



HALLSBERGS KOMMUN

Social- och arbetsmarknads-
förvaltningen

Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun

År 2016

Kia Wetterberg MAS

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Risikanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som vidtagits för ökad patientsäkerhet	8
Uppföljning egenkontroll	12
Resultat	
Avvikelser	12
Nationella kvalitetsregister	15
Utvecklingsområden 2017	17

Bakgrund

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall, som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

En patientsäkerhetsberättelse ska upprättas senast den 1 mars varje år där det ska framgå:

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

Sammanfattning

Under 2016 har ett flertal aktiviteter genomförts för att stärka patientsäkerheten. Kvalitetsregistrering är en del i samverkansprojektet ViSam där kommunens resultat finns redovisat och delar av statistiken går att läsa i www.kvalitetsportal.se.

Under 2016 har det preventiva arbetet gällande risk för fall, tryckskada och undernäring fortsatt inom samtliga verksamheter genom arbete via Senior Alert. Munhälsobedömningar enligt ROAG har också gjorts för att undvika dålig munhälsa. På grund av personalsituationen har inte detta arbete genomförts som önskats under 2016. Arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar har fortsatt, där statistiken visar att förskrivningen av olämpliga läkemedel har minskat.

Genom rapportering av avvikande händelser i verksamheten identifieras risker för vårdskador och uppkomna skador. Utifrån avvikelserna ska åtgärder sättas in för att förhindra upprepning.

Samverkan med andra vårdgivare är en av de viktigaste delarna i patientsäkerhetsarbetet. Former för samverkan regleras i olika samverkansdokument mellan kommunerna och Region Örebro län.

Flera åtgärder har satts in för att säkra narkotikahandlingen i kommunen.

Manualer för inskrivning och självgranskning av journal är färdigställda för arbetsterapeuter och sjuksköterskor för att säkerställa dokumentationen.

Övergripande mål och strategier

- Patienten ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.
- Systematiskt arbete med kvalitet och patientsäkerhet i förvaltningen ska ständigt pågå.
- Varje enskild vårdtagare ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin vård och omvårdnad, bland annat genom medverkan i Genomförandeplaner.
- Förebyggande arbete för att förhindra fall och fallskador, trycksår, undernäring samt dålig munhälsa med stöd av kvalitetsregistret Senior alert. Inga trycksår i kommunen, det vill säga 0-vision.
- Fortsatt arbete med implementering av rapportverktyget SBAR för alla yrkeskategorier.
- Alla som bor på särskilt boende ska få riskbedömning inom två veckor efter inflyttning och sedan kontinuerligt minst en gång/år. Hos personer med risk ska förebyggande åtgärder sättas in och dessa ska följas upp.
- 100 % av alla inskrivna patienter i hemsjukvården ska ha medicinska diagnoser dokumenterade i Procaptia. Under 2016 har ca 1/3 av patienterna dokumenterade diagnoser i systemet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnden

Vårdgivaren tillika Socialnämnden **ska fastställa övergripande mål** för det systematiska kvalitets- och säkerhetsarbetet.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. De lagar och föreskrifter som styr patientsäkerhetsarbetet är SOSFS 2011:9, gäller ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Förvaltningschef

Förvaltningschef har det övergripande **ansvaret för ledning och styrning** av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Medicinskt ansvarig sköterska har ett övergripande ansvar för att **utarbete 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 innan 1 mars.

Områdeschef

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

Enhetschef

Enhetschef har **ansvar för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet inom sin enhet**. Respektive enhetschef ansvarar för att fortlöpande dokumentera hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

Enhetschef ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som finns.

Övrig personal

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

Expertfunktioner

Hygiensjuksköterska från Vårdhygien, Region Örebro Län deltar i vissa aktiviteter. 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 uppdrag att behandla personer med handskador utifrån den överenskommelse som finns i länet. Patienterna remitteras av läkare.

Förflyttningsinstruktörer utbildas av externt företag. I kommunen finns den 5-10 instruktörer, som i sin tur utbildar baspersonal i förflyttningsteknik.

