

Datum: 2019-03-01
Ärendenummer:
Författare: Marjut Alfalk
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Medicinskt ansvarig för rehabiliteringen

Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun

År 2018

Kontakt

E-post: socialforvaltning@hallsberg.se
Telefon: 0582-68 50 00



HALLSBERGS
KOMMUN

Innehållsförteckning

1	Inledning	5
2	Övergripande mål	5
2.1	Socialnämndens mål 2018	5
2.2	Regionala mål södra länsdelen.....	5
2.3	Förebyggande arbetsätt och rehabilitering	5
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	7
3.1	Vårdgivare	7
3.2	Förvaltningschef.....	7
3.3	Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS	7
3.4	Områdeschef.....	7
3.5	Enhetschef.....	8
3.6	Personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd	8
3.7	Expertfunktioner	8
3.8	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
3.9	Patienters och närståendes delaktighet	9
3.10	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
3.11	Klagomål och synpunkter	10
3.12	Egenkontroll	10
4	Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten	12
4.1	Riskanalys	12
4.2	Utredning av händelser – vårdskador	13
4.3	Informationssäkerhet.....	13
4.4	Skydds och begränsningsåtgärder.....	13
4.5	Samverkan vid utskrivning från slutna vård	14
4.6	Hygien	14
4.7	Läkemedel	14
4.8	Utbildning.....	14
5	Resultat och analys - Egenkontroll	14
5.1	Avvikelse 2018	14
5.2	Fall	15
5.3	Trycksår	15
5.4	Läkemedelshandling	16
5.5	Avvikelseprocess	17
5.6	Senior Alert	17
5.7	Svenska palliativa registret.....	17
5.8	BPSD	18
5.9	Beslutsstöd och SBAR	18
5.10	Hygien	19
5.11	Läkemedelsgenomgångar	19
5.12	Medicintekniska produkter	19
5.13	Händelser och vårdskador.....	20

5.13.1 Lex Maria	20
5.13.2 Vårdkedjan.....	20
5.13.3 Patientnämnden	20
5.13.4 Teamträffar	20
5.13.5 Nattfasta	21
5.14 Mål och strategier för 2019.....	21

Sammanfattning

Hälso-och sjukvården ska vara patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Patienten ska känna sig trygg, säker och delaktig i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Hallsbergs kommuns äldreomsorg har utarbetat en styrmodell utifrån kravet enligt systematiskt kvalitetsledningssystem (SOSFS 2011:9) för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvalitén i verksamheterna.

Process för avvikelshantering har tagit fram för förvaltningen för att utveckla och säkerställa kvalitén och förebygga vårdskador. Likaså har en arbetsgrupp arbetat med processen för teamarbete. Teamarbetet kring patienten är en förutsättning för hög patientsäkerhet samt ett arbete mot gemensamma mål. Egenkontroller utifrån processer och rutiner för patientsäkerhet har introducerats för chefer samt legitimerade.

Utifrån den nya lagen om utskrivningsklara som trädde i kraft den 1 januari 2018 har en arbetsgrupp tagit fram processer som ska underlätta arbetet med att följa lagen samt samverka i vårdkedjan. Intern instruktör i beslutsstöd finns i kommunen för att vidare utbilda sjuksköterskor i bedömning av rätt vårdnivå. Även god och säker kommunikation är en förutsättning för god kvalitet därför har kommunikationsverktyget SBAR aktualiserats.

Ett stort schemaarbete har utförts gällande sjuksköterskorna för att ge bra förutsättningar att utföra en god och kvalitetssäker vård. 1 juni 2018 började sjuksköterskorna arbeta dagtid samt vissa helger för att skapa kontinuitet i vården. Kvällar samt nätter har bemannats av timanställda eller hysjuksköterskor. Målet är att alla sjukskötersketjänster ska vara besatta av ordinarie personal.

Riskbedömningar har gjorts inför större förändringar.

Framöver behöver Hallsbergs arbeta med implementering av processen för teamträffar samt avvikelser. Vidare behöver kunskap samt registrering säkerställas gällande de olika kvalitetsregistren.

Implementering samt struktur för uppföljning av egenkontroller av processer och rutiner för patientsäkerheten behöver fortsätta under 2019.

1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

2 Övergripande mål

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

2.1 Socialnämndens mål 2018

I Hallsbergs kommun ska alla människor känna sig trygga. Vår offentligt finansierade välfärd ska inte lämna någon utanför, oberoende av etnisk och religiös tillhörighet, kön eller ålder, utan ska anpassas utifrån den enskildes behov.

Hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård.

Patienten ska känna sig trygg, säker och delaktig i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Nämndmål: Alla som har insatser av social- och arbetsmarknadsförvaltningen ska känna sig trygga med insatsen.

