kommun och VC Bra Liv Sävsjö och Vrigstad
- Riktlinjer för uppsökande tandvård, bedömningsenheten för tandvård.
- Demensteam i samverkan med primärvården.
- Regelbundna samverkansmöten med verksamhetschefer primärvården.
- Samverkan med enheten för smittskydd och vårdhygien.
- Samverkan med barnkliniken.
- Samverkan med regionens specialiserade sjukvård i hemmet, SSIH.
- Samverkansmöten med habiliteringen höglandet 2 ggr/år.
- Samverkansmöte via Skype varje vecka med Höglandssjukhuset.
- Regelverk för samordnad vårdplanering.
- Länsgemensam rutin för egenvård.
- Länsgemensamt införande av beslutsstöd för sjuksköterskor.
- Länsgemensamt införande av beslutsstöd för förskrivning av hjälpmedel, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.
- Tillgång till nationell patientöversikt (NPÖ) för information.
- Gemensamt avtal sjuk- och förbandsmaterial kommunerna på höglandet.
- Avtal med medicintekniska avdelningen Höglandssjukhuset för kontroll av medicinsk utrustning.
- Gemensamma träffar i länet respektive på höglandet för medicinskt ansvariga sjuksköterskor.
- Länsgemensamma avtal kommun, landsting ex. inkontinens-, nutrition-kompressions, hjälpmedelsprodukter.

### Arbetsterapeutens insatser

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

### Sjukgymnastens och Fysioterapeutens insatser

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

## 8 Riskanalys

Det ska fortlöpande göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra skada eller risk för skada. Vid tillbud och händelser görs analyser. Inträffade händelser återkopplas till personalen och diskuteras för att förhindra återupprepning. Riskanalys är en del i arbetsprocessen i det dagliga arbetet. Riskområden identifieras genom avvikelssystemet, kvalitetsregistren, synpunkter/klagomål och HSL-dokumentationen. Riskbedömningar görs enligt vedertagna bedömningsinstrument avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Strukturerad riskanalys görs vid allvarigare avvikelser och avvikelser som skickas vidare till Inspektionen för Vård och Omsorg.



## 9 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Rapportering av avvikelser sker i avvikelssystemet DF Respons. Att rapportera negativa händelser och tillbud är en skyldighet för all personal i verksamheten och utgör en av grunderna för patientsäkerhetsarbetet. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras. En väl fungerande kommunikation mellan vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient är grundläggande. Varje verksamhet följer upp sina avvikelser kontinuerligt under året. MAS gör sammanställningar ifrån avvikelssystemet som delges verksamheterna. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas en övergripande sammanställning. MAS har ansvaret att bedöma och göra anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till läkemedelsverket gällande händelser med läkemedel eller medicintekniska produkter (MTP).

## 10 Hantering av klagomål och synpunkter

Rutin finns på att inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas. Flera synpunkter har inkommit och hanterats. Inga klagomål har inkommit via patientnämnden under 2022. Inga klagomål har heller inkommit från IVO (inspektionen för vård- och omsorg).

En planerad tillsyn har gjorts av IVO under hösten riktat till hälso- och sjukvård och särskilt boende för äldre. Brukare på två olika boenden intervjuades och en gruppintervju genomfördes även med sjuksköterskor som arbetar mot särskilt boende. Intervju gjordes även med enhetschef för hälso- och sjukvård, socialförvaltningens ledning och representanter från socialnämnden. Utlåtande från tillsynen har ännu inte delgivits.

# 11 Sammanställning och analys

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

## 12 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet enligt följande:

- Ankomstsamtal vid inflyttning till särskilt boende och ifyllnad av levnadsberättelse.
- Bli informerade vid utredning av vårdskada.
- Bli informerade om anmälan till IVO och eller läkemedelsverket.
- Broschyr med information om vart den enskilde/närstående kan vända sig vid klagomål/synpunkter.
- Bjuds in att delta i läkemedelsgenomgångar.

# 13 Resultat

Uppgifter inhämtade från:

- DF Respons
- Statistikuppgifter från hälso- och sjukvårdsjournal Procapita och Combine
- Senior Alert
- BPSD-registret
- Utdata ifrån Svenska palliativregistret
- Kvalitetsportalen
- Kvalitetsmätningar utförda under året
- Mättaavla - Indikatorer för samordnad vård och omsorg i Jönköpings län - kommuner
- OneWound Dashboard

## 13.1 Strukturmått

### Utrustning

- Skyddsutrustnings såsom, visir, munskydd 11R, andningsskydd FFP2 har införskaffats vid behov till följd av pandemin.
- Tåtrycksmätare
- OneWound (sårvårdsapp)

### Utbildning

- Utbildning i BPSD för omvårdnadspersonal, hemsjukvårdens personal och enhetschefer
- Utbildning inkontinens för nya förskrivare (sjuksköterskor)
- Utbildning inom palliativ vård till hemsjukvårdens personal och till palliativa ombud
- Delegeringsutbildning via webbutbildning pågår kontinuerligt i verksamheten
- Dokumentationsutbildning och utbildning i det nya datasystemet Combine för dokumentationsombud bland omvårdnadspersonal. Inom personlig assistans har all personal utbildats av metodstödare.
- Hygienombud: nya ombud har utbildats
- En sjuksköterska har utbildats till instruktör i ViSam beslutsstöd
- Utbildningen för sommarvikarierna har utvidgats och även omfattats av bemötande

