

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Patientsäkerhetsberättelse Hallsbergs kommun

2021



Inledning

Årets patientsäkerhetsberättelse utgår från strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet framtagen av Socialstyrelsen.

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 vara så detaljerad 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.

Grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens hos medarbetare samt att ha patienten som medskapare.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast 1 mars varje år.



1 Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2021 för att öka patientsäkerheten.

- Riskbedömningar i Senior Alert på vård- och omsorgsboende samt ordinärtboende för fall, trycksår, malnutrition och ohälsa i munnen.
- Registrering i BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) för att minska ångest, hallucinationer och ätstörningar vid demenssjukdom.
- Registrering i palliativa registret för att förbättra vården i livets slut.
- Förtydligande av roll och kompetensutveckling för hygienombud (sjuksköterska, arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal) i basal hygien och klädregler.
- Hygienrund samt mätning av följsamhet till basala hygien- och klädriktlinjer inomvård- och omsorg samt LSS.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till läkemedelsföreskriften, riktlinjer samt rutiner är genomförd i alla verksamheter.
- Klagomål och synpunkter från patient och anhöriga kring hälso- och sjukvård har hanterats och utretts enligt rutin. Utredningarna har analyserats och åtgärder har vidtagits.
- Avvikelser har analyserats i alla verksamheter utifrån processen i avvikelshantering för att säkerställa kvaliteten och förebygga vårdskador.
- Lex Maria-utredning har lett till åtgärder på enhetsnivå samt verksamhetsnivå.
- Demensvårdsutvecklare har utbildat personal i BPSD-registret samt skydds- och begränsningsåtgärder.
- Egenkontroller utifrån processer och rutiner för patientsäkerhet har kontinuerligt följts upp med chefer samt legitimerade.
- Samverkan med kommunens primärvård med regelbundna möten i frågor som läkarmedverkan, Covid-19, samt övriga samverkansfrågor.
- I omställningen till Nära vård, utvecklat och förtydligat patientsäkerhetsarbetet i linje med Socialstyrelsens Nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet.
- Utsedda sårvårdssjuksköterska i kommunen som samverkar med primärvårdens sårsköterska.
- Ny delegeringsprocess skriven och implementerad.
- Ny riktlinje för läkemedelshantering är skriven och implementering påbörjad.
- Hemsjukvårdsprocessen skriven och implementerad.

- Kvalitetsgrupp framtagna för att identifiera och skriva rutiner för hälso- och sjukvården.
- Arbete med hälso- och sjukvårdens kvalitets och ledningssystem.

Covid-19

Fortsatt arbete har även detta år lagts på att förhindra smittspridning av Covid-19. Detta genom att vaccinera vårdtagare för covid-19 samt följa läget och upprätthålla riktlinjer och rutiner från smittskydd och vårdhygien. Smitta har konstaterats i kommunens verksamheter. Från pandemins start har totalt 63 boende insjuknat varav 49 är friskförklarade och 14 avlidna.

Majoriteten av boende som bor på vård- och omsorgsboende och brukare som har hemtjänst har vaccinerats med tre doser. Hälso- och sjukvården har haft utökad bemanning för vaccinering. Smittspårning vid konstaterade fall har tagit tid från sjuksköterskornas ordinarie arbete. Samverkan med regionens enhet för vårdhygien och smittskydd har skett kontinuerligt. Riktlinjer har följts och lokal rutin upprättad för arbetet med covid-19.

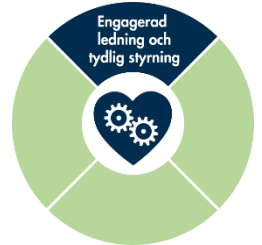
Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖRSÄKER VÅRD	7
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	7
2.1.1	Övergripande mål och strategier	7
2.2	Organisation och ansvar.....	8
2.3	Process - åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	10
2.3.1	Samverkan för att förebygga vårdskador	11
2.3.2	Informationssäkerhet	12
2.4	En god säkerhetskultur	12
2.5	Adekvat kunskap och kompetens	13
2.6	Patienten som medskapare	13
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	28
3.2	Tillförlitliga och säkra system	29
3.3	Säker vård här och nu	29
3.4	Stärka analys och lärande	30
3.5	Öka riskmedvetenheten och beredskapen	32
4	Mål, strategier och utmaningar för 2022	32

2 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet



2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

2.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Social- och arbetsmarknadsnämndens mål

Alla som har insatser av social- och arbetsmarknadsförvaltningen ska känna sig trygga med insatsen. Insatser ska anpassas utifrån den enskildes behov där den enskilde ges möjlighet till delaktighet.

Hälso- och sjukvårdens mål 2021

- 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 vård- och omsorgsboende och alla som vistas på korttidsboende.

Rehabiliteringsmodulen i Senior Alert ska användas i relevanta verksamheter vid slutet av 2021. Fler patienter görs delaktiga i sin rehabiliteringsprocess genom bedömningsinstrumentet COPM (Canadian Occupational Performance Measure).

Fler patienter ska få sin blåsdysfunktion utredd i Senior Alert.

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

- God vård vid demenssjukdom

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

Personal ska ha kunskap om och grundläggande utbildning i demensvård/ omvårdnad enligt DemensSams utbildningsmodell.

- **Sammanhållen vård och omsorg**

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

Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd ska finnas.

All vårdplanering inför utskrivning från slutenvården sker enligt beslutad ViSammodell (samverkansmodell för planering och informationsöverföring).

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

All samordnad individuell planering (SIP) sker enligt beslutad ViSammodell. 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.

- **God vård vid livets slut**

Målet med den palliativa vården är att patienten och närstående är informerade om situationen. Patienten ska vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom och läkemedel ska vara ordinerat vid behov. Omvårdnad ska ske där patienten vill dö och vara personcentrerad. Ingen ska dö ensam och anhöriga ska få stöd.

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

Alla verksamheter använder e-utbildning i Allmän palliativ vård.

Förbättra värdet för indikatorerna:

Dokumenterat brytpunktssamtal, ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott, ordinerad injektion ångestdämpande vid behov, smärtskatta sista levnadsveckan, dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan, utan trycksår (grad 2-4), mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

2.2 Organisation och ansvar

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 inom funktionshinderområdet.

