



HALLSBERGS KOMMUN

Social- och arbetsmarknads-
förvaltningen

Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun

ÅR 2017

180301

Marjut Alfalk

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig för rehabiliteringen

Innehåll

Bakgrund.....	2
Övergripande mål.....	2
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter.....	10
Samverkan med patienter och närstående	10
Resultat.....	10
Övergripande mål och strategier för 2018.....	14

Bakgrund

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:695 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.

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Strukturella förhållanden kan inverka på vårdprocesserna och därmed påverka hur säker vården blir. Sådana påverkbara förutsättningar är exempelvis lokaler, personal och kompetens.

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

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

Övergripande mål

Socialnämndens mål 2017

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.

Handlingsplan med mål gällande sammanhållen vård- och omsorg för äldre i södra länsdelen 2016-2018

MÅL: Sammanhållen vård och omsorg

Samtliga kommuner i södra länsdelen använder strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats.

Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd i samtliga fyra kommuner 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: Förebyggande arbetssätt 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 2017.

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.

Att personalen har kunskap och grundläggande utbildning om demensvård/ omvårdnad, enligt DemensSams utbildningsmodell.

Berörda verksamheterna tar del av och använder Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar.

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.

Mål: God läkemedelsbehandling för äldre

För de som är 75 år och äldre ska en minskning ske av användandet av riskläkemedel mot psykos och av antiinflammatoriska läkemedel.

Alla personer inom särskilt boende och hemsjukvård ska årligen genomgå fördjupade läkemedelsgenomgång.

Mål: God psykisk hälsa för den äldre

Öka möjlighet till delaktighet och en meningsfull tillvaro.

Motverka utveckling av depression

Utveckla personalens kompetens och bemötande inom psykisk ohälsa och förbättra bemötande.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Hallsbergs kommun, Social och arbetsmarknadsförvaltningen bedriver hälso- och sjukvård under verksamheterna Äldreomsorg, Hälso- och sjukvård samt Funktionshinder. Verksamheterna har en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som även har medicinskt ansvar för rehabilitering (MAR) inom kommunen.

Vårdgivare

Vårdgivaren tillika socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen 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).

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.

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 innan 1 mars.

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.

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.

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.

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 till uppdrag att behandla personer med handskador utifrån överenskommelse med länet. Patientserierna 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, lyftsystem 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.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Verksamheternas resultat analyseras och diskuteras utifrån mål och budget på socialnämndens och ledningsgruppens sammanträden. De olika kvalitetsredovisningarna t.ex. egna och nationella brukarundersökningar, öppna jämförelser, äldre guiden,

kommunens kvalitet i korthet, resultat från kvalitetsregistren Senior alert, Palliativa registret och BPSD används i planering av mål och budget för verksamheten.

Verksamhetsberättelser görs årligen som uppföljning av de olika enheternas verksamhet.

Egenkontroll ska göras av enhetschef i samverkan med teamet utifrån egenkontrollplan. Resultatet följs upp av områdeschef, MAS och MAR tre gånger per år genom verksamhetsuppföljning.

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 personalen på enheten. Medicinskt ansvariga gör en övergripande uppföljning av avvikelser i patientsäkerhetsberättelsen.

Medicinskt ansvariga skriver årligen en patientsäkerhetsberättelse.

Uppföljning genom egenkontroll

Journalgranskning

För att följa upp dokumentationens kvalitet inom kommunens hälso- och sjukvård görs journalgranskningar. Arbetsterapeuters och sjuksköterskors journaldokumentation granskas årligen för att hitta förbättringsområden och få en kvalitetsutveckling i syfte att säkra att patienten får en god och säker vård.

Loggkontroller

Loggkontroller för upptäckt av felaktig eller obehörig åtkomst till personuppgifter utförs i verksamhetssystemet ProCapita samt NPÖ varje månad genom stickprov.

Medicintekniska produkter

Funktionskontroll av medicinteknisk utrustning ska göras av ansvariga arbetsterapeuter, sjuksköterskor och hjälpmedelstekniker.

Basal hygien och klädregler

Hygienronder ska genomföras varje år på särskilda boenden. Hygienrondsprotokoll ska föras. Hygienombud ansvarar för att utföra stickprovskontroller under året som enhetschef ska återkoppla till personalgruppen. All personal inom vård- och omsorg ska använda arbetskläder.