Struktur för uppföljning/utvärdering

- Patientsäkerhetsarbetet skall bedrivas förebyggande, systematiskt och fortlöpande för att utveckla och höja patientsäkerheten och vårdens kvalitet.
- Olika kvalitetsredovisningar till exempel egna och nationella brukarundersökningar, öppna jämförelser och äldreguiden används i planering av mål och budget för verksamheten.
- Verksamhetsberättelser görs årligen som uppföljning av de olika enheternas verksamhet.
- Föregående års patientsäkerhetsberättelse följs upp.
- Avvikelse rapporteringen analyseras och förebyggande åtgärder sätts in för att minska risken för upprepning.
- Egenkontroller

	Omfattning	Källa
Brucarundersökningar	En gång/år	
Infektioner	En gång/år	HALT
Hygien	Med hygiensjuksköterska samt i egen regi, minst en gång/år	Hygienronder
Fall	En gång/år	Avvikelsesystem
Trycksår	En gång/år	Avvikelsesystem
Dokumenterade medicinska diagnoser i verksamhetssystemet	En gång/år	Verksamhetssystem

HALT = mätning av antibiotikaförbrukning vid en given tid, så kallad punktprevalens-mätning. Nationellt uppdrag från Folkhälsomyndigheten som varje kommun deltar frivilligt i.

Samverkan

- 2015 genomgick den regionala samverkansstrukturen en förändring i samband med Regionbildningen. Det finns en regional handlingsplan för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, som uppdaterats under 2016. De områden som ingår i handlingsplanen är preventivt arbetssätt, god vård i livets slut, god vård vid demenssjukdom, beslutsstöd, SIP och säker utskrivning.
- Medicinskt ansvariga i länet har regelbundna träffar som samordnas av Region Örebro län, enheten vård, välfärd och folkhälsa. Dessa träffas ska vara ett forum för gemensamma ställningstaganden i kommunal hälso- och sjukvård mot målet en god och säker vård på lika villkor och säkerställa patientsäkra processer och rutiner i länet
- I länet sker samverkan inom palliativ vård genom det palliativa rådet, som ska säkerställa en palliativ vård på lika villkor, oavsett bostadsort. Rådet ska också sörja för att den palliativa vården utvecklas i samma takt som övrig hälso- och sjukvård.
- Det är ett gemensamt ansvar för kommunen och Region Örebro Län att kommunens invånare erbjuds rehabilitering, vilket både arbetsterapeuter från kommunen och lanstingets sjukgymnaster/fysioterapeuter samverkar runt.

Risikanalys

Risikanalys, handlingsplan och konsekvensbeskrivning utifrån patientsäkerheten görs vid planer på större förändringar i verksamheten.

Risikområden

- Läkemedelsöverlämning
- Narkotiska medel
- Dokumentation
- Trycksår
- Hygien

Medicinskt ansvarig sammanställer resultaten och gör övergripande analyser som redovisas i nämnden och i patientsäkerhetsberättelsen.

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten sker genom egenkontroll.

Verksamhetens resultat analyseras och diskuteras utifrån mål och budget på socialnämndens och ledningsgruppens sammanträden.

Uppföljning av nämndens mål sker via internkontroll.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser, Lex Maria

Personalen har skyldighet att anmäla avvikelser inom HSL med syfte att identifiera risker och kunna förebygga att den avvikande händelsen inte sker igen. På detta sätt kan man öka patientsäkerheten och höja kvaliteten i vården. När någon upptäcker en avvikande händelse skrivs avvikelse rapport som ska införas i avvikelsemodulen i ProCapita. Sjuksköterska, arbetsterapeut eller enhetschef kontaktas för direkta åtgärder.

Teamet ansvarar för analys av avvikande händelser och bedömer vilka åtgärder som ska vidtas för att undvika att händelsen sker igen. Erfarenhetsåterföringen till hela personalgruppen sker på arbetsplatsträffar. Avvikelserna sammanställs digitalt i ett avvikelssystem. MAS gör årligen en sammanställning av avvikelserna i patientsäkerhetsberättelsen.