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/verksamhetschef HSL

Förvaltningschefen/verksamhetschef HSL 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/MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska/ medicinskt ansvarig för rehabiliteringen) fastställer för verksamheten.

Medicinskt ansvarig, MAS/MAR

Medicinskt ansvariga 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.

Verksamhetschef

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

Verksamhetschef ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvariga och förvaltningschef/verksamhetschef HSL för hälso- och sjukvården.

Verksamhetschef ansvarar för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts blir implementerade i verksamheten. Verksamhetschef 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 verksamhetschef 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 samt 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 patientsäkerhet och

kvalitetsarbete.

Expertfunktioner

Hygiensjuksköterska från vårdhygien, Region Örebro län deltar i vissa aktiviteter som till exempel hygienrond samt hygienutbildningar. Denna har ansvar gentemot kommunerna och i uppdraget ingår att bistå med vårdhygieniska riktlinjer, 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 finns inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen som ansvarar för kommunens hjälpmedelsförråd. Arbetsuppgifterna består av service, underhåll samt leverans av kommunens egna hjälpmedel som sängar, lyftsystem, större hygienhjälpmedel som legitimerade förskriver. Hjälpmedelstekniker ansvarar också för kontroll av lyftar vartannat år.

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

Demensvårdsutvecklare arbetar för att skapa en trygg och säker demensvård i alla vårdnivåer utifrån de nationella riktlinjerna för demens.

2.3 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 på 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 verksamhetschef, MAS/MAR och förvaltningschef/verksamhetschef HSL genom verksamhetsuppföljning.

Våra verktyg att mäta patientsäkerheten är SKR:s (Sveriges regioner och kommuner) nationella verktyg för stärkt patientsäkerhet, kvalitetsregistren Senior Alert, palliativa registret, BPSD samt avvikelssystemet.

SKR:s verktyg stödjer utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunen genom att ta fram en nulägesanalys och möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbetet i omställningen till Nära Vård. Detta skapar en samsyn kring styrkor och förbättringsområden och blir en grund för framtagande av handlingsplan.

I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärderingar angående trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion för att upptäcka risker i ett tidigt skede, identifiera bakomliggande orsaker och sätta in relevanta åtgärder för att minska risken att en vårdskada ska uppstå. Täckningsgraden för

registrering av riskbedömningar med planerade åtgärder i Senior Alert ska vara 100 %. Alla påvård och omsorgsboende samt inskrivna i hemsjukvården ska enligt process få registrering av riskbedömningar minst en 1–2 ggr/år.

I palliativa registret registreras hur vården av en person i livets slutskede varit. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. Syftet är att förbättra vården i livets slut.

I BPSD görs registrering samt bedömning hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. En analys av eventuellt tänkbara orsaker genomförs, en bemötandepan utformas och individanpassade åtgärder sätts in. Syftet är att minska förekomst och allvarlighetsgrad av ångest, hallucinationer, ätstörningar och andra BPSD-symptom.

Avvikelseberättelser analyseras och förebyggande åtgärder sätts in för att minska risken för upprepning. Enhetschef ansvarar för att ta emot samt riskbedöma avvikelser. Detta görs på både individ- och verksamhetsnivå.

Beslutsstöd bidrar till att den medicinska bedömningen vid akuta tillstånd blir strukturerad och ger patienten optimal vård på rätt vårdnivå.

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.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs i alla verksamheter där läkemedel hanteras. Granskningen genomförs av Apo Ex och syftar till att granska följsamhet till föreskrift, riktlinjer samt rutiner för läkemedelshantering.

Genom teamarbete uppnås en gemensam helhetsbild av patientens behov vilket leder till en god kvalitet och skapar trygghet för patient. På teamträffarna deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef. Teamets samlade kompetens har stor betydelse vid till exempel fallriskutredning och vid fallhändelseutredning och avvikelshantering.

Punktprevalensmätningar i basala hygien- och klädriktlinjer samt HALT-mätning. Syftet med mätningarna är att mäta följsamhet till basala hygienriktlinjer samt identifiera förbättringsområden och utveckla patientsäkerheten inom vård- och omsorgsboenden genom optimering av antibiotikaanvändning och reducera förekomsten av vårdrelaterade infektioner.

Projektplan för demensvården finns sedan tidigare för att tydliggöra hur vård- och omsorg ska arbeta för att utveckla demensvården i Hallsbergs kommun utifrån de nationella demensriktlinjerna. Demensvårdsutvecklare har drivit detta arbete tillsammans med en arbetsgrupp utifrån utvecklingsområdena uppföljning, multiprofessionella team, stödinsatser och utbildning.

2.3.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3.

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

I varje länsdel finns en grupp med representanter från Region Örebro läns länsdelsverksamheter, inklusive psykiatrins öppenvård och representanter från kommunerna. Länsdelsgruppernas uppgift är att stödja det lokala utvecklingsarbetet.

I Örebro län har kommunerna och regionen en överenskommelse om ett regionalt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Medicinskt ansvariga i länet har regelbundna träffar som samordnas av Region Örebro län (enheten vård, välfärd och folkhälsa). Dessa träffar är 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 bostadsort. 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 Hallsbergs vårdcentral, Pålsboda vårdcentral, öppenvårdspsykiatri samt apotek.

2.3.2 Informationssäkerhet

HSLFS-FS 2016:40 7 kap.

Loggkontroller för att upptäcka felaktig eller obehörig åtkomst till personuppgifter utförs i verksamhetssystemet Procapita samt NPÖ (Nationell patientöversikt) varje månad genom stickprov.

Inga avvikelser har inträffat 2021.

Rutiner kring sekretess samt behörigheter finns i kommunen sedan tidigare.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har inte gjorts enligt rutin under 2021.

2.4 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är en god säkerhetskultur.

Det innebär ett arbetsklimat som är öppet och där personalen känner sig trygga att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Grundläggande för verksamheterna är öppen kommunikation i det dagliga arbetet för att identifiera risker och inte leta efter syndabockar. Verksamheter har under bestämd period fokuserat på att identifiera risker i arbetsmiljö. Detta för att träna och skapa ett risktänk hos personal. Säkerhetskulturen har inte följts upp sedan införandet samt utbildning av avvikelseprocessen.