Indikator: Vid bedömd risk ska 100 % av brukare inom särskilt boende och hemtjänst ha åtgärdsplan.

2.2 Regionala mål södra länsdelen

2.3 Förebyggande arbetsätt och rehabilitering

Förebyggande arbete för att förhindra fallskador, trycksår, undernäring samt dålig munhälsa med stöd av kvalitetsregistret Senior alert ska erbjudas alla med

hemsjukvård, alla som bor i särskilt boende och som vistas på korttidsboende. Kommunen ska registrera minst 90 % riskbedömningar med planerade åtgärder. Målet är att minska fall och trycksår.

Rehabiliteringsmodulen i Senior alert ska användas i relevanta verksamheter vid slutet av 2018. Fler patienter görs delaktiga i sin rehabiliteringsprocess genom bedömningsinstrumentet COPM.

Fler patienter får sin blåsdysfunktion utredd i Senior alert. Påbörja användning av modulen 2018.

Arbetet med vårdhygien ska följas upp av alla verksamheter genom årliga mätningar. Detta för att vårdrelaterade infektioner ska minska.

Mål: God vård vid demenssjukdom

Alla personer med BPSD-symtom (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) ska bedömas enligt NPI skattning (skattning av symtom) och bör registreras i BPSD registret.

Personal ska ha kunskap och grundläggande utbildning om demensvård/ omvårdnad, enligt DemenSams utbildningsmodell.

MÅL: Sammanhållen vård och omsorg

Hallsbergs kommun ska använder strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats.

Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd i under 2017.

All vårdplanering sker enligt beslutad ViSam modell för vårdplanering inför utskrivning.

Utbildning i SBAR (SBAR är en fastställd modell för hur kommunikationen ska ske mellan yrkesgrupper).

All samordnad individuell planering (SIP) sker enligt beslutad ViSam modell.

Vårdplanering sker vid de flesta tillfällen via video på distans.

NPÖ (nationell patientöversikt) ska användas av all legitimerad personal i kommunen för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar.

Mål: God vård vid livets slut

70 % täckningsgrad för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativregistret.

Förbättra värdet för indikatorerna brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa samt ordination av injektionsmedel mot ångest vid behov med 5 %.

Alla verksamheter använder e-utbildning i Allmän palliativ vård.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Hallsbergs kommun, Social och arbetsmarknadsförvaltningen bedriver hälso- och sjukvård under verksamheterna Äldreomsorg, Hälso- och sjukvård samt Funktionshinder.

3.1 Vårdgivare

Vårdgivaren tillika socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårds-lagen upprätthålls (Patientsäkerhetslagen 2010:659). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9). Denna föreskrift ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659). Vårdgivaren ska årligen dokumentera patientsäkerhetsarbetet i en patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren ska fortlöpande dokumentera arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9).

3.2 Förvaltningschef

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt område. I detta ansvar ingår implementering av kontroll av följsamhet av de riktlinjer och rutiner MAS fastställer för verksamheten.

3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har övergripande ansvar för att utarbeta riktlinjer och rutiner utifrån gällande lagstiftning och föreskrifter samt uppföljning, kontroll och tillsyn av dessa så att kraven på kvalitet, hög patientsäkerhet och god vård tillgodoses. I ansvaret ligger också att skriva en patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars.

3.4 Områdeschef

Områdeschefen har ett övergripande ansvar för att leda och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och är ansvarig för resultatet inom sitt verksamhetsområde.

Områdeschef ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvariga och verksamhetschef för hälso- och sjukvården. Områdeschefen ansvarar för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts blir implementerade i verksamheten. Områdeschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

3.5 Enhetschef

Enhetschefen har ansvar för att leda, bedriva och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom sin enhet och är ansvarig för resultatet.

Enhetschefen ansvarar för att under året dokumentera hur det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs samt vilka resultat som uppnås. Resultat och förbättringsåtgärder ska regelbundet rapporteras till områdeschef och medicinskt ansvariga. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens personal arbetar enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

3.6 Personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls genom att arbeta i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet och medverka i verksamhetens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.

3.7 Expertfunktioner

Hygiensjuksköterska från vårdhygien, Region Örebro län deltar i vissa aktiviteter som t ex. hygienrund. Denna har ansvar gentemot kommunerna och i uppdraget ingår att bistå med utbildning, rådgivning och konsultation i hygienfrågor.

Hemrehabiliteringssjukgymnast arbetar med rehabilitering av patienter över 65 år. Är anställd på Hallsbergs vårdcentral.

Handrehabilitering. Två arbetsterapeuter har till uppdrag att behandla personer med handskador utifrån överenskommelse med länet. Patienterna remitteras av läkare.