Allvarliga HSL-avvikelser utreds av MAS som även bedömer om händelsen ska Lex Maria-anmälas till IVO.

Socialstyrelsen har beslutat att återkalla *Föreskrifterna om utredning av vårdskador*, som skulle ha börjat gälla vid årsskiftet 2015/2016 och denna föreskrift skulle ersätta lex Maria. Syftet är att se över hur regelverket kan förtydligas så att utredningarna kan göras på ett mer ändamålsenligt sätt. Tillsvidare fortsätter föreskrifterna om lex Maria att gälla.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

Förbättringsåtgärder vidtas utifrån:

Risikanalyser
Avvikelse rapportering
Egenkontrollen
Klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys av klagomål och synpunkter samt avvikelser för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten.

Lex Maria

Ärenden från IVO

Patientnämnden

Ledningssystem för kvalitet

Under 2012 påbörjades uppbyggnaden av ett ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet kommer senare att finnas på kommunens hemsida. Arbeta med ledningssystemet har fortsatt under verksamhetsåret och under hösten 2016 påbörjades även det som berör sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Avvikelser

Arbetet har fortsatt med att berörda yrkeskategorier regelbundet ska gå igenom avvikelserna och diskutera dessa på teamträffar. Det gemensamma ansvaret för och arbete med avvikelser är viktigt i det förebyggande arbetet liksom Senor Alert.

Hygien

- Basala hygienrutiner finns och ska följas av all personal inom vård- och omsorg.
- All personal inom vård- och omsorg ska använda arbetskläder. SOSFS 2015:10. Dom kom under 2016 att arbetsgivare inte har skyldighet att tillhandahålla arbetskläder. Hallsbergs kommun har beslutat att köpa in arbetskläder, för att på så sätt upprätthålla god hygienisk standard.
- Hygienrund har genomförts på Kullängens samtliga avdelningar samt arbetsterapeuternas hjälpmedelsförråd, tillsammans med hygiensjuksköterskan från Vårdhygien, USÖ.
- Hygiensjuksköterskan från USÖ har träffat områdes- och enhetscheferna för att sprida kunskap om basal hygien och vikten av att följa de riktlinjer som finns.
- Rutiner gällande hygienombudens roll och det lokala hygienarbetet har reviderats för att följa ny SOSFs och riktlinje från Region Örebro Län.

Kvalitetsregister

Det systematiska kvalitetsarbetet med kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativa registret har fortsatt under 2016. I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering angående trycksår, fall, undernäring och munhälsa. I Hallsbergs kommun är registreringen i systemet lågt och därför ska en omorganisering ske för att stärka detta arbete.

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. Riskanalyser görs i varje enskilt ärende. Under 2016 har ny riktlinje och rutin gällande skydds- och begränsningsåtgärder påbörjats av MAS och kommer att färdigställas under 2017.

MAS kommer från 2018 att inför nämnd redogöra för beslutade skydds- och begränsningsåtgärder.

Läkemedel

- Internkontroll på narkotikaklassade och övriga särskilda läkemedel, görs en gång per kvartal och rapporteras till nämnden.
- Narkotika i buffertförråd samt narkotika som tillhör enskild patient ska räknas en gång i månaden och rapporteras till MAS.
- Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet tillsammans med läkare. Under året har 152 läkemedelsgenomgångar genomförts, vilket är en fördubbling från året innan.
- I samband med riskbedömning i kvalitetsregistret Senior Alert, görs en utvärdering av patientens läkemedel.
- Narkotikasvinn har förekommit under året, både från läkemedelsvagnar som finns på olika boenden, buffertförråd samt privat narkotika. Detta har polisanmälts, men samtliga utredningar har lagt ner.
- På grund av narkotikasvinn har hanteringen av narkotika skärpts och nya rutiner har införts.

Dokumentation

Sjuksköterskorna har haft en halvdagsuppföljning i dokumentation i verksamhetssystemet Procapita.

Manual för inskrivning och självgranskning av arbetsterapeuternas journal har tagits fram.