2.5 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Hälso- och sjukvårdsenheten har haft ett tufft år, då ett flertal sjuksköterskor avslutat sina anställningar. En tydlig organisation har tagits fram i samverkan med fackliga och medarbetare. Rekrytering av sjuksköterskor samt undersköterskor med utökad delegering har skett under året. Även rekrytering av arbetsterapeuter har skett för att stärka det rehabiliterande arbetet. Validering till undersköterska samt specialistundersköterska inom området demens, palliativ vård samt psykiatri genom äldreomsorgslyftet har skett under året.

Vi ser att det saknas en strukturerad introduktion vid nyanställning för legitimerade.

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

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

Distriktssköterskor får årligen utbildning gällande förskrivningsrätt.

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

Förflyttningutbildning har skett under året.



2.6 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienterna och deras närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att vara med på rond samt samtal med läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Anhörigträffar hålls två gånger per år inom hemtjänst samt vård- och omsorgsboende. Samverkan med patient och anhörig sker också vid inskrivningssamtal, genomförandeplan samt



kartläggningar. Patient och anhöriga blir informerade om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål på vården samt ge sin beskrivning och upplevelse av händelser.

3 Agera för säker vård

Egenkontroller

SOSFS 2011:9 5 kap. 2§, 7§, 8§ 7. 2§, PSL 2010:659, 3 kap. 10§

Egenkontroller kopplade till mål som genomförs för att öka patientsäkerhet

Egenkontroll ska göras av enhetschef i samverkan med teamet utifrån egenkontrollplan.

Egenkontroll genomförs också av legitimerade samt hjälpmedelstekniker.

Resultatet följs upp av områdeschef, MAS/ MAR och verksamhetschef tre gånger per år genom verksamhetsuppföljning i form av analys av patientsäkerhetsarbetet. Resultatet och analys redovisas under rubrik "Resultat och analys".

Egenkontroller 2021

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mål: Förebyggande arbetssätt och rehabilitering		
Antal fall	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Antalet frakturer	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Antal trycksår	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Antal personer med undernäring	3 gånger/år	Kvalitetsregister Senior Alert
Antal riskbedömningar munhälsa	3 gånger/år	Kvalitetsregister Senior Alert
Antal utredningar av blåsdysfunktion	3 gånger/år	Kvalitetsregister Senior Alert
Antal urinvägsinfektioner	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Hygienrond	1 gång/år	Förbättringstavla
Stickprov hygien av hygienombud	4 gånger/år	Förbättringstavla
Antal vårdrelaterade infektioner	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Nattfasta vård- och omsorgsboende	4 gånger/år	Förbättringstavla
Utbildning Basal hygien	1 gång/år	Skallutbildningar
Mål: God vård vid demenssjukdom		
Utbildning Demens ABC	1 gång/år	Skallutbildningar

Mål: God vård vid livets slut

Förbättra god vård vid livets slut	3 gång/år	Palliativa registret
------------------------------------	-----------	----------------------

Mål: Sammanhållen vård och omsorg

Beslutsstöd ska användas till 100 %	3 gånger/år	Förbättringstavla
-------------------------------------	-------------	-------------------

Öka användandet av SBAR	4 gånger/år.	Förbättringstavla
-------------------------	--------------	-------------------

Utbildning SBAR	1 gång/år	Skallutbildningar
-----------------	-----------	-------------------

Övriga egenkontroller:

Avvikelser/synpunkter/klagomål	3 gånger/år	Avvikelsesystemet, Patientnämnd, IVO
--------------------------------	-------------	---

Kontroll av narkotika i akut- och buffertförråd/patient	1 gång/månad	Förbättringstavla
---	--------------	-------------------

Läkemedelsgenomgångar	1 gång/år	Förbättringstavla
-----------------------	-----------	-------------------

Kontroll av medicintekniska produkter	1 gång/år	Förbättringstavla
---------------------------------------	-----------	-------------------

Besiktning av lyftselar	2 gånger/år	Förbättringstavla
-------------------------	-------------	-------------------

Besiktning av lyftar	1 gång/år	Förbättringstavla
----------------------	-----------	-------------------

Skydds och begränsningsåtgärder	4 gånger/år	Förbättringstavla
---------------------------------	-------------	-------------------

Delegeringar	1 gång/år	Förbättringstavla
--------------	-----------	-------------------

Journalgranskning	1 gång/år	Förbättringstavla
-------------------	-----------	-------------------

Resultat och analys

Mål: förebyggande arbetssätt och rehabilitering

Egenkontroll: Fall och frakturer

Identifiering

Totalt inrapporterades 1044 fall under året vilket är 92 fler fall än 2020. En brukare som ramlar mycket kan stå för många av fallen.

606 fall orsakade ingen skada (58 %).

Vid 33 tillfällen kontaktades läkare och vid 51 tillfällen skickades patient till sjukhus.

Fallen resulterade i 29 (2,7 %) frakturer vilket är 19 fler än föregående år. 12 frakturer skedde i ordinärt boende, 11 frakturer inom särskilt boende demens, 3 frakturer inom särskilt boende ej demens och 2 frakturer inom gruppboende LSS.

186 fall ledde till blåmärken eller småsar.

Fallen sker under hela dygnet, men fler fall sker mellan 04 - 07, eller efter vila på eftermiddagen och dom flesta fall i samband med gående förflyttning i sovrummet. Oftast är ingen annan inblandad förutom patienten själv. Vid 412 fall fanns ingen form av hjälpmedel inblandad. Vid 324 fall var gånghjälpmedel inblandat. Vid två tillfällen inträffade fallet med grensele/bord/ eller bälte, vid 12 tillfällen inträffade fall i samband med lyft som hjälpmedel. De flesta fallen sker i ordinärt boende samt demensboende och i dessa verksamheter sker också de flesta frakturerna. Åtgärd som oftast vidtas vid det akuta skedet är kontakt med sjuksköterska.

Analys

Våra patienter ramlar på grund av olika bakomliggande orsaker och utredning sker i varje individuellt fall. Det kan vara många patienter som larmar samtidigt vilket gör att personal behöver prioritera och risken då ökar för att patient går upp själv och faller. Idag bygger verksamheterna upp mycket kring larmet. Frågan vad som egentligen är syftet med larmet har uppkommit. Fall sker också hos patienter som är mycket rörliga, stappliga, synrubbningar, med vandringsbeteende eller att patient har en tro att klara mer än den klarar. För vissa patienter finns även en alkoholproblematik som leder till fall. Under 2021 har enhetschefer tagit ansvar för att registrera frakturer som uppstått av fall. Därav ökningen av registrerade frakturer.