Hjälpmedelstekniker. En hjälpmedelstekniker är anställd inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen och arbetar på kommunens egen hjälpmedelsservice med att handha de hjälpmedel som kommunen själv äger. Teknikern sköter service, underhåll och leverans av t ex sängar, lyftsysteem och större hygienhjälpmedel som legitimerad personal förskrivit.

Förflyttningsinstruktör utbildas av externt företag. I kommunen finns 11 instruktörer, som i sin tur utbildar baspersonal i förflyttningsteknik.

3.8 Samverkan för att förebygga vårdskador

Ett väl fungerande samarbete med länets kommuner och Region Örebro län är en förutsättning för ett framgångsrikt regionalt utvecklingsarbete.

Regionala samverkansrådet är ett organ för information, samråd och samverkan i frågor som är av gemensamt intresse. Till rådet är ett tjänstemannastöd i form av en chefsgrupp knutet för samverkan social välfärd och vård.

I varje länsdel finns en länsdelsgrupp med representanter från Region Örebro läns länsdelsverksamheter, inklusive psykiatrins öppenvård och representanter från länsdelens samtliga kommuner. Länsdelsgruppernas uppgift är att stödja det

lokala utvecklingsarbetet, bland annat utifrån handlingsplanen "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre i Örebro län".

Medicinskt ansvariga i länet har regelbundna träffar som samordnas av Region Örebro län (enheten vård, välfärd och folkhälsa). Dessa träffar ska vara ett forum för gemensamma ställningstaganden i kommunal hälso- och sjukvård mot målet - en god och säker vård på lika villkor samt att det finns patientsäkra processer i länet.

I länet sker samverkan inom palliativ vård genom det palliativa rådet, som ska säkerställa en palliativ vård på lika villkor, oavsett bostads ort. Rådet ska också sörja för att den palliativa vården utvecklas i samma takt som övrig hälso- och sjukvård.

Arbetsterapeuter från kommunen samt Region Örebro läns sjukgymnaster samverkar kring det gemensamma ansvaret att kommunens invånare erbjuds rehabilitering.

Lokalt samarbete i Hallsberg sker med primärvård, öppenvård psykiatri samt apotek.

3.9 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap.

Patienterna och deras närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att medverka på rond samt samtal med läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Samverkan med patient och anhörig sker också vid inskrivningssamtal, genomförandeplan, kartläggningar samt anhörigträffar. Patient och anhöriga blir informerade om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på vården samt ge sin beskrivning och upplevelse av händelser.

3.10 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. och SOSFS 7 kap.

Lagstiftningen reglerar vilka som har skyldighet att rapportera vårdskada eller risk för vårdskada alternativt missförhållande eller risk för missförhållande.

Avvikelse är ett samlingsbegrepp på allt som avviker från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade.

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskada samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Detta görs i verksamhetens avvikelsemodul eller direkt till chef. Omvårdnadspersonalen ansvarar för att snarast skriva in en avvikande händelse i verksamhetens avvikelsemodul.

3.11 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9 5 kap. och 7 kap.

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheten, eller via Patientnämnd och Inspektion för vård och omsorg (IVO) lämnas alltid till enhets-/områdeschefen/MAS som ansvarar för att synpunkten handläggs och återkopplas till både den som lämnat synpunkt eller klagomål återkoppling sker även även till verksamheten. Resultatet redovisas i kvalitetsberättelsen.

3.12 Egenkontroll

SOSFS 2011:9 5 kap. och 7 kap.

Egenkontroller som genomförts för att öka patientsäkerhet. Egenkontroll ska göras av enhetschef i samverkan med teamet utifrån egenkontrollplan.

Resultatet följs upp av områdeschef, MAS och MAR fyra gånger per år genom verksamhetsuppföljning. Resultatet och analys redovisas under rubrik Resultat och analys.

Egenkontroller (tabell, se nästa sida.):

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vid bedömd risk ska brukarna ha en åtgärdsplan	4 gånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert
Riskbedömning av fall	4 gånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert
Riskbedömning av trycksår	4 gånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert
Beslutsstöd ska användas till 100%	4 gånger per år	Förbättringstavla
Förbättra god vård vid livets slut – Palliativa registret	4 gånger per år	Palliativa registret
Minska antalet frakturer	4 gånger per år	Avvikelsesystemet
Hygienrond	1 gång per år	Förbättringstavla
Stickprov hygien av hygienombud	4 gånger per år	Förbättringstavla
Nattfasta	4 gånger per år	Förbättringstavla
Skallutbildningar	1 gång per år	Förbättringstavla
Avvikelser/klagomål/synpunkter	4 gånger per år	Avvikelsesystemet, Patientnämnd, IVO
Öka användandet av SBAR	4 gånger per år.	Förbättringstavla
Kontroll av narkotika i akut- och buffertförråd	1 gång per månad	Internkontroll
Kontroll av medicintekniska produkter	1 gång per år	Förbättringstavla
Besiktning av lyftselar	2 gånger per år	Förbättringstavla
Besiktning av lyftar	1 gång per år	Förbättringstavla
Läkemedelsgenomgångar	1 gång per år	Förbättringstavla

4 Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659 3 kap.