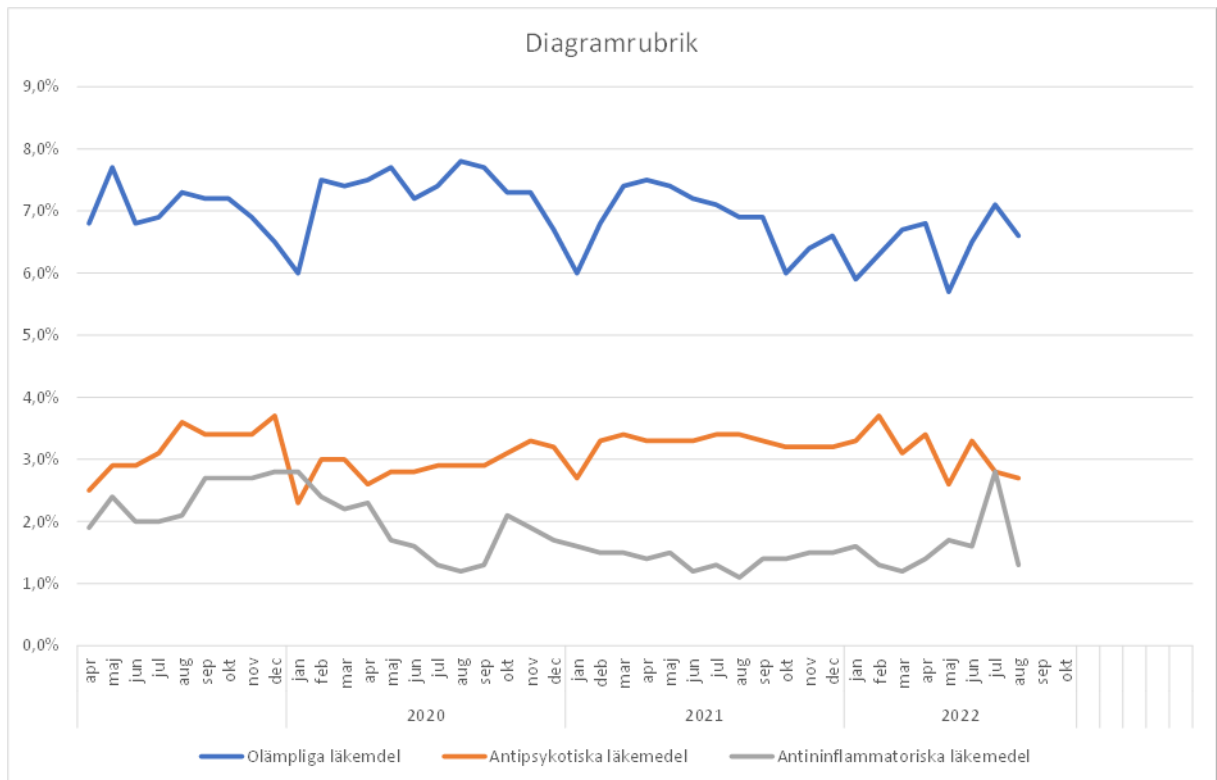
## 13.2 Processmått

### 13.2.1 Läkemedelsgenomgång

#### 13.2.1 Läkemedelsgenomgång

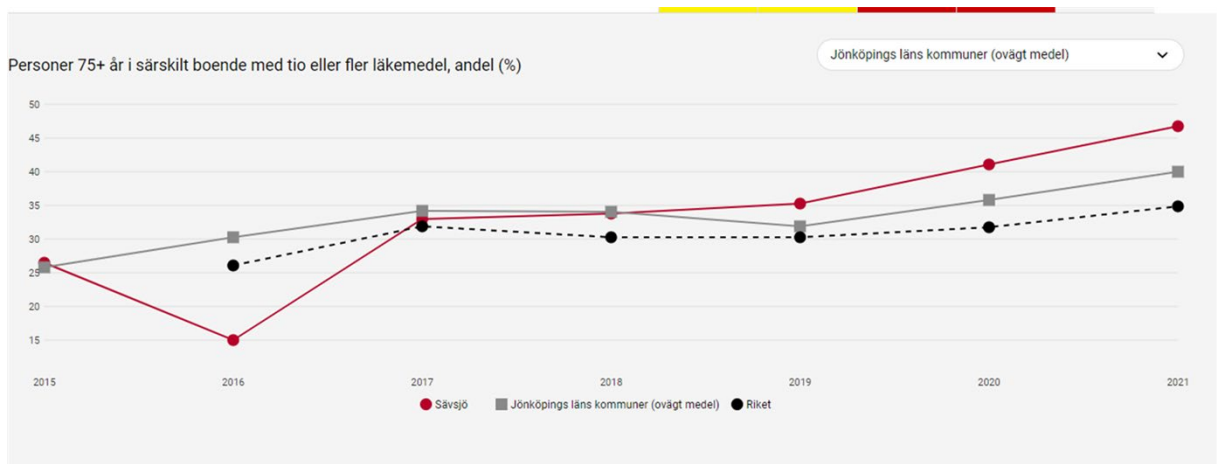
Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt särskild rutin utarbetad i samverkansprojekt med vårdcentralerna Bra Liv i Sävsjö och Vrigstad och kommunen. Läkemedelsgenomgångar genomförs i samband med avsatt tid, så kallad metodstöd, som läkare har för särskilt boende eller på bokad läkartid. Nytt från hösten 2022 är att regelbundna metodstödstider även införts för patienter i ordinärt boende. Avsatt tid för hemsjukvårdens patienter i ordinärt boende har varit ett starkt önskemål från kommunen för att förbättra samverkan och planering. En stor del av dessa patienter är svårt sjuka och en god planering är avgörande för att undvika onödig slutenvård. Utöver strukturerade läkemedelsgenomgångar sker det kontinuerligt läkemedelsavstämning vid metodstöd.

Diagram 5: Läkemedelsanvändning hos äldre (75 år +).



Andelen olämpliga läkemedel för äldre har under 2022 minskat med undantag från sommarmånaderna. Det kan sättas i samband med ökad andel hyrläkare på vårdcentralerna då hyrläkare enligt studier ofta saknar särskild erfarenhet av geriatrik och skriver ut läkemedel mer frikostigt. Sävsjö ligger högt i antal läkemedel för patienter på särskilt boende.

Diagram 6: Personer 75+ år i särskilt boende med tio eller fler läkemedel

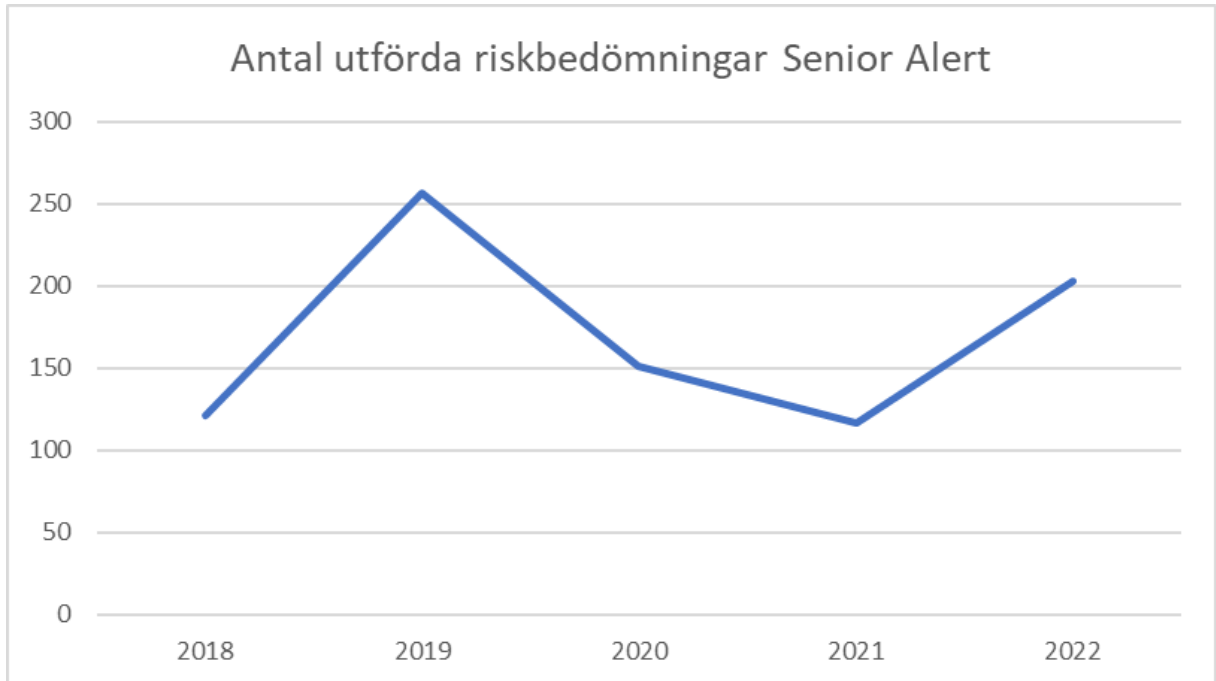


Rutinen för läkemedelsgenomgång är under omarbetning och kommer fastställas under våren 2023. Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att planera läkemedelsgenomgångar.

## 13.2.2 Senior Alert

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

Diagram 7: Antal utförda riskbedömningar Senior Alert 2018–2022.



Under 2020 och 2021 minskade antalet riskbedömningar. Troliga förklaringar är pandemin samt att fokusträffar avskaffades i verksamheten 2019. Under 2022 har fokusträffarna återinförts, vilket resulterat i en positiv trend med fler utförda riskbedömningar.

## 13.2.3 Riskområde fall - fallprevention

### Fallprevention i särskilt boende

I samband med inflyttning görs en bedömning inom 2 veckor av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut. Bedömningen består av instrumentet Downtown Fall Risk Index som används för att identifiera patienter med fallrisk. Bedömningsinstrumentet ingår även i kvalitetsregistret Senior Alert. Bedömningen innefattar att arbetsterapeut och/eller fysioterapeut går igenom en checklista för att se över vårdmiljö, hjälpmedel och andra faktorer som kan påverka risken för fall. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Uppföljning genom Senior alert görs 2 gånger/år genom att arbetsterapeut/fysioterapeut/sjuksköterska gör en riskbedömning. Ny bedömning i teamsamverkan ska göras vid behov samt när någon fallit 3 gånger. I och med att fokusträffarna återinförts har fler riskbedömningar gjorts under 2022.