Åtgärd

I förebyggande syfte arbetar verksamheterna med riskbedömningar och åtgärdsplaner av fall i Senior Alert. Det viktiga blir att multiprofessionella teamet tillsammans med den enskilde utreder och åtgärdar behovet. Risker tas upp på teamträffar enligt rutin.

Inom LSS utförs inte riskbedömningar i Senior Alert utan här upptäcks riskerna genom andra kartläggningar. Åtgärder vidtas individuellt med hjälp av arbetsterapeut.

Uppföljning av åtgärd

Uppföljning i Senior Alert visar att riskbedömningar görs på vård- och omsorgsboende och i ordinärt boende, men i ordinärt boende genomförs detta i mindre omfattning. Uppföljning visar också att det är i denna verksamhet som många frakturer sker. Rollerna behöver förtydligas runt teamträffarna och vikten av riskbedömningen i Senior Alert. Det saknas en viss kompetens hos legitimerade av vikten med teamträffar samt evidensen kring riskbedömningar.

Egenkontroll: Trycksår
Identifiering

4 trycksår har rapporterats inom kommunal vård 2021 vilket är en minskning från föregående år. Minskningen förmodas bero på brister i rapportering av trycksår i avvikelssystemet. En intern granskning gällande trycksår genomförd under hösten visar att det finns 8 trycksår. Trycksår är rapporterade från korttidsvården, vård- och omsorgsboende, hemvård samt gruppboende LSS.

Analys

Trycksår skrivs inte alltid som en avvikelse. De flesta sår uppstår på USÖ. Arbetet med det förebyggande arbetet fungerar bra genom att risker för trycksår tas upp snabbt vid teamträffar. Det finns ett behov av kompetenshöjning och samsyn av sårvården i samverkan med regionen.

Åtgärd

Som ett led i detta förbättringsarbete har två sårvårdssjuksköterskor utsetts i kommunen för att utbildas i samverkan med Regionens sårvårdssjuksköterskor. Dessa sjuksköterskor ska finnas som stöd för övriga sjuksköterskor i kommunen. Riskbedömningar görs i Senior Alert i alla verksamheter förutom korttidsvården och gruppboende LSS. Förebyggande åtgärder tas fram. Samtliga av dessa patienter har pågående ordinationer för trycksår i form av bland annat tryckavlastande åtgärder.

Egenkontroll: Undernäring
Identifiering

Nattfastan har blivit bättre, flertalet av våra boende ligger mellan 8-12 timmar. Dock har för många över 12 timmars nattfasta. Registrering av undernäring görs i Senior Alert.

Analys

Analysen är att personal inte har hittat metoderna samt att det råder en viss kunskapsbrist.

Senior Alert signalerar att det finns en risk för undernäring pga. diagnos vilket inte betyder att det är så i verkligheten. Varje individ behöver riskbedömas utifrån sin egen situation vilket betyder att personer som har undernäring minskar. Ca 1–2 % har undernäring.

Åtgärd

Rutin finns sedan tidigare för registrering av nattfasta på vård- och omsorgsboenden. Nattfastan ska inte överskrida 11 timmar. Ett arbete pågår inom området för att bryta nattfastan. Åtgärderna behöver utgå från livshistoria och personcentrerad vård, matsituationen och munstatus. Till detta krävs mycket

kunskap och handledning.

Uppföljning av åtgärd

Framöver behöver ett arbete göras gällande hela nutritionsprocessen samt öka kompetensen kring den basala nutritionsvården. Vi ser behovet av en specialistutbildad sjuksköterska.

Egenkontroll: munhälsobedömning

Identifiering

Munhälsobedömningar utförs.

Analys:

Tandhygienist har varit och föreläst för personal och verksamheterna pratar mycket mer om vikten av god munhälsa. Inom hemtjänsten är det få personer som vill ha en munhälsobedömning.

Egenkontroll: Utredningar av blåsdysfunktion

Identifiering

Registrering av blåsdysfunktion/inkontinens har inte utförts under året.

Analys

Tidsbrist hos sjuksköterskor samt att modulen i Senior Alert inte används då den inte implementerats.

Åtgärd

Flera sjuksköterskor har fått kompetenshöjning för utredning av blåsdysfunktion i samband med förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Journalgranskning behöver genomföras för att följa upp utredningar.

Uppföljning åtgärd

Uppföljning av registreringar i kvalitetsregistret Senior Alert visar att fler unika personer behöver riskbedömas.

	Unika personer totalt registrerade i Senior Alert (i parentes totalt inskrivna individer i kommunen)	Riskbedömningar med risk Mål 75–100 %	Bakomliggande orsaker vid risk Mål 75–100 %	Åtgärdsplan vid risk Mål 75–100 %	Utförda åtgärder vid risk 75–100 %
2019	178 (395) 45%	87 %	23 %	79 %	73 %
2020	162(404) 40%	89 %	28 %	83 %	68 %
2021	141 (405) 35%	90 %	40 %	92 %	73 %
	Vård- och omsorgsboende	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
2019	88 (123) 71 %	100 %	23 %	79 %	73 %
2020	95 (115) 83 %	98 %	28 %	83 %	68 %
2021	90 (116) 77 %	95 %	55 %	95 %	69 %
	Hemsjukvården	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
2019	90 (272) 33 %	74 %	0 %	77 %	80 %
2020	67 (289) 23 %	76 %	4 %	88 %	78 %
2021	51 (289) 17 %	80 %	5 %	86 %	83 %

Resultat av utfall registreringar i Senior Alert 2019–2021.