På grund av ny upphandling av Procapita, har arbetet fortsatt under året av ansvariga för verksamhetssystemet som förberett för implementering under 2017. I detta arbete ingår också att omvårdnadspersonalen ska registrera avvikelser direkt i systemet.

Kompetens

Grundutbildningen för anställning i vård- och omsorg ska vara undersköterskekompetens.

All personal på enheterna ska ha lyftkörkort och utbildning ska planeras. Målet är att all personal som är tillsvidareanställda ska ha lyftkörkortsutbildning inom en treårsperiod.

Introduktion av semestervikarier sker inför varje sommarsemester.

Sjuksköterskor bör ha förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Alla sjuksköterskor ska utveckla ett eget ansvarsområde. Uppdraget är att hålla sig ajour i ämnet och sprida kunskapen i organisationen.

Utbildning

Diabetessjuksköterska från Hallsbergs vårdcentral hade träff med åtta av kommunens sjuksköterskor för att dra upp gemensamma riktlinjer för diabetesvården i kommunen.

15 personer har genomfört webbutbildning i delegering och diabetes.

Demens ABC och Demens ABC plus är en webbaserad utbildning som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det är Svenskt Demenscentrum som utarbetat denna avgiftsfria utbildning. Totalt har 241 personer genomfört utbildningen vilket nästan är en fördubbling från 2015. (130)

Omvårdnadspersonal på alla enheter fick utbildning i diabetes av MAS under 2015 och 2016.

Kontinuerlig fortbildning av omvårdnadspersonal sker av sjuksköterskor och arbetsterapeuter, beroende på patienternas behov

Uppföljning genom egenkontroll

Kvalitetsredovisningar sker genom egna och nationella brukarundersökningar, öppna jämförelser och äldreguiden.

- MAS, arbetsterapeuter, enhetschefer och sjuksköterskor går kontinuerligt igenom samtliga avvikelser.
- Medicinsk- tekniska produkter
- Hygien
- Trycksår, där noll-vision gäller.

Resultat

Avvikelser 2016

Avvikelserrapporteringen är en viktig del i säkerhetsarbetet. All personal som arbetar i lagrummen HSL, SoL och LSS har skyldighet att rapportera avvikelser. Syftet med rapporteringen är att kunna identifiera risker och brister, analysera dessa och vidta åtgärder för att förhindra upprepning.

Förvaltningens databaserade rapporteringssystem medger en bra uppföljning tack vare möjligheten till en detaljerad statistik över avvikelsernas förekomst, orsak och eventuella konsekvens. MAS ansvarar tillsammans med områdes- och enhetschefer för analys och uppföljning.

Under 2016 har 1562 avvikelser rapporterats, vilket ca 320 färre än 2015. Det är framförallt fallen som minskat.

Nedan redovisas inkomna avvikelser, vilket lagrum de sorterar under samt det antal avvikelser som registrerats för respektive avvikelseyp under år 2014, 2015 och 2016.

Avvikelseyp	2014	2015	2016	Lagrum
Fall	777	1142	852	HSL
Läkemedelshantering	517	613	571	HSL
MTP	5	6	14	HSL
Specifik omvårdnad	12	31	25	HSL
Trycksår	1	2	6	HSL
Dokumentation	0	8	7	Sol/HSL
Vårdkedja	12	14	4	Sol/HSL
Allmän omvårdnad	62	35	40	SoL
Larm	7	19	17	Sol
Hot och våld	12	18	26	Sol
Frakturer	17	19	7	HSL

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter, MTP, används inom vård- och omsorg. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikationer och av kunnig personal. Produkter skall utprovas individuellt av arbetsterapeut och övrig personal utbildas och instrueras i hur produkterna ska användas.

Periodiska besiktningar och underhåll av personlyftar utförs regelbundet av ackrediterad tekniker. Lyftselar kontrolleras av arbetsterapeut enligt gällande rutin. Regelbundna utbildningar sker avseende förflyttningsteknik.

Fall

Totalt inrapporterades 852 fall under året, vilket är färre än under 2015.