### Fallprevention på korttidsboende

Vid inflyttning görs en ADL-bedömning av arbetsterapeut. ADL-bedömningen bidrar till att kunna identifiera eventuell fallrisk. Arbetsterapeut lämnar ut skriftlig och muntlig information gällande fallprevention. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Efter tre fall görs en riskbedömning. Balansträning i grupp har tidigare erbjuds vid behov under ledning av rehab assistent. Under 2021 och 2022 har ingen balansträning i grupp erbjudits. Balansträning har stark evidens när det gäller att

förebygga fall och träningen behöver startas upp igen.

### **Fallprevention för personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård**

Vid behov utförs en bedömning av arbetsterapeut. Bedömningen görs på samma sätt som i särskilt boende. Eventuella åtgärder anpassas och utförs efter individens behov. Efter tre fall görs en riskbedömning. Riskbedömningar sker i Senior Alert samt dokumenteras i Combine. Fallrapporter dokumenterades i journalsystemet DF Respons.

### **Utförda fallförebyggande åtgärder under 2022**

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

## **13.2.4 Svenska palliativregistret**

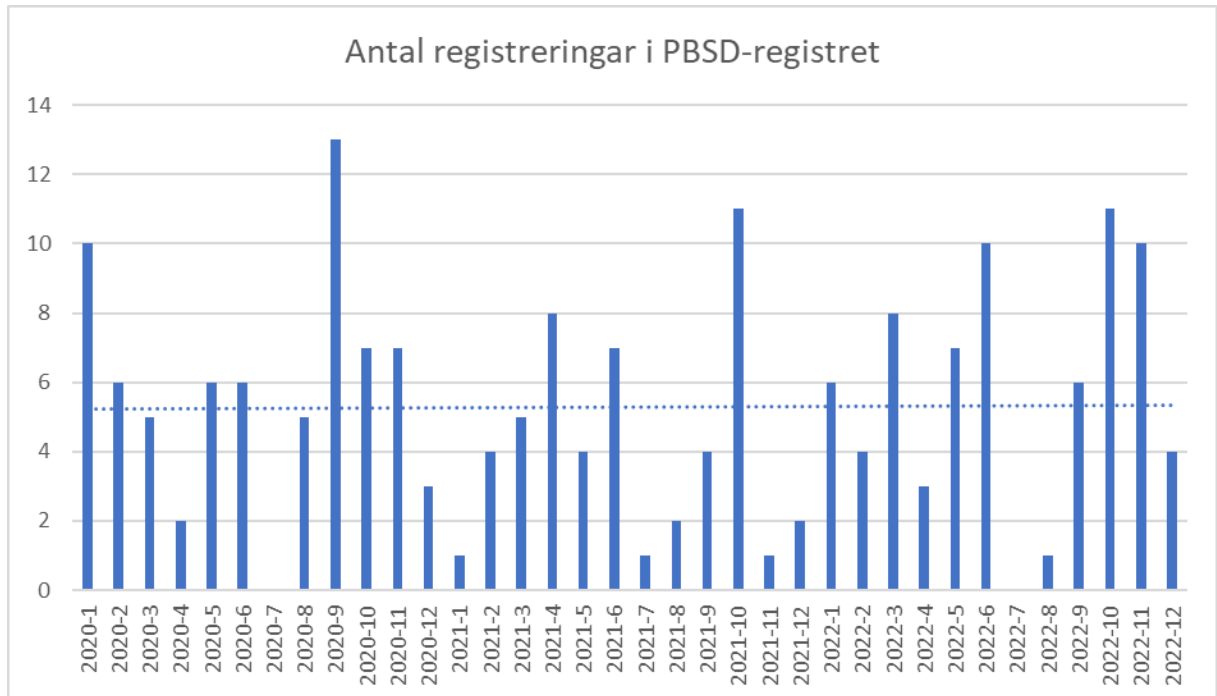
Alla dödsfall inom kommunal vård registrerar i Svenska palliativregistret. Oavsett orsak till dödsfall är målet att hälso- och sjukvården ska se till att den som avlider ska känna sig trygg och få lindring vid de symtom som kan uppstå i livets slut. Symtomen kan vara smärta, illamående, andnöd eller oro. Ordinerade läkemedel ska finnas att få vid behov för att lindra besvären. I registret registreras även kännedom om patientens önskemål om dödsplats och om patienten varit avlidit ensam och om de närstående fått stöd.

## **13.2.5 BPSD-registret**

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



Diagram 8: Antal registreringar i BPSD-registret



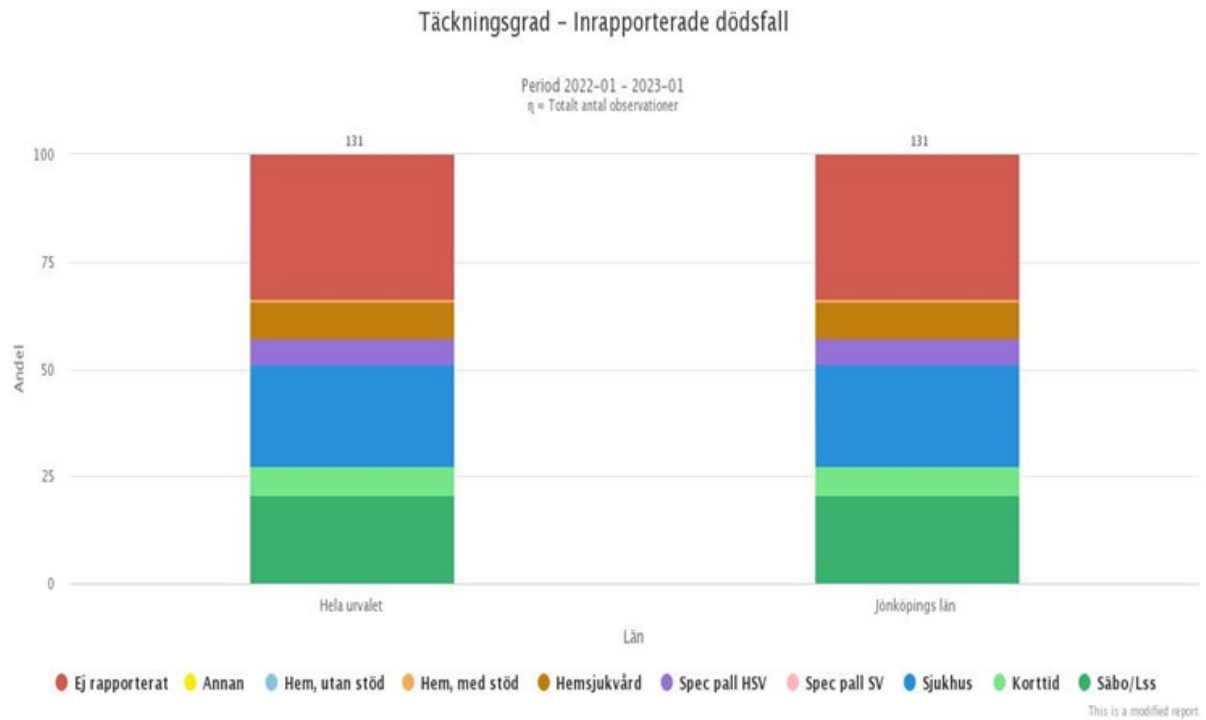
Antalet registreringar har inte ökat under de tre senaste åren. Arbetet med BPSD-registret behöver lyftas i kommunen för att säkerställa en god omvårdnad. Genom kontinuerliga registreringar, som mynnar ut i bemötandeplaner, kan BPSD-problematiken ofta minska. Utöver ökat välbefinnande hos personer med demens leder arbetet med BPSD till ökad trivsel för de boende, bättre arbetsmiljö och ökad arbetstillfredsställelse för personalen samt att kostsamma externa placeringar kan undvikas.

## 13.3 Resultatmätt

### 13.3.1 Vård i livets slutskede

Under året har 54 dödsfall registrerats inom kommunens hälso- och sjukvård varav ca 15 % även haft stöd från SSIH (Specialiserad Sjukvård I Hemmet).