Grön: 75–100 % Gul: 25-74 % Röd: 0-24 %

Egenkontroll: Hygienrund/ stickprovskontroller/vårdrelaterade infektioner/utbildning hygien

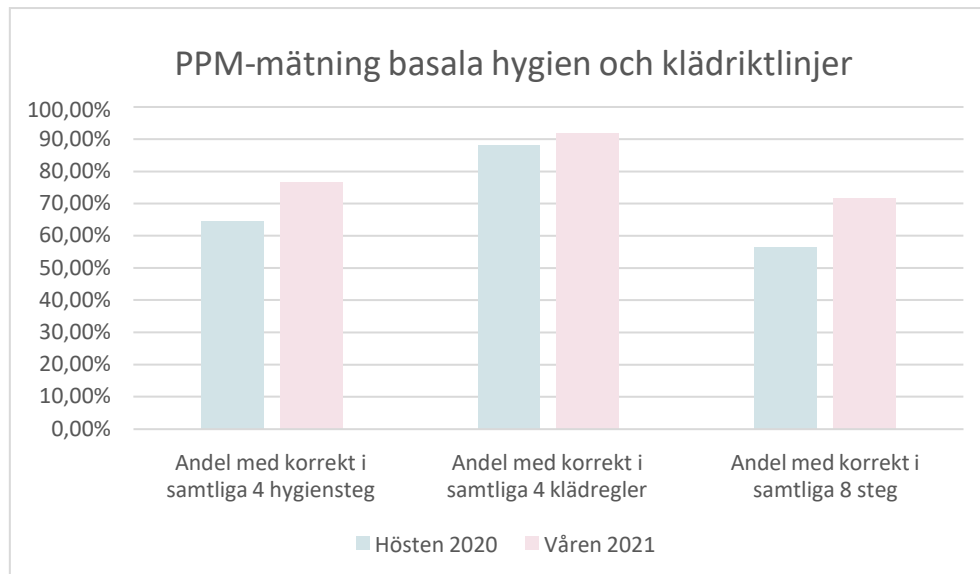
Identifiering

Enligt uppföljning har inte hygienrund utförts under året på vård- och omsorgsboenden eller i hemtjänsten enligt rutin. Inom LSS har hygienrund utförts, dock finns ingen analys av resultatet. Stickprovskontroller av dom basala hygienrutinerna har utförts flera ggr/år av covidambassadörer i alla verksamheter.

Urinvägsinfektioner eller andra vårdrelaterade infektioner rapporteras inte i avvikelsemодulen.

All personal genomför Socialstyrelsens webbutbildning för basal hygien.

Alla verksamheter har deltagit i den årliga PPM-mätningen av basala hygien- och klädriktlinjer.



Resultat PPM mätning basala- hygien- och klädriktlinjer 2020–2021

4 hygiensteg = 1.Desinfektion av händerna före patientkontakt 2.Desinfektion av händerna efter patientkontakt 3.Korrekt användning av handskar 4.Korrekt användning av förkläde.

4 klädregler = 1. Arbetsdräkt 2.Ringar, klockor, armband mm 3. Hår 4. Naglar

Analys

Hygien är en ständigt närvarande fråga i hälso- och sjukvårdens verksamheter och har fått mycket uppmärksamhet sedan pandemins start. Analysen visar att verksamheterna jobbar med hygienfrågan dagligen och att vi de senaste åren jobbat upp en strukturerad uppföljning av det vårdhygieniska arbetet. Det är viktigt att hygienombud och chefer samarbetar för en god hygienisk standard vilket också förtydligas genom utbildning för hygienombud.

Kommunens verksamheter deltar årliga i den nationella punktprevalensmätningen för basala hygien- och klädriktlinjer. PPM-mätning visar förbättrade resultat mot föregående år. Vid analys brister personalen framför allt i att tvätta och sprita händer före omvårdnad.

Vi har flertal personer med UVI (urinvägsinfektioner), men våra medarbetare tänker inte på att vårdrelaterade infektioner som UVI är avvikelser.

Åtgärd

Hallsbergs kommun tillhandahåller arbetskläder för att upprätthålla god hygienisk standard. Hygienombud finns på alla områden och boenden för att höja kunskapsnivån för vårdhygieniska frågor. Lokal rutin för det vårdhygieniska

arbetet i Hallsbergs kommun finns gällande hygienrond samt stickprov av dom basala hygien- och klädriktlinjerna och är känd för samtliga chefer.

Under 2022 ska vård- och omsorgboenden medverka PPM-mätning HALT för att mäta vårdrelaterade infektioner.

Uppföljning av åtgärd

Hygienombud har utbildats 2021 av Region Örebro läns smittskydd.

Mål: God demensvård

Egenkontroll: Utbildning demens

Identifiering

En kompetenstrappa för personal som arbetar i demensvården är framtagen av demensvårdsutvecklare sedan tidigare.

Analys

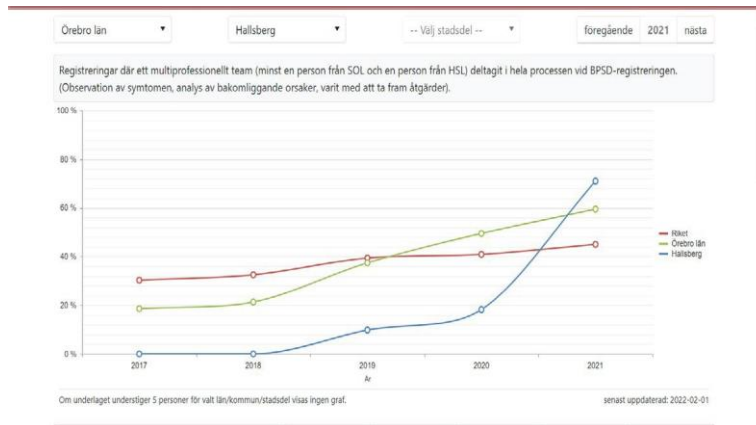
Utbildningarna ger grundläggande kunskap om demenssjukdomar, symptom och förhållningssätt. Vidare lär sig personal att på ett strukturerat sätt att minska symptom och dess konsekvenser, tolkning av skattningsskalor, strategier i vardagen vid skydds- och begränsningsåtgärder samt personcentrerad omvårdnad. I kompetenstrappan ingår också att utbilda undersköterskor till BPSD-administratörer. Registreringar i BPSD-registret görs nu i större omfattning.

Åtgärd

Demensutbildning har hållits på vissa vård- och omsorgsboenden samt hemtjänst områden under 2021. 6 undersköterskor samt 3 arbetsledare är utbildade i BPSD registret. Flera boenden samt hemtjänstområden har blivit utbildade i skydds- och begränsningsåtgärder. Demensvårdsutvecklaren har under året handlett och stöttat i att arbeta strukturerat i det multiprofessionella teamet som finns runt personen med demenssjukdom. Syftet är att minska lidande hos personen med demenssjukdom samt att ge omvårdnadspersonal bättre förutsättningar att bemöta personer med demenssjukdom.