Läkemedel

Narkotikaklassade läkemedel i akut- och buffertförråd samt narkotika som tillhör enskild patient ska räknas en gång per månad och rapporteras till MAS.

Internkontroll på narkotika klassade och övriga särskilda läkemedel i akut- och buffertförråd sker en gång per kvartal och rapporteras till nämnden.

Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet tillsammans med läkare.

I samband med riskbedömning i kvalitetsregistret Senior Alert görs en utvärdering av patientens läkemedel.

HALT

HALT är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotika-förbrukning inom särskilt boende som sker vid given tidpunkt en gång per år. Syftet med mätningen är att stödja arbetet med att förebygga infektioner förvärvade på särskilt boende samt optimera antibiotikaanvändningen. Hallsberg deltog i denna mätning första gången 2015.

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

Kvalitetsregister

Det systematiska kvalitetsarbetet med kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativa registret har fortsatt under 2017. I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering angående trycksår, fall, undernäring och munhälsa.

Arbetet har fortsatt med att berörda yrkeskategorier regelbundet ska gå igenom avvikelserna och diskutera dessa.

Fortsatt registrering och arbete med BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) registrering samt bedömning.

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. Under 2017 har en denna riktlinje reviderats från att vara riktad mot vård och omsorg till att inkludera SoL och LSS.

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

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

Samverkan vid utskrivning från slutenvård

1 januari 2018 gäller en ny lag för samverkan vid utskrivning från slutenvård. Syftet med den nya 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. Ett läns gemensamt projekt pågår för att samordna det länsövergripande implementeringsarbetet. Under 2017 har en arbetsgrupp tillsatts i Hallsbergs kommun med ledning av områdeschef för HSL för att verkställa den nya lagen.

Hygien

Hallsbergs kommun tillhandahåller fortsatt med arbetskläder trots att arbetsgivaren inte har skyldighet att tillhandahålla arbetskläder. Detta för att upprätthålla god hygienisk standard.

Läkemedel

En läkemedelsnära rutin har upprättats 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.

Utbildning

Demens ABC och Demens ABC plus är en webbaserad utbildning som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer och är utarbetad av Demenscentrum. I Hallsbergs kommun har totalt 295 personer genomfört utbildningen vilket är en ökning med 54 personer från 2016.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

Det finns en samverkan mellan Hallsbergs kommun och Hallsbergs vårdcentral för att följa upp och förebygga vårdskador. Ett samarbete finns också med närpsykiatrin Hallsberg kommun.

Uppföljning av vårdens övergångar sker i samverkan mellan kommunen och Region Örebro län.

På teamträffar, Apt:n och vid vårdplanering sker samverkan på individnivå för att förebygga vårdskador.

I länet används informationsöverföringssystemet Lifecare för vårdplaneringsprocessen.

Samverkansorganisation mellan kommunerna i Örebro län och Region Örebro län

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 psykiatris 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.

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

Riskanalys

Riskanalys, handlingsplan och konsekvensbeskrivning utifrån patientsäkerheten ska göras vid planer på större förändringar eller händelser i verksamheten och i samband med identifiering av processer.

Riskområden

Läkemedelsöverlämning
Narkotiska medel
Dokumentation
Trycksår
Hygien
Fall och fallskador

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

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

Uppföljning av nämndens mål sker via internkontroll.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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. Teamet ska göra en gemensam utredning av dessa avvikelser och vidta lämpliga åtgärder för att undvika att händelsen upprepas. 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.

Omvårdnadspersonalen ansvarar för att snarast skriva in en avvikande händelse i Procapitas avvikelsemodul.

Även i SoL och/eller HSL dokumentationen (beroende på händelsens art) antecknas att avvikelser inträffat, direkt vidtagna åtgärder och att avvikelserapport skrivits. Sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef och MAS tar regelbundet del av och följer upp avvikande händelser. Varje yrkeskategori har skyldighet att dokumentera att man tagit del av avvikelserna samt dokumentera de åtgärder som vidtagits.

Hantering av klagomål och synpunkter

Enligt förvaltningens rutin för synpunktshantering, lämnas alltid underlaget till enhets-/områdeschefen som ansvarar för att synpunkten handläggs och att återkoppling snarast lämnas till den som inkommit med synpunkten. Resultatet redovisas i kvalitetsberättelsen.