Diagram 9: Täckningsgrad inrapporterade dödsfall



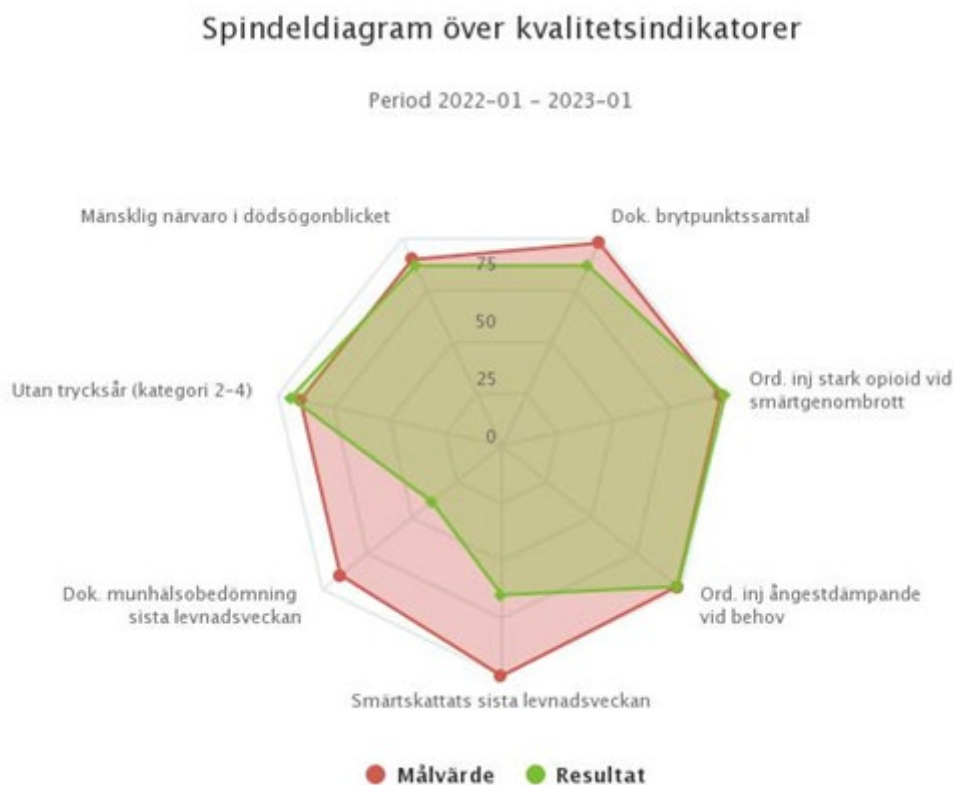
Kvalitetsindikatorerna för god palliativ vård ligger i Svenska palliativregistret under måluppfyllelse på flera mätområden. De kvalitetsindikatorer som uppnår målvärdena är förekomst av trycksår och ordination av läkemedel. Det visar att patienten den basala omvårdnaden med regelbunden lägesändring fungerar bra och att ordinerade läkemedel vid behov finns mot ångest och smärta, vilket gör att patienten snabbt kan få lindring vid dessa symptom.

Tabell 2: Indikatorer för god palliativ vård

Indikatorer för god palliativ vård	2020	2021	2022
Dokumenterat brytpunktssamtal	88,90%	97,60%	87%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	45,60%	57,10%	38,90%
Ordinerad injektion med stark opioid vid smärtgenombrott	96,20%	100%	100%
Ordinerad injektion med ångestdämpande vid behov	94,90%	100%	98,10%
Utan trycksår (grad 2–4)	94,40%	81%	94,40%
Smärtskattats sista levnadsveckan	62%	69%	64,80%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	79,70%	62,90%	87%
Övrig symtomskattning	42,20%	47%	48,10%

Utvärderingen av insatta åtgärder brister dock, vilket försvårar för nästa sjuksköterska att genomföra adekvata åtgärder. De största bristerna är dokumenterad munhälsobedömning, smärtskattning och övrig symtomskattning under sista levnadsveckan. Här finns en stor förbättringspotential som kräver ett omfattande och långsiktigt arbete.

Diagram 10: Uppfyllnadsgrad kvalitetsindikatorer



Under året har ett förbättringsarbete inom palliativ påbörjats med MAS som projektansvarig. Hemsjukvårdens personal har fått utbildning i palliativ vård av MAS

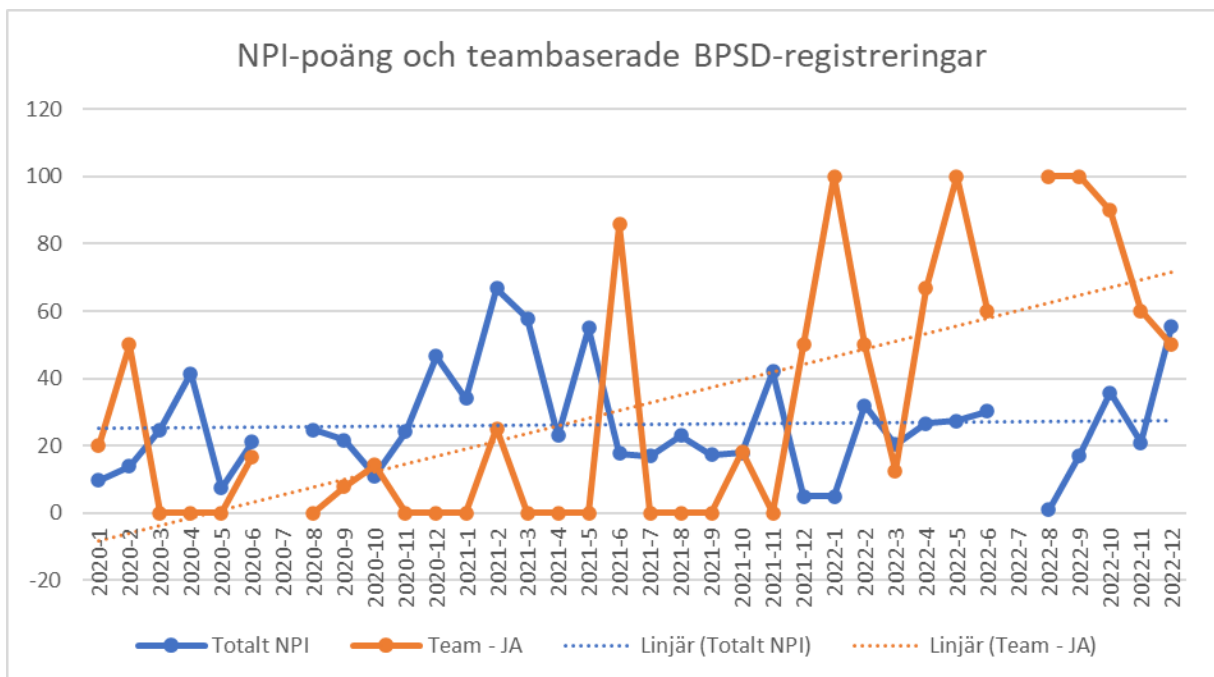
och SSIH. Palliativa ombud har utsetts inom äldreomsorgen och utbildats av undersköterskor med särskild kunskap om och erfarenhet av palliativ vård. Palliativa ombud har på utbildningen fått mer kunskap kring basala omvårdnadsåtgärder och symtomskattning. Ombuden har till uppgift att utbilda kollegor och sprida kunskap om palliativ vård. Sjuksköterskorna har fått i uppdrag att samarbeta med palliativa ombud och medverka vid omvårdnadspersonalens verksamhetsträffar för att sprida kunskap om palliativ vård och förbättra teamsamverkan. En ny rutin för symtomskattning har även införts. Under första delen av 2023 och första delen av 2024 kommer även journalgranskning att genomföras av MAS för att följa upp kvalitén på den palliativa vården. Projektet planeras avslutas med slutrapport i april 2024.

### 13.3.2 Personcentrerad vård vid demenssjukdom

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) mäts i BPSD-registret med NPI-skalan (Neuropsychiatric Inventory), som är ett validerat skattningsskalor. Skattningsskalan mäter både frekvens och allvarlighetsgrad av BPSD. Antalet registreringar har ökat med totalt två per månad under de senaste fyra åren. Efter skattningen ska olika åtgärder beslutas. Åtgärden sinnesstimulering kan till exempel bestå i att träffa ett robohusdjur. Under 2022 har statsbidrag gjort att fler robohusdjur inhandlats till demensboenden.