Uppföljning åtgärd

Registreringar där ett multiprofessionellt team deltagit i hela processen har ökat. Deltagande med sjuksköterskai teamet har ökat från 9 % (2019), 18 % (2020) till 67,4 % (2021) Deltagande med arbetsterapeut i teamet har ökat från 4 % (2019), 13 % (2020) till 46 % (2021). Andel patienter som verkar smärtfria är 65,9 % vilket är en högre skattning är föregående år (58,6 %)



Figur 1 Resultat deltagande av multiprofessionella team vid BPSD-registrering.

Mål: God vård vid livets slut

Egenkontroll: Förbättra god vård vid livets slut

Identifiering

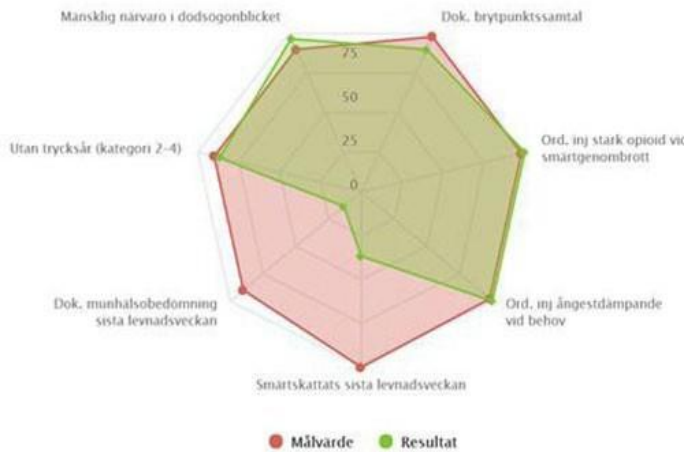
37 registreringar har gjorts i palliativa registret under 2021. Önskemålet är att alla dödsfall registreras.

Redovisning av kvalitetsindikatorer för hemsjukvård i Hallsbergs kommun:

Kvalitetsindikatorer palliativa registret	2019	2020	2021	Målvärde Socialstyrelsen
Dokumenterat brytpunktssamtal	76,5%	89,9%	70,3%	98%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	100%	100%	100%	98%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	97,1%	100%	100%	98%
Smärtskatta sista levnadsveckan	20,6%	36,7%	64,9%	100%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	47,1%	13,3%	37,8%	90%
Utan trycksår (grad 2-4)	91,2%	86,7%	91,9%	90%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	94,1%	96,7%	91,9%	90%

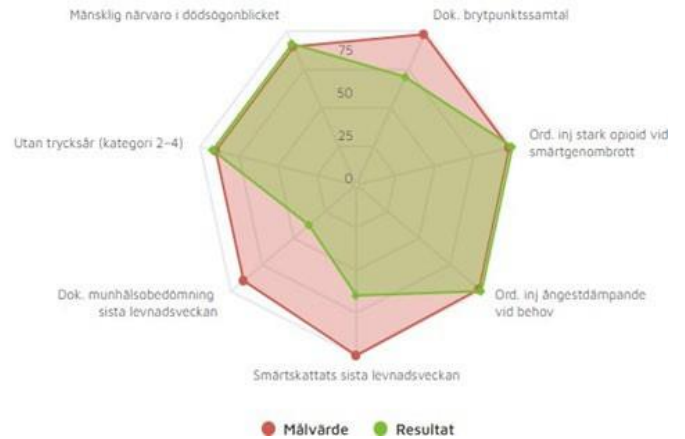
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12



Analys

Fler registreringar i Palliativa registret behöver göras för att kunna följa indikatorerna. Patienter i livets slutskede saknar ibland förmågan att delta vid ett brytpunktssamtal, men närstående får alltid möjligheten att delta. Varför indikatorn sjunkit finns i dagsläget ingen analys.

Handbok för palliativ vård med bilagor och verktyg togs fram under 2020 som ett stöd för att säkerställa en god palliativ vård. Resultaten dokumenterad munhälsobedömning samt smärtskattning sista levnadsveckan har förbättrats sedan dess.

Kompetensutveckling i palliativ vård har inte följts upp under året.

Åtgärd

Kompetensutveckling finns som en webbutbildning för personal. Specialistundersköterska i palliativ vård finns att tillgå i kommunen.

Mål: Sammanhållen vård och omsorg

Egenkontroll: Beslutsstöd ska användas till 100 %/öka användandet av SBAR/ utbildning SBAR.

Identifiering

Beslutsstöd används för bedömning och ställningstagande till vårdnivå men inte till 100 %. I de fall beslutsstöd används har patient skickats till sjukhus. Enligt sjuksköterskorna är det inte så ofta beslutsstöd behöver användas.

SBAR tas upp på arbetsplatsträffar, teamträffar och SBAR-kort delas ut/har delats ut till personal. Vikarier och nyanställda får information kring SBAR. Vissa av sjuksköterskorna är bra på att hänvisa tillbaka till SBAR om de får otillräckliga rapporter.

På helger/kvällar/nätter kan det brista i användandet av SBAR då bemanningssjuksköterska inte alltid har koll på att SBAR ska användas.

Analys

Hallsbergs kommun har två instruktörer/sjuksköterskor i beslutsstöd och SBAR. Instruktörerna ska utbilda kommunens sjuksköterskor en gång/år. Detta har inte blivit utfört på grund av hög arbetsbelastning 2021.

Till målet för sammanhållen vård och omsorg hör också att NPÖ, nationell patientöversikt. Detta används av sjuksköterskor i kommunen för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar.

ViSammodell ska användas vid utskrivning från sjukhus och vid SIP (samordnad individuell planering).

Enligt uppföljning av samverkansledare för region och kommun för södra länsdelen utförs inte samordnade individuella planeringar (SIP) för patient vid utskrivning enligt rutin. Detta medför otydliga mål och planering för patient vilket riskerar återinläggning på sjukhus.