Strategin för Hallsbergs kommun för att öka patientsäkerheten är att strukturerat utifrån mål kartlägga, vidta åtgärder samt utvärdera resultat. Analyser och diskussioner förs i socialnämndens och ledningsgruppens sammanträden. De olika kvalitetsredovisningarna används i planering av mål och budget för verksamheten. Verksamhetsberättelse görs årligen som uppföljning av de olika enheternas verksamhet. Egenkontroller har upprättats utifrån patientsäkerhet som följs upp under året både med chefer samt legitimerade. Resultaten följs upp av områdeschef och MAS/MAR genom verksamhetsuppföljning.

Våra verktyg att mäta patientsäkerheten är nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD. I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering angående trycksår, fall, undernäring och munhälsa. I Palliativa registret registreras hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. I BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) görs registrering samt bedömning med hjälp av skattningsskala som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. En analys av eventuell tänkbara orsaker genomförs, en bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in.

Avvikelseberättelser analyseras och förebyggande åtgärder sätts in för att minska risken för upprepning. Enhetschef ansvarar tillsammans med sjuksköterska och arbetsterapeut för att regelbundet informera om åtgärder och återföra erfarenheter från avvikelseberättelser till personal på enheten. Medicinskt ansvarig gör en övergripande uppföljning av avvikelser i patientsäkerhetsberättelsen.

För att medicinska bedömningen vid akuta tillstånd ska bli strukturerad och för att patienten ska få optimal vård på rätt vårdnivå använder sig sjuksköterskor av beslutsstöd.

SBAR används och syftar till att informationsöverföringen i vårdkedjan blir systematisk och säker. Riskerna minskar för att information glöms bort eller misstolkas. Därmed minskar också risken för vårdskador.

4.1 Riskanalys

SOSFS 2011:9 3 kap

Riskanalys har gjorts vid större förändringar i verksamheten

Under 2018 har riskanalys gjorts i samband med minskning av akut- och buffertförråd för bättre kontroll av narkotika. Analysen visade att Hallsbergs

kommun klarade sig bra på tre läkemedelsförråd istället för fyra för att hålla hög patientsäkerhet.

Risikanalys har också gjorts i införandet av låsta narkotikaskåp i akut och buffertförråden samt i införandet av läkemedelsskåp till patienterna på gruppboende LSS samt särskilda boende inom vård och omsorg.

4.2 Utredning av händelser – vårdskador

HSL-FS 2017:40 3 kap och SOSFS 2011:9 7 kap.

Sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och MAS tar regelbundet del av och följer upp avvikande händelser som rapporteras i avvikelssystemet. Varje yrkeskategori har skyldighet att dokumentera att man tagit del av avvikelsen samt dokumentera de åtgärder som vidtagits.

Vid hög allvarlighetsgrad görs en vidare utredning av MAS/MAR/områdeschef och därefter görs eventuell Lex Maria eller Lex Sarah anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg - IVO.

Även i SoL och/eller HSL dokumentationen (beroende på händelsens art) antecknas att avvikelsen inträffat, direkt vidtagna åtgärder och att avvikelserapport skrivits.

4.3 Informationssäkerhet

HSL-FS 2016:40 7 kap.

Journalgranskningar är inte gjorda under 2018 på grund av att vi ett stort arbete är utfört i journalsystemet gällande KVÅ (kvalificerade vårdåtgärder) för att kunna möta socialstyrelsens krav på uppföljning av åtgärder som legitimerade utför. Detta innebär att vi nu följer processen för strukturerad dokumentation enligt NI (nationella informationsstrukturen). Arbetet med journalgranskning behöver fortsätta under 2019.

Loggkontroller för att upptäcka felaktig eller obehörig åtkomst till personuppgifter utförs i verksamhetssystemet Procapita samt NPÖ varje månad genom stickprov. Rutinen har följts under 2018 och man har inte hittat några avvikelser kring detta.

4.4 Skydds och begränsningsåtgärder

Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder från Region Örebro Län har tidigare introducerats i verksamheten. Syftet med dessa är att skydda personer med svårigheter att själv göra riskbedömningar från att skada sig. Riskanalys och bedömning i teamsamverkan görs i varje enskilt fall. Denna riktlinje inkluderar HSL, SoL och LSS.