Arbetet med BPSD-registreringar fungerar bäst om de utförs i multiprofessionella vårdteam. Andelen registreringar som är teambaserade har ökat kraftigt.

Diagram 11: NPI-poäng och teambaserade BPSD-registreringar



Under 2022 har fokusträffar återinförts i äldreomsorgen. Fokusträffar är en form för samverkansmöte där representanter från hela vårdteamet möts. Träffarna är ett bra forum för samverkan kring BPSD.

### 13.3.3 Avvikelser

Från 2021 till 2022 har antalet avvikelser i DF Respons ökat från 995 till 1416 st. Ökningen är positivt eftersom det funnits problem med underrapportering av avvikelser i verksamheten. Under året har enhetschefer inom socialförvaltningen fått utbildning i avvikelssystemet. Anledningen till utbildningen är att vissa verksamheter

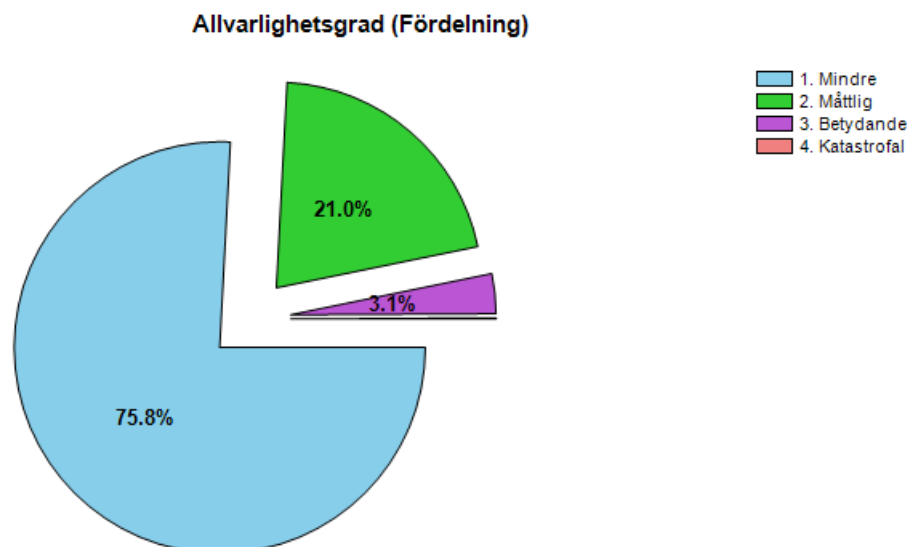
skriver få avvikelser samt att det finns osäkerhet kring hur avvikelser ska klassificeras. Det har även kommit till MAS kännedom att en del omvårdnadspersonal inte vet när avvikelse ska skrivas och hur en avvikelse skrivs. Enhetscheferna har ett stort ansvar när det gäller att informera sin personal. I slutet av 2022 togs beslut i ledningsgrupp om att köpa till en rapporttjänst från DF Respons. Tillägget gör att enhetschefer en gång per kvartal får en statistikrapport över avvikelserna inom sitt ansvarsområde skickad till sin e-post.

Tabell 3: Typ av händelse

Typ av händelse	Antal
Brist i handläggning	8
Brist i information, kommunikation, samverkan	55
Brist i utförd/utebliven insats/vårdåtgärd	63
Brist i/utebliven dokumentation	13
Brist i/utebliven rehabilitering	2
Brist i bemötande av brukare/patient	13
Bruten sekretess	1
Fall	887
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	31
Läkemedelshändelse	238
Stöld	7
Tryckskada/trycksår	3
Övergrepp	17
Övrigt	78
Totalt:	1416

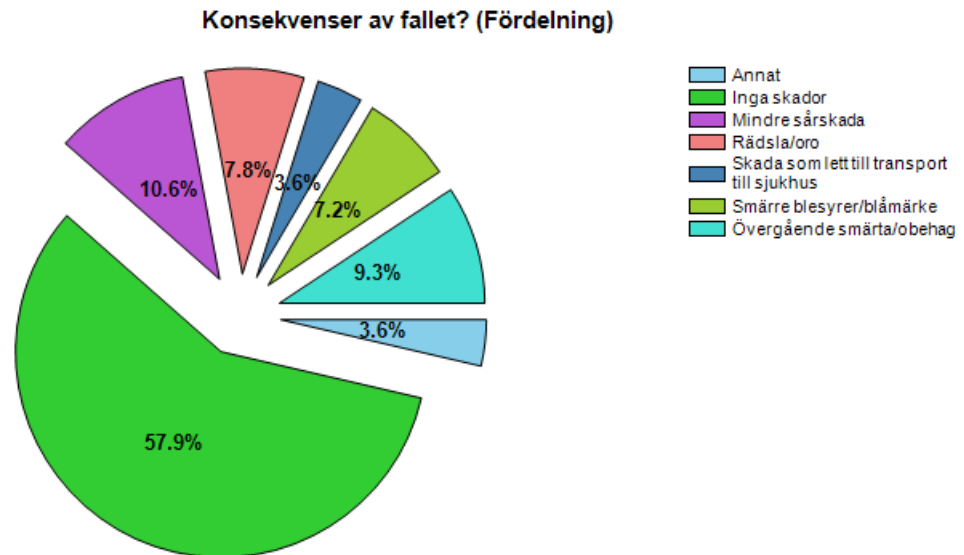
Antalet allvarliga avvikelser har inte ökat. Under året har en avvikelse av grad 4 rapporterats och 36 avvikelser av grad 3. En avvikelse har skickats vidare som Lex Maria till inspektionen för vård och omsorg.

Diagram 12: Allvarlighetsgrad



Fall utgör en majoritet av alla avvikelser (887 st.). Fall definieras som ”en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller på marken oavsett om skada inträffat eller ej och oavsett orsak”. Den största andelen fall sker inomhus och sovrummet är den vanligaste platsen. Av alla fall som inträffar i verksamheten är det en liten del som leder till skador som kräver sjukhusvård.

Diagram 13: Konsekvens av fallet

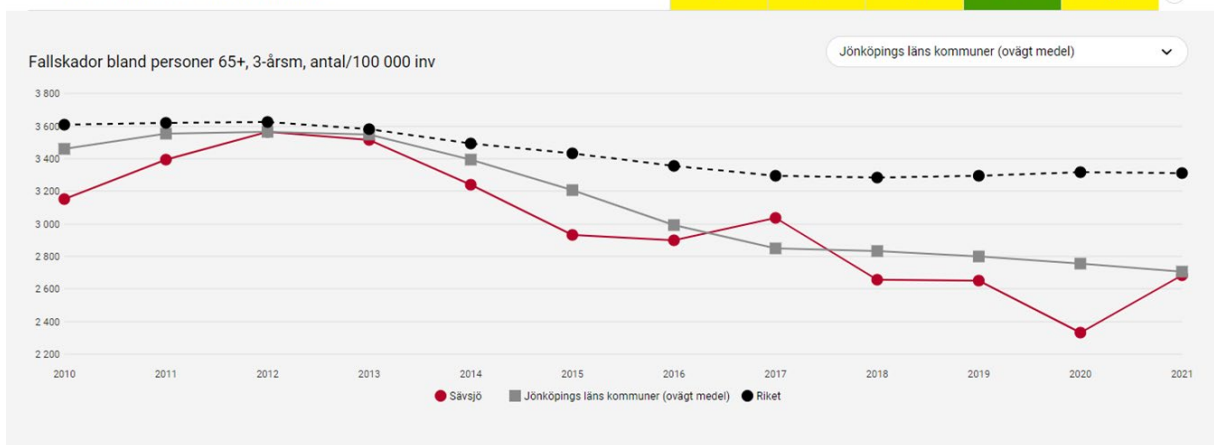


Antalet fall inom kommunen (inklusive vårdcentralens rapporterade fall) har legat på en låg nivå nationellt sett tack vare förebyggande arbete såsom erbjudande om fritt hembesök till alla äldre där miljön ses över med tanke på mattor och annat som kan orsaka fall. Erbjudanden om hembesök låg nere under 2021 på grund av pandemin, men återupptogs under 2022.