Åtgärd

SIP-utbildning är planerat för verksamheterna 2022. Metodhandledare i kommunen finns som stöd till verksamheterna. Ett omtag kommer att göras med att utbilda sjuksköterska i klinisk bedömning och beslutsstöd.

Resultat och analys av övriga egenkontroller

Egenkontroll: Läkemedel

Identifiering

Totalt rapporterades 609 läkemedelsavvikelser 2021 vilket innebär en ökning jämfört med 2020.

Det är framför allt inom hemtjänsten (46 %) som dessa avvikelser sker. 91 (15 %) läkemedelsavvikelser sker på demensboende. 103 (17 %) avvikelser sker på gruppboende LSS.

71 % av avvikelser som berör läkemedelshantering visar att patienten inte fått sina läkemedel enligt ordination.

Det kan också handla om att läkemedel förväxlats eller getts på fel tid. Vidare kan avvikelserna beröra felaktigt delad dosett/APO-dos eller felaktig/oklar ordination.

23 avvikelser gällde insulin, vilket är 7 fler än föregående år.

15 avvikelser gällde Waran/Fragmin vilket är 6 färre än föregående år.

Av de inrapporterade läkemedelsavvikelsena ledde 10 till läkarkontakt vilket är fler än året innan. Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till föreskriften, riktlinjer samt rutiner utförs varje år. Resultatet av granskningen visar att det finns brister vid leverans och förvaring av läkemedel, städning samt temperaturkontroller i läkemedelsförråd.

Vidare finns brister i kontroll av hållbarhet och kassering av läkemedel. Alla verksamheter saknade signaturförtydligande av delegerad personal som överlämnar läkemedel.

Analys

I avvikelserna dokumenterar rapportören orsaken till avvikelserna, vilket ofta handlar om bristande kontroll och försumlighet. Varför det ser ut på detta sätt har verksamheterna ingen analys på idag.

Hantering av läkemedel är ett av de mest författningsreglerade områdena inom hälso- och sjukvården. Läkemedelsprocessen är komplex vilket ökar risken för avvikelser som tex. läkemedel på fel tid eller fel läkemedel.

Åtgärd

Riktlinjer för läkemedelshantering som är gemensam för länets kommuner är framtagen och introducerad för sjuksköterskor.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) håller på att ta fram en process för att kvalitetssäkra hanteringen av läkemedel.

Under hösten har en ny delegeringsprocess implementerats som kommer att leda till en större säkerhet för både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

Uppföljning åtgärd

Samtliga verksamheter som granskades har tidsplan med förbättringsförslag.

Under 2022 kommer följsamheten till delegeringsprocessen att följas upp.

Egenkontroll: Narkotikakontroll

Identifiering

16 avvikelser har registrerats under året gällande narkotikakontroll hos patient samt i akut- och buffertförråd.

Analys

Efterforskning görs alltid och vid de flesta fall finns en naturlig förklaring till att narkotika fattas.

Under året har narkotikasvinn i akut- och buffertförråd samt hos patient rapporterats där ingen naturlig förklaring kan påvisas. Utredningar är utförda och åtgärder vidtagna såsom polisanmälan, ändrade och förtydligande av rutiner, loggbart läkemedelsskåp hos patient samt mer återhållsam utlämning av narkotiska preparat av sjuksköterska som förvaras hos patient. Anställda som identifierats och varit starkt misstänkta för svinnet har avslutat sina tjänster. Narkotikakontrollerna sker inte en ggr/månaden enligt rutin vilket beror på att när det under en lägre tid inte upptäckts svinn blir sjuksköterskor trygga i att inget försvinner. Att hantera narkotika för en person som av någon anledning har benägenhet att stjäla finns tyvärr alltid en möjlighet till. Det viktiga blir att följa rutinerna för att så snart som möjligt upptäcka svinnet och finna orsaken.

Åtgärd

Arbetet gällande kontroller av narkotika hos patient av ansvarig sjuksköterska har intensifierats genom tätare kontroller i akut- och buffertförråd som används mer frekvent.

Egenkontroll: Läkemedelsgenomgångar

Identifiering

Det framgår av uppföljning att läkemedelsgenomgångar utförs, men inte i den omfattning som beskrivs enligt rutin. Åtgärder är vidtagna under året genom bättre struktur och tydliga planer för årskontroller av patient. Det finns brister i strukturerad dokumentation i kommunens journalföring gällande läkemedelsgenomgångar.

Analys

Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp. Det finns två olika läkemedelsgenomgångsmodeller, enkel läkemedelsgenomgång och fördjupad läkemedelsgenomgång.

Målet är att alla personer med påbörjad eller pågående hemsjukvård ska erbjudas läkemedelsgenomgång årligen.

Läkemedelsgenomgångar initieras av sjuksköterska och utförs tillsammans med läkare.

Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar är beroende av kontinuitet avseende både läkare i primärvård och sjuksköterskor i kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Åtgärd

Årshjul har upprättats i respektive verksamhet för att mer strukturerat arbeta med läkemedelsgenomgångar. Under året behöver dokumentationen ses över gällande läkemedelsgenomgångar för att lättare följa upp aktiviteten.

Egenkontroll: Kontroll av medicintekniska produkter

Identifiering

Antal avvikelser har minskat gällande medicintekniska produkter från föregående år. Det rör sig om individuellt förskrivna hjälpmedel, omvårdnadshjälpmedel och behandlingshjälpmedel. Avvikelserna har inte lett till någon allvarlig vårdskada. Avvikelserna sker mest i ordinärt boende.

På alla boenden är lyftar kontrollerade årligen enligt rutin av hjälpmedelstekniker. Lyftar i ordinärt boende kontrolleras inte årligen enligt rutin utan vid återlämning.

På alla områden och boenden är alla lyftselar kontrollerade av arbetsterapeut under 2021.

Analys

Orsaken till avvikelserna är framför allt brister i uppmärksamhet och bristande rutiner.

Åtgärd

Förteckning av behandlingshjälpmedel såsom blodtrycksmätare, droppställning, stetoskop, termometer samt ansvariga för egenkontroll har tagits fram under 2021.

Arbetet med medicintekniska produkter kommer att fortsätta under 2022 med egenkontroller samt implementering av rutiner och riktlinjer inom området.

Egenkontroll: Skydds- och begränsningsåtgärder

Identifiering

Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder för Örebro läns kommuner har följts upp kontinuerligt i verksamheterna. Syftet med riktlinjen är att förtydliga och ge vägledning vid användandet av skydds- och begränsningsåtgärder.