524 av dessa fall orsakade ingen skada.

Vid 8 tillfällen kontaktades läkare.

Fallen resulterade i 7 frakturer, fr.a. i ben, fot och höft.

189 fall ledde till blåmärken eller småsår.

De flesta fall skedde under kvällar och nätter i samband med gående förflyttning i sovrummet, antagligen på väg till toaletten. Ingen annan är iblandad i de flesta förutom patienten själv.

Vid 272 fall var någon form av gånghjälpmedel inblandat.

Antal fall och frakturer har minskat, vilket är en framgång. Det förebyggande arbetet genom Senior Alert kan vara en orsak till det minskade antalet.

Läkemedelshantering

Det har skett en minskning av antalet läkemedelsavvikelser under året jämfört med 2015. I avvikelserna dokumenterar rapportören orsaken till avvikelserna vilken ofta är bristande kontroll och försumlighet. Det är fr.a. inom hemtjänsten som dessa avvikelser sker.

Avvikelser som berör läkemedelshantering gäller framför allt att patienten inte fått sina läkemedel. Det kan också innebära att läkemedel förväxlat eller att läkemedlen getts på fel tid.

Avvikelseerna kan även beröra felaktigt delad dosett/APO-dos, utebliven dosettindelning eller oklara ordinationer.

16 avvikelser gäller insulin, vilket är några fler än året innan.

32 avvikelser gällde Waran vilket är tre färre än förra året

Av de inrapporterade läkemedelsavvikelseerna ledde tio stycken till läkarkontakt. 96 stycken ledde till mindre obehag eller komplikation för patienten.

Under 2016 återkallades delegering på dosettindelning inom ett hemtjänstområde pga. flera avvikelser på utebliven dosettindelning. För tillfället finns ett hemtjänstområde där dosettindelning är delegerad till omvårdnadspersonal

Specifik omvårdnad

Avvikelser som rör specifik omvårdnad beror främst på ej utförda eller felaktigt utförda ordinationer exempelvis såromläggning och katetervård. De kan också bero på att rehabilitering inte utförts enligt ordination av sjukgymnast eller arbetsterapeut.

Trycksår

Sex trycksår har uppkommit inom den kommunala vården, vilket är en ökning sedan föregående år. Dessa har uppstått på öron och hälar. Fler trycksår har förekommit under året, men dessa har uppkommit hos andra vårdgivare.

Under 2014 införskaffades trycksårsförebyggande madrasser till samtliga särskilda boenden, vilka använts kontinuerligt.

Vårdkedjan

Under 2016 har fyra avvikelser från Hallsbergs kommun rapporterats angående brister i vårdkedjan mellan de olika huvudmännen. Vid ett tillfälle har journal faxats till fel nummer och dokumentet var heller inte avidentifierat. Två av dessa rör att patient skickat hem från sjukhus utan föregående vårdplanering eller information till kommunens sjuksköterska. En rör ambulanssjukvården som inte agerat på ett tillfredsställande sätt.

Mellan olika vårdgivare är det viktigt att det finns ett säkert rapporteringssystem. Idag används Meddix som är ett webbaserat informationsprogram där händelser, vård och behandling av vikt rapporteras mellan vårdgivare.

Lex Maria

En anmälning enligt Lex Maria har gjorts under året. Den handlar om att personal gett narkotiska läkemedel till en patient och inte följt gällande rutin.

Klagomål

Inga klagomål har inkommit från anhöriga/patienter.

Patientnämnden

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

IVO

En förfrågan har inkommit från IVO och denna kommer att besvaras under början på 2017.

Teamträffar

Enhetschef, arbetsterapeut, sjuksköterska och omvårdnadspersonal träffas regelbundet på s.k. teamträff. Detta är ett forum för teamet att gå igenom avvikelser och hitta lösningar till förbättringar. Samtliga yrkeskategoriers kunskap och erfarenheter kan då samlas för att utveckla verksamheten.