Diagram 14: Fallskador bland personer 65+

Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.

	2017	2018	2019	2020	2021
> Invånare med bra självskattat hälsotillstånd, andel (%)	-	-	-	-	-
Medellivslängd kvinnor, år	83.9	84.5	84.8	85.0	84.9
Medellivslängd män, år	80.3	81.3	82.0	81.7	81.5
Invånare 16-84 år med gott psykiskt välbefinnande, andel (%)	-	-	-	-	-
Fallskador bland personer 65+, 3-årsrm, antal/100 000 inv	3 039	2 658	2 652	2 334	2 683



Läkemedelsavvikelse är den näst vanligaste avvikelsen varav utebliven läkemedelsdos är den vanligaste typen av läkemedelsavvikelse. Glömska anges som den största orsaken.

Tabell 4: Typ av läkemedelsavvikelse

Läkemedelshantering	Antal
Bristfällig hantering av signeringslista	16
Bristfällig märkning dosett	2
Fel dos/dubbeldos	29
Fel i iordningsställd dos	23
Felexpediering från apotek	2
Förväxling av person	6
Förväxling klockslag/tidpunkt	9
Stöld/svinn av läkemedel	36
Utebliven dos	117
Utebliven signering	19
Totalt:	259

Ett arbete har påbörjats för att öka säkerheten inom läkemedelshantering genom ökade krav för delegering. Digitala läkemedelsskåp som infördes under 2021 har medfört en ökad säkerhet där behörigheter och logg kan skrivas ut på vilka som öppnat skåpet. Skåpen har fungerat bra och servicen från leverantören har varit relativt god.

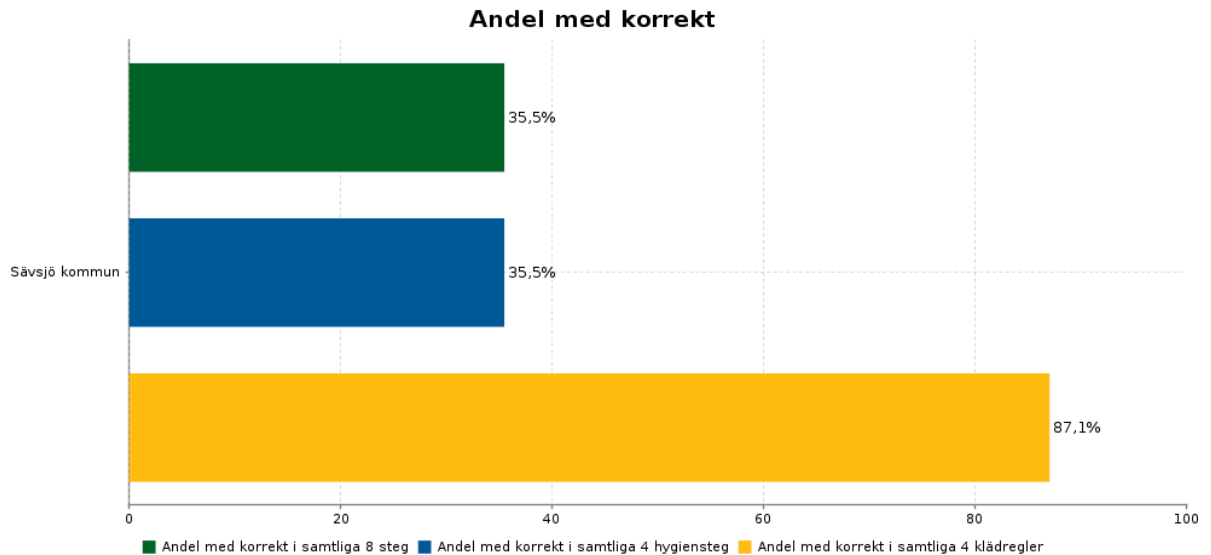
Tredje vanligaste avvikelsen gäller brist i utförd/utebliven insats/vårdåtgärd, därefter avvikelser gällande kommunikation, information och samverkan. Externa avvikelser berör ofta informationsöverföring och dokumentation i samband med hemgångar från sjukhus. Ett händelseråd för avvikelser i samverkan finns på Höglandet för uppföljning och åtgärder av avvikelser i samverkan.

En del avvikelser visar även på brister i den interna informationsöverföringen mellan bistånd, hemsjukvård, planerare eller hemtjänst. Efter införandet av dagliga avstämningsmöten mellan bistånd, planerare och hemsjukvård har den typen av avvikelser minskat.

### 13.3.4 Kvalitetsmätningar

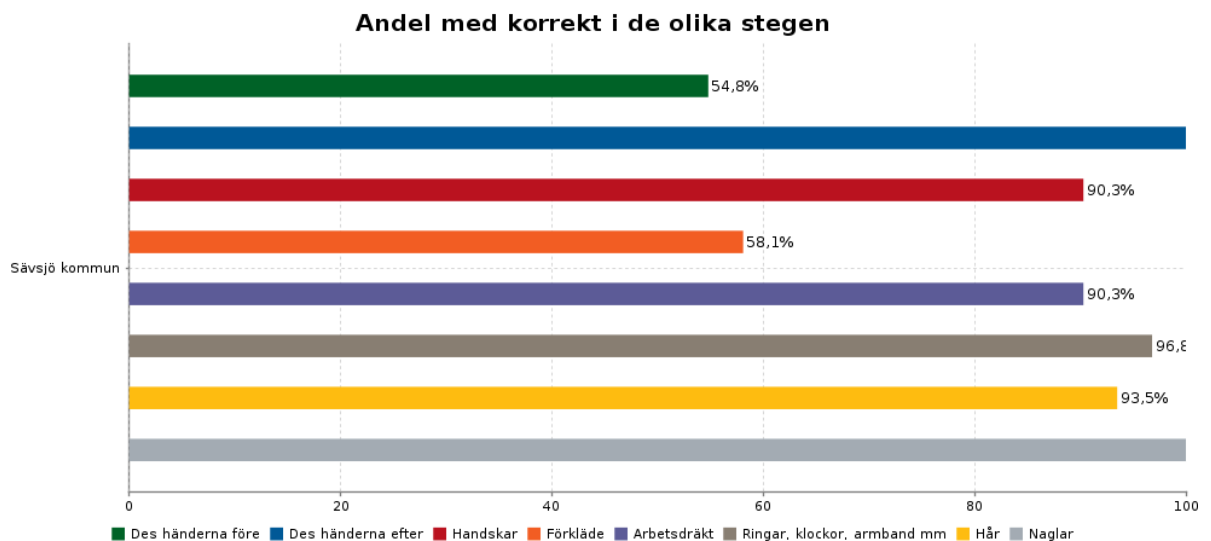
Inom Sävsjö kommuns hälso- och sjukvård görs lokala mätningar inom olika områden. Inom området riskfaktorer för infektion och infektioner görs registreringar varje månad i samarbete med regionens avdelning för smittskydd/vårdhygien. Två gånger om året görs följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler, BHK, vilket registreras i Socialstyrelsens PPM-databas. Under 2022 ändrades inloggningen till registret till en gemensam för varje kommun till personlig inloggning till varje hygienombud. Resultaten av mätningarna visar att det fortfarande brister i basala hygienrutiner och klädregler. Endast 35,5 % av mätningarna visar på korrekt hantering i alla de åtta stegen.

Diagram 15: Andel med korrekt



I diagrammet nedan ses vilka steg som det brister i. De vanligaste bristerna är att personalen glömmer att desinficera händerna före arbetsmoment och att förkläde inte används när det behövs. Handskar används ibland trots att det inte förekommer risk för kontakt med kroppsvätskor. Det förekommer även att personal använder otillåtna smycken, privata byxor, har långt hår utsläppt eller bär akrylnaglar.