Samverkan med patienter och närstående

Patienterna och deras närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att medverka på rond samt samtal med sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Samverkan med patient och anhörig sker också vid inskrivningssamtal, genomförandeplan, kartläggningar samt anhörigträffar.

Resultat

Dokumentation

Några journalgranskningar är gjorda 2017 vilket visar att dokumentationen inte är fullgod. Arbetet med att följa dokumentationens kvalitet genom journalgranskning behöver fortsätta under 2018

Logg

Rutinen har följts under 2017 och man har inte hittat några avvikelser kring detta.

Medicinsktekniska produkter

Under 2017 gjordes en inventering av alla omvårdnadshjälpmiddel och en hjälpmiddelstekniker anställdes inom förvaltning. Uppdaterad version av hjälpmiddelsmodul i ProCapita har tagits i bruk vilket möjliggör en bättre spårbarhet och ökad kontroll av hjälpmedlen.

Hygien

Hygienombud är utbildade under 2017. Hygienrund har gjorts tillsammans med hygiensköterska på ett boende under 2017.

Läkemedel

På grund av brist på ordinarie sjuksköterskor har rutinen narkotikakontroll inte följts fullt ut. Sedan hösten 2017 har det inte heller funnits MAS fullt ut. Narkotikasvinn har förekommit under året. Detta har polisanmälts och en utredning påbörjats i december 2017. På grund av narkotikasvinn har hantering av narkotika skärpts och nya rutiner har införts. MAS har följt upp brist i akut- och buffertförrådet med enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten. De avvikelser som förekommer mest är brist av läkemedel och det är ofta kopplat till brister i dokumentation i narkotikajournal d.v.s. att det är uttaget/tillfört läkemedel som inte är dokumenterat i narkotikajournalen och att läkemedel ibland är uttaget ur förrådet utan att det kontrollräknas. Vissa brister har i efterhand gått att härleda av ansvarig sjuksköterska och vissa inte. Det är viktigt att ansvarig sjuksköterska följer upp internkontrollen på sitt område, utreder alla brister/anmärkningar och orsaker till avvikelserna och därefter återkopplar skriftligt till MAS.

Rutinen för att kontrollansvarig sjuksköterska ska göra internkontroll 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.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet tillsammans med läkare. Under året har 136 läkemedelsgenomgångar registrerats vilket är några färre än året innan.

Avvikelse 2017

Avvikelseberättelser är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. All personal som arbetar i lagrummen HSL, SoL och LSS har skyldighet att rapportera avvikelser. Syfte med rapporteringen är att kunna identifiera risker och brister, analysera dessa och vidta åtgärder. Nedan redovisas inkomna avvikelser, vilket lagrum de sorterades under samt antal avvikelser som registrerats för respektive avvikelseyp.

Avvikelseyp	2015	2016	2017	Lagrum
Fall	1142	852	901	HSL
Läkemedelshantering	613	571	598	HSL
MTP	6	14	10	HSL
Specifik omvårdnad/rehab	31	25	10	HSL
Trycksår	2	6	2	HSL
Dokumentation	8	7	3	Sol/HSL
Vårdkedja	14	4	7	Sol/HSL
Allmän omvårdnad/service/träning	35	40	61	Sol
Larm	19	17	28	Sol
Hot och våld	18	26	45	Sol

Fall

Totalt inrapporterades 901 fall under året vilket är 49 fler fall än 2016.

569 (63%) av dessa fall orsakade ingen skada.

Vid 10 tillfällen kontaktades läkare och vid 22 tillfällen skickades patient till sjukhus.

Fallen resulterade i 13 frakturer vilket är en fördubbling från föregående år.

156 fall ledde till blåmärken eller smårår.

De flesta fall inträffade under kvällar och nätter i samband med gående förflyttning i sovrummet. Ingen annan är inblandad i de flesta fall förutom patienten själv. Vid 314 fall var någon form av hjälpmedel inblandad. De flesta fallen, 438 st, sker på demensboende vilket är 48 % av rapporterade fall.

Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska samt extra tillsyn/övervakning.

Läkemedelshantering

Totalt rapporterades 598 läkemedelsavvikelser 2017 vilket innebär en liten ökning jämfört med 2016. 533 av dessa ledde inte till komplikationer.