Enhetschef är huvudansvarig för att riskbedömning genomförs, dokumenteras och följs upp om insatsen utförs enligt SoL eller LSS.

Arbetsterapeut eller sjuksköterska är huvudansvarig då skydds och begränsningsåtgärder är förskrivna eller ordinerade enligt HSL.

4.5 Samverkan vid utskrivning från slutenvård

1 januari 2018 gäller en ny lag för samverkan vid utskrivning från slutenvård. Syftet med denna lagen är minska vårdtiderna för personer som är utskrivningsklara på sjukhuset. För att nå syftet måste samverkan runt individen utvecklas. En överenskommelse mellan länets tolv kommuner och Region Örebro län är framtagen. Under 2018 har en arbetsgrupp i Hallsbergs kommun arbetat fram en lokal rutin för att tillmötesgå den nya lagen.

4.6 Hygien

Hallsbergs kommun tillhandahåller arbetskläder för att upprätthålla god hygienisk standard. Hygienombud finns på alla områden och boenden för att höja kunskapsnivån för vårdhygieniska frågor. Hygienrond ska utföras en gång per år på alla särskilda boenden samt hemtjänst och gruppboende.

4.7 Läkemedel

En läkemedelsnära rutin finns för Hallsbergs kommun med syftet att ge tydliga direktiv om kommunens läkemedelshantering.

Rutinen ska säkra kvaliteten och säkerställa att arbetet utförs på samma sätt i våra verksamheter. Dokumentet innehåller även rutin för kassering av diverse material.

4.8 Utbildning

Hallsbergs kommun har en plan för påfyllnadsutbildningar för personal inom hemtjänst, särskilda boenden samt funktionshinderområdet. Några av utbildningarna som kan nämnas är inom området hygien, demens, diabetes, palliativvård, lyftteknik samt SBAR (strukturerat kommunikationsverktyg mellan omvårdnads och hälso- och sjukvårdspersonal)

En instruktör finns i beslutsstöd för att fortbilda sjuksköterskor att bedöma rätt vårdnivå för patienter.

Primärvården kompetensutvecklar både legitimerade och omvårdnadspersonal i t.ex., diabetes och provtagning.

Kontinuerlig fortbildning av omvårdnadspersonal sker av sjuksköterska och arbetsterapeut beroende på patienternas behov.

5 Resultat och analys - Egenkontroll

5.1 Avvikelse 2018

Nedan redovisas inkomna avvikelser, vilket lagrum de sorteras under samt antal avvikelser som registrerats för respektive avvikelseyp.

Under 2018 rapporterades totalt 1609 avvikelser.

Avvikelseyp	2016	2017	2018	Lagrum
Fall	852	901	812	HSL
Läkemedel	571	598	588	HSL
MTP	14	10	13	HSL
Specifik omvårdnad/rehab	25	10	25	SOL
Trycksår	6	2	4	HSL
Dokumentation	7	3	14	HSL/SOL
Vårdkedja	4	7	24	HSL/SOL
Allmän omvårdnad/service/träning	40	61	88	SOL
Larm	17	28	35	SOL
Hot och våld	26	45	41	SOL

5.2 Fall

Totalt inrapporterades 812 fall under året vilket är 89 färre fall än 2017.

Drygt hälften av dessa fall orsakade ingen skada.

Vid 12 tillfällen kontaktades läkare och vid 25 tillfällen skickades patient till sjukhus.

Fallen resulterade i 10 frakturer vilket är en 3 färre än föregående år.

145 fall ledde till blåmärken eller småsår.

Fallen sker under hela dygnet, men dom flesta fallen inträffade under förmiddag, kväll och natt i samband med gående förflyttning i sovrummet. Ingen annan är inblandad i de flesta fall förutom patienten själv. Vid 323 fall fanns ingen form av hjälpmedel inblandad. Vid 261 fall var gånghjälpmedel inblandat. Vid ett tillfälle inträffade fallet med grensele/bord/ eller bälte samt vid två tillfällen inträffade fall i samband med lyft som hjälpmedel. De flesta fallen sker på demensboende (370 st. eller 45%) samt ordinärt boende (320 st. eller 39%). Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska samt extra tillsyn/övervakning.

5.3 Trycksår

Fyra trycksår har uppkommit inom kommunal vård 2018 vilket är en ökning från föregående år. 2017 rapporterades två trycksår. Samtliga har en vårdplan för trycksår samt pågående ordinationer i form av tryckavlastande åtgärder. Samtliga

trycksår är rapporterade från samma område vilket kan vara indikation på att det finns fler trycksår som inte är rapporterade.