Nationella kvalitetsregister 2016

Senior Alert

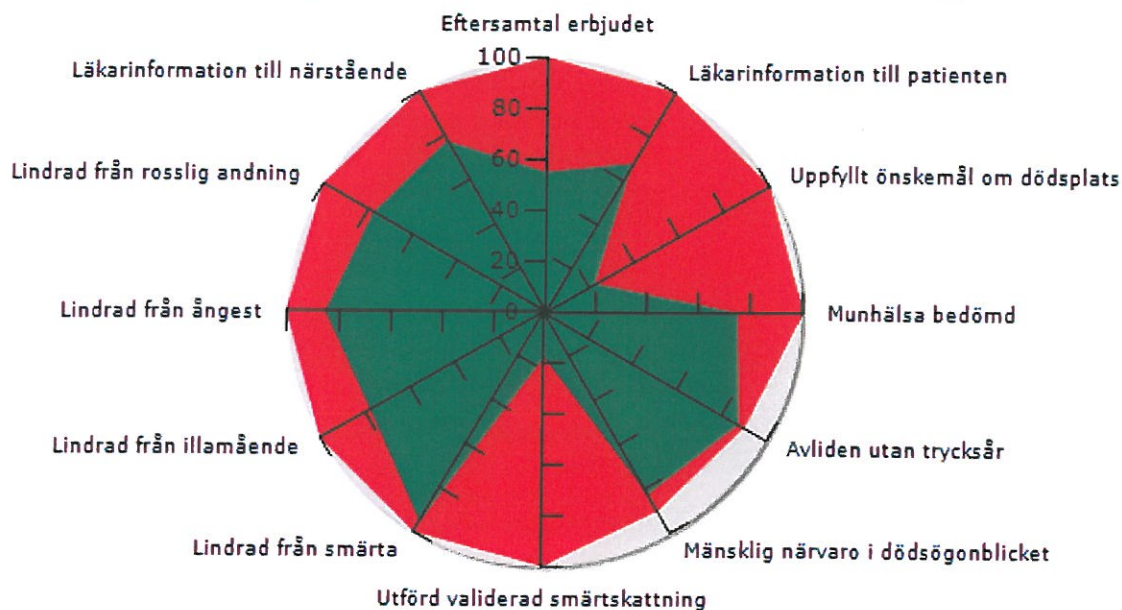
Arbetet har fortsatt med att riskbedöma och planera åtgärder enligt Senior Alert. Antalet registrerade är färre under verksamhetsåret vilket kan bero på bristen på fast anställda sjuksköterskor.

Svenska Palliativregistret

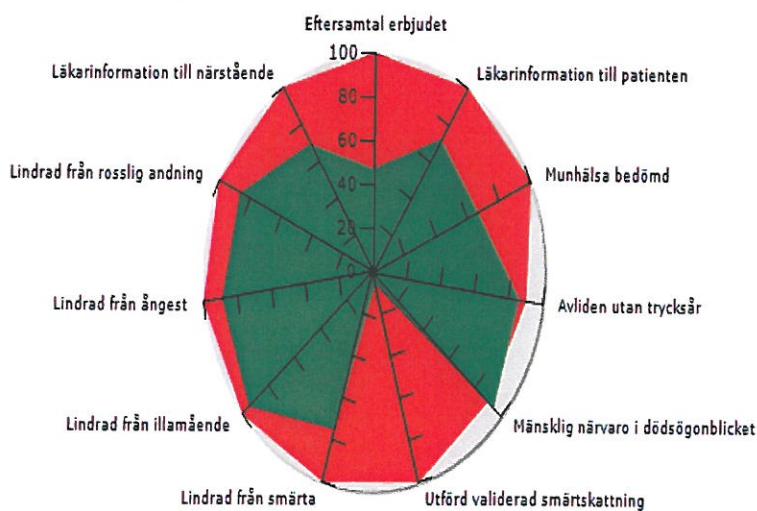
I Palliativregistret sker registrering av olika kvalitetsparametrar vid vård i livets slutskede.