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

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

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

27 avvikelser gällde insulin, vilket är 11 fler än föregående år.

24 avvikelser gällde Waran/Fragmin vilket är 8 färre än föregående år.

Av de inrapporterade läkemedelsavvikelserna ledde 7 fall till läkarkontakt vilket är några färre än året innan. 63 av dessa ledde till mindre obehag eller komplikationer för patienten.

Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska.

Trycksår

Två trycksår har uppkommit inom kommunal vård 2017 vilket är en minskning från föregående år. 2016 rapporterades sex trycksår.

Vårdkedjan

Under 2017 har 7 avvikelser från Hallsbergs kommun rapporterats angående brister i vårdkedjan mellan olika huvudmän.

Dessa avvikelser handlar om att patient skickas hem från sjukhus utan föregående vårdplanering eller kontakt med kommunens sjuksköterska. Det handlar också om ambulanssjukvården som gör bedömningen att patient kan åka sjuktransport trots att patienten i efterhand visar sig vara i dåligt skick.

Avvikelserna rör också otydliga ordinationer, uteblivna recept förskrivningar från läkare samt brister i rapportering från sjukhus gällande patientens tillstånd samt ändrad

planering för patient. En av dessa avvikelser är besvarade från Region Örebro Län med vidtagna åtgärder i form av samtal i arbetsgrupp kring utskrivningsplanering för att förbättra samordning.

Lex Maria

Under 2017 har inga anmälningar gjorts enligt Lex Maria.

Klagomål

Redovisas i kvalitetsberättelsen.

Patientnämnden

År 2017 hade vi inga ärenden som gällde Hallsbergs kommun.

IVO

Under 2017 har IVO behandlat ett ärende som kommit in i slutet av 2016. Beslutet visar att ärendet är avslutat och inga ytterligare åtgärder vidtogs.

Teamträffar

Enhetschef, arbetsterapeut, sjuksköterska och omvårdnadspersonal träffas regelbundet på teamträff för att gå igenom bl.a. avvikelser och hitta lösningar till förbättring. Samtliga yrkeskategorier delar med sig av sin kunskap och erfarenhet för att utveckla verksamheten.

Nationella kvalitetsregistret 2017

Det systematiska kvalitetsarbetet med kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativa registret har fortsatt under 2017. I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering angående trycksår, fall, undernäring och munhälsa.

I Hallsbergs kommun är registreringen i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativa registret lågt.

Senior Alert

Täckningsgraden för registrering av riskbedömningar med planerade åtgärder i Senior Alert ska vara 90 %. Målet är att minska fall och trycksår. Hallsberg kommun har nått registreringsgraden 87 %.

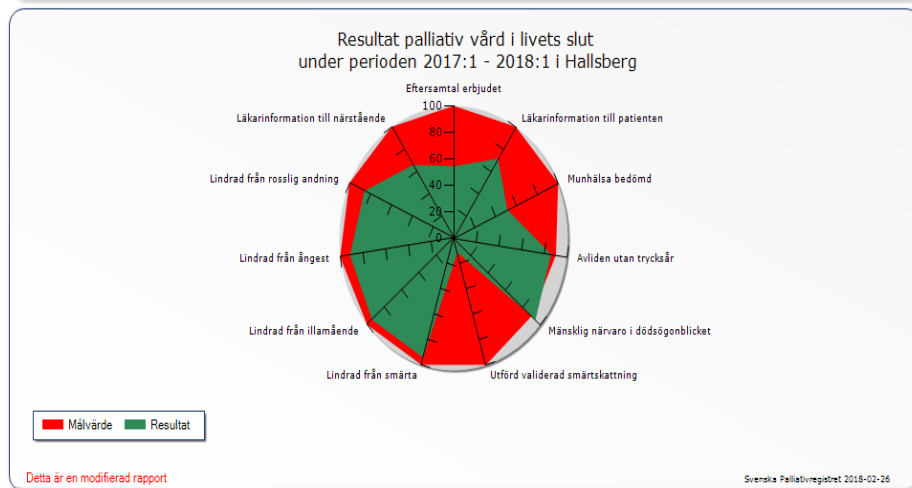
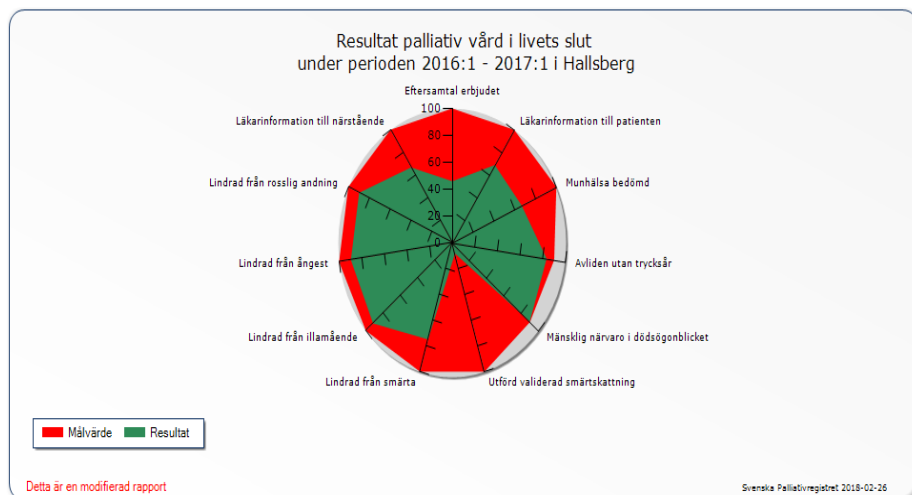
Svenska palliativa registret

Täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativa registret ska vara minst 70 %. Hallsbergs kommun har uppnått täckningsgraden 48 % under 2017.

I palliativa registret sker registrering av olika kvalitetsparametrar vid vård i livets slutskede. Dessa indikatorer skall förbättras med 5 %. Hallsberg har förbättrat samtliga sina indikatorer på de förväntade dödsfallen som är registrerade. Registreringen sker utifrån journalgranskning.

Tydligt blir att man inte använder validerad smärtskattning, men patienterna har ändå fått lindrad smärta. Indikatorerna läkarinformation till närstående, eftersamtal erbjuds, läkarinformation till patient samt munhälsobedömning är indikatorer som behöver förbättras.

Jämförelse av resultat palliativ vård mellan 2016-2017



Övergripande mål och strategier för 2018

- Att utveckla processtänkande i ledningssystemarbetet med hjälp av Ensolution som verktyg och kontinuerligt jobba fram verksamhetens huvud och ledningsprocesser.
- Börja göra riskanalyser när processer kartläggs.
- Alltid göra riskanalyser för både patientsäkerhet och arbetsmiljö vid förändringar i verksamheten.

-
- Schema ändring för sjuksköterskor så att PAS (patientansvarig sjuksköterska) så långt som möjligt finns på plats vardagar dagtid samt göra tjänsten mer attraktiv.
 - Införa digital signering för att få ned läkemedelsavvikelserna och på så sätt höja patientsäkerheten gällande läkemedel.
 - Att teamträffar är väl fungerande på alla enheter inom vård- och omsorg och inom funktionsstöd.
 - I teamen fortsatt utveckling av hur avvikelser och risker analyseras, utreds, åtgärdas och följs upp.
 - Att teamen tar fram och analyserar data från avvikelssystemet och att statistik och resultat används i det fortsatta förbättringsarbetet.
 - Att teamen tar fram och analyserar data från kvalitetsregistren Senior alert, palliativa registret och BPSD och att statistik och resultat används i det fortsatta förbättringsarbetet.
 - Enhetschef behöver i samverkan med team följa upp att alla i omvårdnadspersonalen kan logga in i ProCapita. Att personalen dokumenterar både enligt SoL och HSL, läser dokumentation samt att dokumentationen är av god kvalitet
 - Se över kunskapen om vårdhygien bland enhetschefer och hygienombud. Börja arbeta utifrån ledningssystem med hygienronder och internkontroller angående hygien och arbetskläder.
 - Påbörja användandet av rehabiliteringsmodulen i Senior alert.
 - Börja användandet av modulen för blåsdysfunktion/inkontinens i Senioralert.
 - Införande av riskbedömningsverktyg i avvikelsemodulen i ProCapita.
 - Planering för att all personal ska få möjligheten genomföra webutbildning i palliativ vård som köpts in tillsammans med andra kommuner och Region Örebro Län.