5.4 Läkemedelshantering

Totalt rapporterades 588 läkemedelsavvikelser 2018 vilket innebär en liten sänkning jämfört med 2017. 498 (85%) av dessa avvikelser ledde inte till komplikationer.

I avvikelsen dokumenterar rapportören orsaken till avvikelsen vilket ofta handlar om bristande kontroll och försumlighet. Det är framförallt inom hemtjänsten som dessa avvikelser sker.

Fler än hälften av avvikelser som berör läkemedelshantering visar främst att patienten inte fått sina läkemedel enligt ordination. Det kan också handla om att läkemedel förväxlats eller att läkemedel getts på fel tid.

Avvikelser kan också beröra felaktigt delad dosett/APO-dos eller felaktig/oklar ordination.

11 avvikelser gällde insulin, vilket är 16 färre än föregående år.

37 avvikelser gällde Waran/Fragmin vilket är 13 fler än föregående år.

Av de inrapporterade läkemedelsavvikelserna ledde 10 fall till läkarkontakt vilket är några fler än året innan. 86 av dessa ledde till mindre obehag eller komplikationer för patienten. Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska.

Med anledning av många avvikelser första halvåret kring dosettindelning samt avvikelser gällande Waran drogs den delegerade uppgiften att dela dosett in. Detta innebär att det nu är endast sjuksköterskor som delar dosetter.

På grund av brist på ordinarie sjuksköterskor har rutinen narkotikakontroll inte följts fullt ut. Narkotikasvinn har förekommit främst under första halvåret. Vissa brister har i efterhand gått att härleda av ansvarig sjuksköterska och vissa inte. Alla händelser har utretts och polisanmälan har gjorts.

På grund av narkotikasvinn har hantering av narkotika skärpts och nya rutiner har införts. Kontrollräkning av narkotika har genomförts en gång i veckan sedan juli-2018. Akut och buffertförråden har minskats från fyra till tre för bättre kontroll. Narkotikan i dessa förråd förvaras nu i enskilt skåp som under 2019 kommer att förses med loggbara lås. Under det senaste halvåret har narkotikasvinnet minskat avsevärt sedan åtgärder satts in.

Fortsatt arbete behöver ske i form av kontroller av narkotika i akut och buffertförråden av ansvarig sjuksköterska en gång i månaden.

Rutinen för att kontrollansvarig sjuksköterska ska göra narkotikakontroll varje månad behöver bli bättre.

Vid uttag och tillförsel av läkemedel till förrådet, ska alltid läkemedlet kontrollräknas och dokumenteras i narkotikajournal. Extra noggrannhet krävs vid uttag och tillförsel i akut- och buffertförrådet p.g.a. att det är många olika

sjuksköterskor som hämtar läkemedel där. Signaturlista med namnförtydligande ska finnas i akut- och buffertförrådet som alla sjuksköterskor ska skriva på.

5.5 Avvikelseprocess

En avvikelseprocess har tagits fram för social- och arbetsmarknadsförvaltningen under 2018 med tillhörande handbok för avvikelsehantering. Handboken tar upp information, registrering, utredning samt uppföljning av avvikelser, klagomål och synpunkter. Vidare beskrivs anmälan till IVO och läkemedelsverket samt hur ofta utbildning ska ske till personal om avvikelsehantering. Implementering av avvikelseprocess samt handbok kommer att ske under 2019.

5.6 Senior Alert

Täckningsgraden för registrering av riskbedömningar med planerade åtgärder i Senior Alert ska vara 90 %. Målet är att minska fall och trycksår.

I Hallsbergs kommun fick 96 patienter en riskbedömning i senioralert under 2018 vilket är 15 st fler registreringar än 2017. 88 % av dessa hade minst en bedömd risk. 78 % av dessa hade en åtgärdsplan vid risk vilket är en minskning från föregående år. Flera riskbedömningar är gjorda i pappersform vilket innebär att fler patienter än siffrorna visar fått en riskbedömning i Senior Alert.

Bedömningsinstrumentet blåsdysfunktion samt rehabiliteringsprocess genom COPM – (bedömningsinstrument för arbetsterapeuter) har inte implementerats under 2018.

5.7 Svenska palliativa registret

Täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativa registret ska vara minst 70 %. Hallsbergs kommun har uppnått täckningsgraden 46 % under 2018.

I palliativa registret sker registrering av olika kvalitetsparametrar vid vård i livets slutskede. Indikatorerna brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa samt ordination av injektionsmedel mot ångest vid behov ska förbättras med 5 %.

Dom mätbara indikatorerna har under 2018 ändrats i Palliativa registret vilket inte gör det möjligt att jämföra alla resultat med föregående år, tydligt blir att indikatorerna munhälsobedömning samt smärtskattning behöver förbättras.