Diagram 16: Andel med korrekt i de olika stegen



Hygienombud kallas på ombudsträff varje termin. Planer finns på att ta fram lättillgängligt material som hygienombud/enhetschef kan visa för kollegor/medarbetare för att öka kunskapen om basala hygienrutiner och klädregler. Det har även framkommit att omvårdnadspersonal röker i sina arbetskläder. Rökning på arbetstid är inte tillåtet enligt kommunens policy. Enhetschef har ett ansvar i att vid behov vidta arbetsrättsliga åtgärder, vilket inte alltid efterlevts.

I september 2022 har en sårvårdsapp, OneWound, köpts in för att förbättra kvalitén och minska kostnaderna inom sårvården. Sårvårdsappen ger möjlighet för hemsjukvårdens personal att skicka bilder på sår och meddelanden till OneMeds erfarna och utbildade sårsköterskor som kan ge vägledning vid val av förband, frekvens för omläggning och tecken på infektion med mer. Kostnaderna för sårvården minskas genom bättre sårvård som resulterar i snabbare läkning, vilket även ökar patientsäkerheten.



För att nå målet är omlägningsfrekvensen av stor vikt. Onödiga omläggningar förlänger läkningstiden och ökar risken för infektioner. En gång per vecka är vanligen optimalt. Statistik från införande av OneWound visar att omlägningsfrekvensen har minskat från 1,6 (oktober 2022) till 1,1 per vecka (dec 2022). Det innebär att råden från sårvårdssjuksköterskorna följts väl och att målet med inköp av OneWound redan är uppnått.

Antalet sår med fastställd diagnos har också ökat. I oktober 2022 var andelen sår utan diagnos 25 %. I december 2022 hade andelen sår utan diagnos minskat till 11 %. Diagnos är viktigt för att kunna behandla såret adekvat. Under året har tåtrycksmätare inhandlats till hemsjukvården, vilket underlättar diagnos. Att hemsjukvården kan använda tåtrycksmätare kortar ned tiden för när korrekt behandling kan påbörjas eftersom sjuksköterskan inte behöver vänta på att patienten ska blivit kallad och ha genomfört besök på vårdcentral eller Klinfys för mätning av cirkulationen. Vid venös insufficiens kan snabb start av kompressionsbehandling vara avgörande för läkningstiden. Andelen trycksår är låg, vilket visar på god omvårdnad och förebyggande åtgärder i form av lägesändringar och tryckavlastning.

# 14 Övergripande mål och strategier för kommande år

## Mål

- Kommunen skall bedriva en trygg och säker hälso- och sjukvård.
- Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för risk för skada i vårdarbetet.
- Personalen ska arbeta preventivt i syfte att förebygga vårdskador.
- Personalen ska arbeta följsamt till riktlinjer och rutiner.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska genom personcentrerad vård arbeta för att öka patientens delaktighet i vårdarbetet.

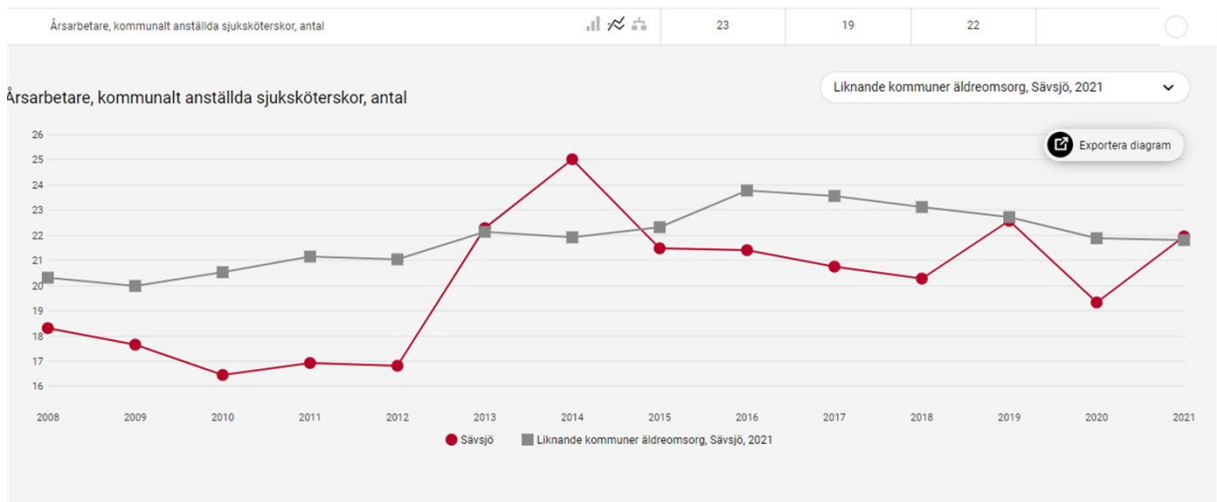
## Strategi

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

- Ledningssystemet för hälso- och sjukvården ingår som en del i Socialförvaltningens övergripande ledningssystem för kvalitet.
- Samverkan ska ske internt och med vårdcentral och slutenvård vid utskrivning från slutenvården
- Dokumentation ska ske enligt IBIC (Individens Behov i Centrum) och ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd).
- Fortsatt följa utvecklingen genom olika kvalitetsregister och använda resultat till fortsatt utveckling och förbättringsarbete för att ytterligare höja kvalitén på vården till kommunens vårdtagare.
- Fortsätta förbättringsarbete inom palliativ vård med avslut april 2024.
- Riskbedömningar genomförs och resultat skrivs in i patientjournalen.
- Uppföljning av eget resultat och jämförelse med andra genom att våren 2023 delta i de nationella punktprevalensmätningarna (PPM) av:
  - o Trycksår
  - o Basala hygienrutiner och klädregler
  - o Vårdrelaterade infektioner
- Att mätningen av nattfastan år 2023 genomförs två gånger (vecka 14 och 47) under tre sammanhängande dygn.

En stor utmaning är att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens. Allt mer avancerad vård sker inom kommunen. Det innebär att kunskapsbehoven är stora för både legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Jämfört med andra kommuner i samma storlek har sjuksköterskebemanningen delvis varit låg under 2022, främst relaterat till föräldraledighet. I och med en ökad andel äldre och övergången till Nära Vård beräknas sjuksköterskebemanningen behöva ökas betydligt. I diagrammet nedan ses trenden för andelen sjuksköterskor relaterat till andra kommuner i liknande storlek.

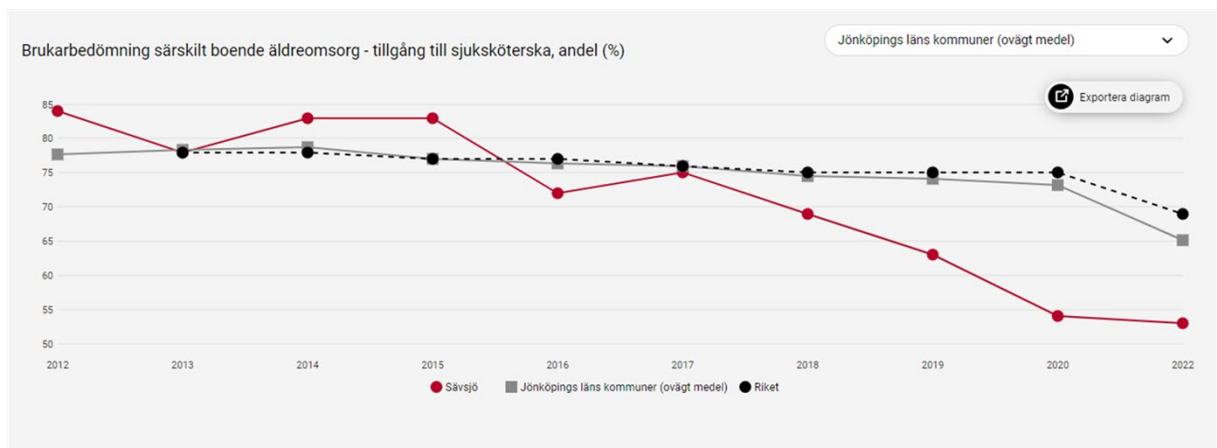
Diagram 17: Årsarbetare kommunalt anställda sjuksköterskor



Sjuksköterskegruppen kan behöva ökas. Sjuksköterskornas arbetsförhållanden och trivsel i arbetsgruppen är viktiga faktorer för att rekrytera och behålla sjuksköterskor. Sävsjö kommun har också ett stort behov av ökad kompetens inom psykiatri eftersom det är ett växande område för hemsjukvården.