Registrering i palliativa registret sker utifrån journalgranskning av hur ordinationer och åtgärder utförts under det palliativa skedet i vården. De som träffade patienten i livets slut utvärderar det gemensamma arbetet runt patienten vid en teamträff. Uppföljning av dessa kvalitetsparametrar görs regelbundet. Sedan tidigare har Smärtskattningsskalan Abbey Pain Scale implementerats i verksamheten och andra symtom såsom ångest och oro ska också bedömas.

Resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2015:1 - 2015:4 i Hallsberg



Resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2016:1 - 2017:1 för valda enheter



■ Målvärde ■ Resultat

Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret 2017-01-23

Det finns flera utvecklingsområden inom palliativ vård, vilket kommer att arbetas med under 2017.

Utvecklingsområden 2017

- Arbetet med Kvalitet- och ledningssystemet Ensolution ska fortsätta. Detta har påbörjats under 2016 och kommer under 2017 att intensifieras. I samband med detta kommer samtliga rutiner att revideras och plan för framtida revidering ska upprättas.
- Diabetessjuksköterska från Hallsbergs vårdcentral ska ha återkommande utbildningsdagar med sjuksköterskorna i kommunen för att stärka samarbetet och höja kvaliteten på diabetesvården.
- Sjuksköterskorna har egna ansvarsområden och uppdraget ska tydliggöras under 2017. Exempel på områden är palliativ vård, strokevård, diabetesvård, kontinens, delegering med mera.
- Återkommande utbildningsdagar i dokumentationen i verksamhetssystemet planeras för sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Målet är att ge en halvdag/år i fortbildning för dessa yrkeskategorier.
- Fortsatt arbete med självgranskning av journal. MAS ska ha en heldag med varje sjuksköterska för att tillsammans granska dokumentationen och hitta utvecklingsområden.
- Manual för kollegial granskning av sjuksköterskor och arbetsterapeuters journal ska utarbetas.
- Revidering av kunskapstest inom rehabiliteringsområdet är påbörjat och kommer att slutföras under 2017.
- Uppföljning av rådande rutiner gällande narkotikahanteringen.
- Stärka hygienombudens roll genom återkommande träffar och utbildning.
- Arbete med nytt system och förvaring för läkemedelshantering på SÄBO och LSS-boenden ska påbörjas. Detta är ett led i säkra all läkemedelshantering.
- Fördjupad SBAR-utbildning. Personal från Region Örebro län har påbörjat en webb-utbildning i SBAR som kommer att vara klar under 2017.
- Intensifiera arbetet i teamen det vill säga chefer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor, med avvikelser och det fortsatta förebyggande arbetet för att höja kvaliteten på vården.
- Planera för införande av digital signering 2018.

- Planera för och genomföra lyftkörkortsutbildningar. Målet är att alla tillsvidareanställda ska ha lyftkörkortsutbildning inom en treårsperiod.
- "Alla har rätt att gå på toaletten", kontinensbevarande projekt som ska planeras under hösten. Vänder sig till omvårdnadspersonal, områdeschefer, enhetschefer, arbetsterapeuter, biståndshandläggare och sjuksköterskor. Forskare på universitetet, inkontinensföretag och CFH (Centrum för Hjälpmedel) ska bjudas in.
- Sårdag för sjuksköterskorna.
- Färdigställande och implementering av rutin och riktlinje vid skydds- och begränsningsåtgärder. Detta ska följas upp årligen och presenteras för nämnd.
- Fortsatt ppm-mätning inom SÄBO av antibiotikaanvändning, det vill säga HALT.
- En webbutbildning i palliativ vård har köpts in tillsammans med andra kommuner och Region Örebro Län, som alla yrkeskategorier ska genomgå.
- Fokus ska läggas på arbetet med Senior Alert och registrering i Palliativregistret. Särskilt utsedd enhetschef, arbetsterapeut och sjuksköterska ska arbeta med detta under året.
- Under 2017 ska omvårdnadspersonalen att börja dokumentera i Procapita, vilket kräver stora utbildningsinsatser. Omvårdnadspersonalen kommer också att skriva in avvikelser i avvikelsemodulen.