Registreringen sker utifrån journalgranskning.

Redovisning kvalitetsindikatorer 2018:

Kvalitetsindikator	Resultat 2018	Målvärde
Dokumenterat brytpunktssamtal	68,8%	98%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	96,9%	98%

Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	90,6%	98%
Smärtskatta sista levnadsveckan	18,8%	100%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	46,9%	90%
Utan trycksår (grad 2-4)	93,8%	90%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	96,9%	90%

Hallsbergs kommun har arbetat för att all personal ska genomgå inköpt webbutbildning i palliativvård. 130 personer inom vård och omsorg, hemtjänst samt LSS har genomgått utbildning under 2018.

5.8 BPSD

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att minska förekomst och allvarlighetsgrad av ångest, hallucinationer, ätstörningar och andra BPSD-symptom (BPSD står för "beteendemässiga och psykiska symptom vid demens").

46 registreringar har gjorts BPSD registret vilket är hälften så många som 2017.

Demens ABC är Svenskt Demenscentrums webbutbildning baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer om personcentrerad omvårdnad.

339 personal har genomgått utbildningen Demens ABC i Hallsbergs kommun vilket är 44 st. fler utbildade än 2017. Statistik visar att vi har en uppåtgående trend och är 50:e bästa kommun av 290 kommuner på utbildad personal i förhållande till antal dementa personer i kommunen.

Under 2019 behöver en kartläggning göras kring användandet och kunskapen av samtliga kvalitetsregister. Därefter behöver åtgärder vidtas för att öka användandet av registren.

5.9 Beslutsstöd och SBAR

Hallsbergs kommun har under 2018 utbildat en sjuksköterska till instruktör i beslutsstöd och SBAR. Instruktören ska utbilda kommunens sjuksköterskor en ggr/år. Första utbildningstillfället planeras till våren 2019.

Omvårdnadspersonal ska en ggr/år genomföra webbutbildning gällande SBAR enligt utbildningsplan samt använda sig av SBAR kort som hjälp vid rapportering och informationsöverföring. Omvårdnadspersonal på flera områden har genomgått webbutbildningen i SBAR, diskuterat verktyget på APT samt erhållit kort.

5.10 Hygien

Den lokala rutinen för vårdhygieniska arbetet i Hallsbergs kommun är reviderad under 2018 både gällande hygienrund samt stickprov av dom basala hygien- och klädriktlinjerna och är känd för samtliga chefer.

Särskilt boende:

Hygienrund har gjorts på samtliga **särskilda boenden** under 2018. Alla boenden har fått goda resultat på det vårdhygieniska arbetet. Ombud har gjort stickprov för kontroll av följsamhet gällande basala kläd- och hygienriktlinjer.

Inom hemtjänst:

Öster: utfört hygienrund samt vidtagit åtgärder. Stickprover av hygienombud utfört.

Väster: utfört stickprov av hygienombud

Söder: planerar att genomföra hygienrund samt stickprover under 2019.

Norr: planerar att genomföra hygienrund samt stickprover under 2019.

Gruppboenden LSS: har inte genomfört hygienrund eller stickprover av hygienombud. Detta planeras till 2019.

PPM mätningar

För att uppfylla kraven på kvalitet och patientsäkerhet bör registrering av vårdrelaterade infektioner, med uppföljning och erfarenhetsåterföring ingå i organisationens systematiska kvalitetsarbete. Hallsbergs kommun har inte följt upp vårdrelaterade infektioner under 2018 i form av PPM-mätningar då det varit hög arbetsbelastning samt brist på ordinarie sjuksköterskor. I avvikelsemodulen rapporteras trycksår som vårdrelaterad infektion.

5.11 Läkemedelsgenomgångar

Målet är att alla personer med påbörjad eller pågående hemsjukvård som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska erbjudas läkemedelsgenomgång. Resultat ska redovisas och innehålla antal utförda läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgångar initieras av sjuksköterska och utförs tillsammans med läkare. Regionens uppföljningsportal visar att i Hallsbergs kommun registrerat 140 läkemedelsgenomgångar. Av dessa är 95 enkla- och 45 fördjupad läkemedelsgenomgång.

5.12 Medicintekniska produkter

Under 2018 har en inventering av alla medicintekniska produkter gjorts rörande undersökningsutrustning som blodtrycksmätare, stetoskop, termometrar och otoskop. Detta har resulterat i att ny utrustning på ett område. Riktlinjen att kontrollera undersökningsutrustning har inte följts under 2018.

På alla områden och boenden är alla lyftselar kontrollerade under 2018.