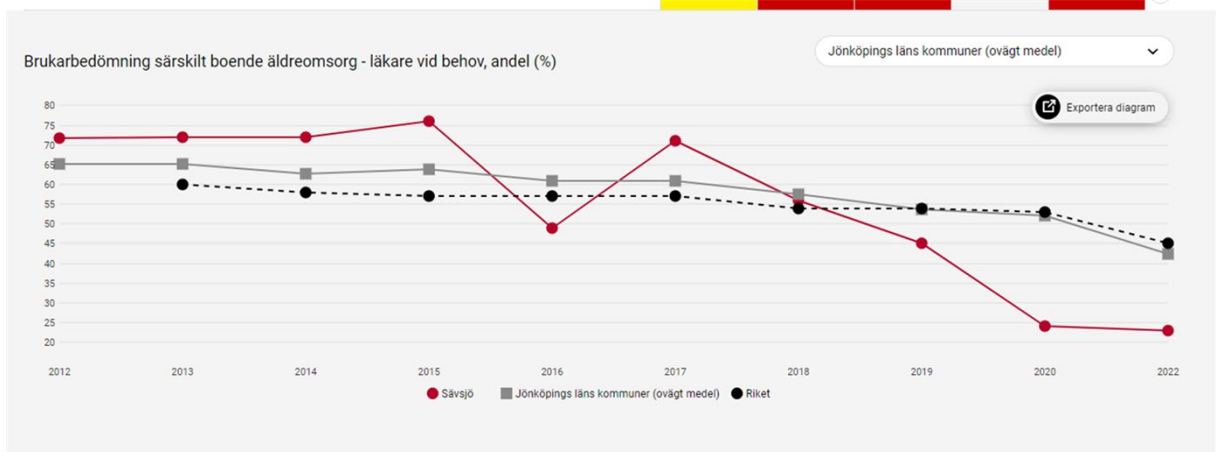
Enligt brukarundersökningarna upplevs tillgång till sjuksköterska på särskilt boende inte vara tillfredsställande. Sävsjö kommun har historiskt sett haft en hög bemanning av sjuksköterskor. Att upprätthålla en hög bemanning är viktigt för att upprätthålla patientsäkerhet. Sjuksköterskan ska som omvårdnadsansvarig finnas på plats och handleda i det dagliga arbetet.

Diagram 18: Brukarbedömning särskilt boende - tillgång till sjuksköterska



Tillgången till läkare på särskilt boende upplevs också försämrade enligt brukarundersökningarna.

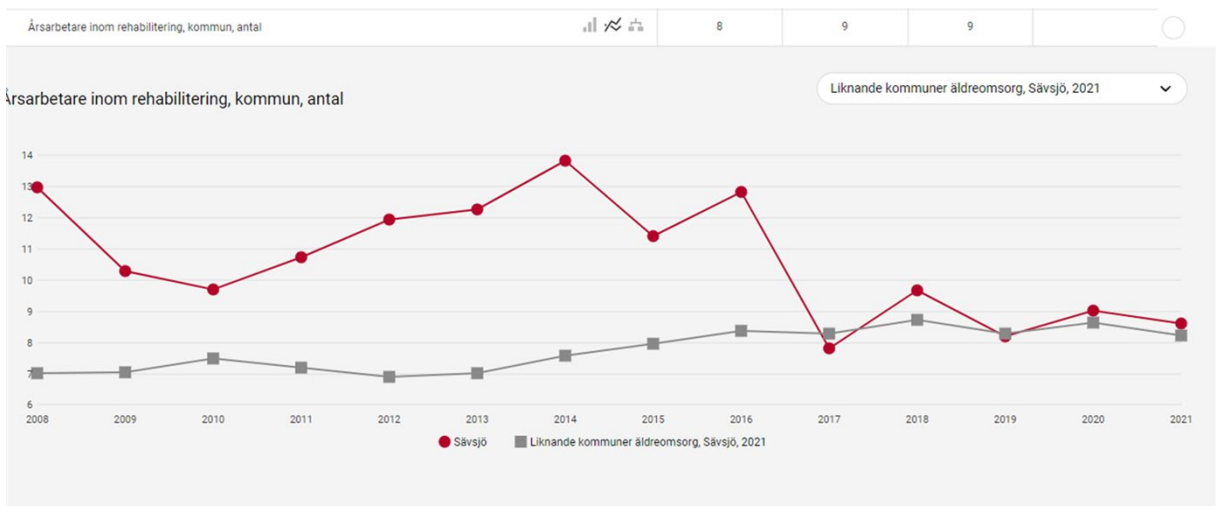
Diagram 19: Brukarbedömning särskilt boende-läkare vid behov



En orsak är den rådande läkarbristen där vårdcentralen har svårt att rekrytera och behålla läkare. Under 2022 har vårdcentralen haft en stor andel hyrläkare. Ett gott samarbete med vårdcentralen har dock gjort att hemsjukvårdens patienter företrädesvis kunnat följas av de fastanställda läkarna. En annan orsak till brukarundersökningarnas resultat är att läkarkontakter under pandemin ofta skett per telefon.

Inom rehabilitering har Sävsjö kommun historiskt haft en förhållandevis hög bemanning som under de sista åren dock legat nära rikssnittet. Rehabilitering är i och med Nära Vård ett växande område eftersom kortare vårdtider på sjukhus innebär att rehabilitering får ske polikliniskt. Under 2022 har beslut fattats om att stärka upp rehabiliteringsområdet genom att anställa en sjukgymnast/fysioterapeut med viss tid som medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR. Annonser har gått ut under december 2022.

Diagram 20: Årsarbetare kommunalt anställda inom rehabilitering



Att rekrytera sjukgymnast/fysioterapeut är svårt på grund av lokal brist inom yrket. Bristen kan bero på att det är långt till utbildningsorterna.

I början av 2023 kommer en ny lag om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation (2022:913). Lagen öppnar upp för ett tätare samarbete mellan vårdgivare och socialtjänstens verksamheter för äldre och personer med funktionshinder. Den innebär att personuppgifter kan delas i syfte att förbättra samverkan för vård och omhändertagande av den enskilde.

Under 2023 planeras förbättringsarbeten inom följande områden:

- Ny rutin för och utbildning av enhetschefer kring hur de ska följa upp kvaliteten på dokumentationen inom deras verksamhet.
- Fortsatt stöd av dokumentation inom FO genom metodstödare Ida Hultin.
- Utveckling av demensvården genom BPSD-utbildning till HSL-personal och enhetschefer. Ny rutin för demensteam.
- Förbättrad teamsamverkan inom palliativ vård genom att sjuksköterska deltar på verksamhetsträffar och samverkar med palliativt ombud.
- Ökad samverkan mellan enhetschef/ledare för biståndshandläggare, hemsjukvård och vårdcentral genom digitalt samverkansmöte en gång i månaden.
- Ökad samverkan mellan vårdsamordnare på VC, hemsjukvårdens sjuksköterskor och biståndshandläggare för att förbättra patientflöden och samordnade vårdplaneringar.
- Mätning av olämpliga läkemedel
- Undersköterskor på korttidsboende/växelvård för äldre får tillgång till HSL-journalen
- Utbildning i ViSam beslutsstöd till sjuksköterskor
- Utbildning i sepsis till sjuksköterskor
- Utbildning i provtagningsrutiner till hemsjukvården
- Ny rutin för läkemedelsgenomgång
- Ny rutin för delegering
- Ny rutin för demensvård och demensteam
- Ny rutin för palliativ vård
- Ny rutin för avvikelshantering och Lex Maria