Planering för kontroll av lyftar är gjord under 2018 och kommer att påbörjas i början av 2019.

Arbetet med medicintekniska produkter kommer att fortsätta under 2019 med bland annat uppföljning av egenkontroller samt implementering av rutiner och riktlinjer inom området.

5.13 Händelser och vårdskador

5.13.1 Lex Maria

En avvikelse som handlade om fördröjd bedömning av patient på grund av bristande kommunikation har lett till Lex Maria anmälan. Utredning är gjord och åtgärder är vidtagna i form av reviderade och nya rutiner samt implementering av dessa. Även utbildning av personal har införts gällande kommunikation och bedömning av vårdnivå. IVO (inspektionen för vård och omsorg) har avslutat ärendet då vårdgivaren uppfyllt kraven enligt lagar och föreskrifter.

5.13.2 Vårdkedjan

Under 2018 har 24 avvikelser i vårdkedjan rapporterats. Detta är fler än föregående år.

Hälften av dessa avvikelser handlar om brister i utskrivningsprocessen. Bristerna har handlat otillräcklig information i regionens och kommunens gemensamma verksamhetssystem Life Care. Detta har lett till bristfällig information om patienter som ska komma hem från slutenvården.

Avvikelser i vårdkedjan har också skickats till primärvården samt närpsykiatri. Dessa handlar om kommunikation samt bemötande mellan läkare och sjuksköterska, egenvård, informationsöverföring. Samtliga avvikelser är besvarade med vidtagna åtgärder.

6 avvikelser är riktade mot Hallsbergs kommun. Dessa har kommit från ambulansen, slutenvården samt primärvården och handlar om felaktig beställningar av ambulanstransport, omvårdnad av patient samt utskrivningsplanering. Avvikelserna är besvarade samt åtgärdade.

5.13.3 Patientnämnden

Under 2018 fick patientnämnden in tre ärenden gällande synpunkter och klagomål avseende hälso- och sjukvård i Hallsbergs kommun. Ett av dessa ärenden är skickade med begäran om svar.

5.13.4 Teamträffar

Rutinen för teamträffar är reviderad under 2018. Syfte med teamträffarna är att få en gemensam helhetsbild av brukarens/patientens behov och insatser samt att uppnå en god kvalitet och skapa trygghet för brukare/patient. På teamträff deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef. Vid behov kan annan kompetens delta. Teamet ska träffas för att gå igenom bl.a. avvikelser och kvalitetsregister för att hitta lösningar till förbättring. Samtliga yrkeskategorier

delar med sig av sin kunskap och erfarenhet för att utveckla verksamheten. Teamets samlade kompetens har stor betydelse vid tex. fallriskutredning och vid fallhändelseutredning, avvikelshantering. På grund av bristen på ordinarie sjuksköterskor har inte alltid dessa team varit fulltaliga.

5.13.5 Nattfasta

Rutin är skriven för registrering av nattfasta på särskilda boenden.

Den sjuke individens nutritionsvård ska betraktas på samma sätt som annan hälso- och sjukvård. Därför behöver också nutritionsvården följa samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning.

En lång nattfasta verkar nedbrytande på kroppen och har en negativ inverkan på muskelmassa, immunförsvar och fettdepåer. Nationella riktlinjer anger att nattfastan inte ska vara längre än 11 timmar. En enhet har gjort denna mätning under 2018.

5.14 Mål och strategier för 2019

- Implementera avvikelprocessen för samtlig personal.
- Utifrån multiprofessionella team arbeta mot individbaserat (personcentrerat) arbetssätt
- Att teamträffar är välfungerande på alla enheter.
- Att team tar fram och analyserar data från avvikelssystemet och att statistik används i det fortsatta förbättringsarbetet.
- Att team tar fram och analyserar data från kvalitetsregistren och att statistik används i det fortsatta förbättringsarbetet.
- Alla sjukskötersketjänster ska vara besatta av ordinarie personal
- Utveckla processtänkande i ledningssystemarbete med hjälp av Ensolution som verktyg och kontinuerligt jobba fram verksamhetens huvud och ledningsprocesser.
- Utöka användandet av kvalitetsregister Senior Alert, BPSD samt Palliativa registret.
- Börja användandet av modulen för blåsdysfunktion/inkontinens i Senior Alert
- Börja användandet av rehabiliteringsmodulen i Senior Alert.
- Fortsätta med implementering samt uppföljning av resultat genom egenkontroller.
- Fortsätta att göra riskanalyser när processer kartläggs.
- Fortsätta att göra riskanalyser för både patientsäkerhet och arbetsmiljö vid förändringar i verksamheten.

- Implementering av riktlinjer/rutiner gällande MTP (medicin tekniska produkter)