En begränsande åtgärd är att anse som en skyddsåtgärd och därmed tillåten endast under förutsättning att den enskilde samtycker till åtgärden och att syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde. 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. Riktlinjen tas upp på teamträffar samt arbetsplatsträffar.

Analys

Förändring har skett inom området då demensvårdsutvecklare nu också utbildar verksamheter i skydds- och begränsningsåtgärder.

3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 §, PSL 2010:659 3kap. 3§, HSLF-FS 2017:40 3 kap.1§

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienter när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioriterade insatser.

Enhetschef tar regelbundet del av, riskbedömer, utreder och följer upp avvikande händelser som rapporterats av personal i avvikelsemodul. Detta görs såväl på individ- som verksamhetsnivå. Riskområden som identifieras är framför allt läkemedelshantering samt fall. Enhetschef för verksamheten identifierar och analyserar tillsammans med personal bakomliggande orsaker till händelser för att minska risken eller eliminera sannolikheten att den negativa händelsen inträffar igen. Detta sker på särskilda avvikelsemöten eller teamträff.

Utredningen utgår från systemsyn - samspel mellan människa-teknik-organisation och inte utifrån att leta efter syndabockar. Ett samspel mellan dessa tre faktorer är ofta orsaken till att avvikelser inträffar. Här behövs ett kontinuerligt lärande för att komma in i arbetsättet.

Alla verksamheter har teamträffar och teamledningsträffar kontinuerligt, för att följa upp och förbättra resultat både för den enskilde och verksamheten. Alla professioner är representerade på dessa möten.

Lex Maria

En avvikelse har lett till Lex Maria anmälan och skickats till IVO (inspektionen för vård och omsorg).

Händelse handlade om ett fall på gruppboende LSS där patient under ett fall fastnade i armstöd som orsakade fraktur och därmed allvarlig vårdskada. Utredning är gjord och kontaktperson har kommit till tals. Åtgärder är vidtagna i form av översyn av hjälpmedel samt planering av det förebyggande arbetet på boendet genom fungerande teamträffar samt sjuksköterska kopplad till LSS-enheterna.

IVO, inspektionen för vård och omsorg, har avslutat ärendet och bedömer att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda, anmäla, samt vidta åtgärder för händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarligvårdskada.



3.2 Tillförlitliga och säkra system

Relevanta områden att arbeta med för hälso- och sjukvårdens organisation är många och ett ständigt arbete pågår för att identifiera de områdena som en del av verksamhetsutvecklingen, och på så vis stärka patientsäkerheten.

Identifierade områden under 2021 att arbeta med är samverkan med primärvården gällande omställning till nära vård samt bättre strukturer för läkarmedverkan. Läkemedelshantering, delegering samt dokumentation är också områden som behöver ses över med tillförlitliga processer.

Omsättningen av sjuksköterskor är ett område som är identifierat och behöver ses över tex. gällande introduktion.

Kontinuerliga dialogmöten hålls med regionen för att stärka samverkan kring Nära vård och läkarmedverkan, årlig granskning av läkemedelshantering är beslutad, tillförlitliga processer skrivs och introduceras.



3.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människa, teknik och organisation. Förutsättningar för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Riskhantering

SOSFS 2011:9 5 kap 1§, 7 kap. 2§

Alla avvikelser som rapporteras riskbedöms av enhetschef. Konsekvensbedömning genomförs med hjälp av fastställd matris utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning.

Risk och konsekvensanalyser utförs när verksamheter identifierar problem och risker som kan uppstå, och som kan ha negativ inverkan på patientsäkerheten eller arbetsmiljön.

SOSFS 2011:9 3 kap

Riskanalys/konsekvensanalys har gjorts vid större förändringar i verksamheten som tex. vid införandet av ny delegeringsprocess.

Riskbedömning samt åtgärdsplan har utträttats utifrån att hjälpmedelstekniker inte finns att tillgå jourtid.



3.4 Stärka analys och lärande

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvård.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap 4 §. SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap 2 §.

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. Personalen ansvarar för att snarast skriva in en avvikande händelse samt redogöra för händelsen.

Vid hög allvarlighetsgrad görs en vidare utredning av MAS/MAR/verksamhetschef och därefter görs eventuell Lex Maria- eller Lex Sarahanmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Medicinskt ansvarig gör en övergripande uppföljning av avvikelser i patientsäkerhetsberättelsen.

Analys av varje enskild avvikelse har blivit bättre, dock är följsamheten att skriva avvikelser sämre för vissa områden, tex. urinvägsinfektioner och det brister i utbildning i avvikelshantering för nyanställda medarbetare. Analysen av verksamheternas övergripande resultat är inte heller helt fungerande. Det systematiska arbetet tar tid att komma in i och här har verksamhetschef ett stort ansvar att vara drivande. Enhetschefer behöver mer kunskap över lag beträffande utredning av händelser.



Nedan redovisas inkomna avvikelser samt antal avvikelser som registrerats för respektive avvikelseyp. Under "Resultat och analys" redovisas fall, läkemedel, MTP, trycksår, narkotikakontroll.

Avvikelse	2017	2018	2019	2020	2021
Fall	901	812	853	952	1044
Läkemedel	598	588	504	527	609
MTP (medicintekniska produkter)	10	13	33	28	21
Specifik omvårdnad/rehab	10	25	33	29	17
Trycksår	2	4	3	7	4
Dokumentation	3	14	20	12	11
Vårdkedja	7	24	42	28	25
Allmän omvårdnad/service/träning	61	88	125	123	74
Narkotika kontroll			4	12	16

Avvikelser i vårdkedjan

Under 2021 har 25 avvikelser i vårdkedjan mellan region och kommun rapporterats vilket är några färre än föregående år.

19 avvikelserna är skrivna från Hallsbergs kommun till Regionen Örebro läns slutenvård (universitetssjukhuset) samt primärvård (Hallsbergs vårdcentral samt Pålsboda vårdcentral). Dessa handlar om brister i samverkan gällande läkemedel, palliativ vård, läkarmedverkan, sårvård samt rutiner. Vissa avvikelser har åtgärdats genom direkt kommunikation när händelsen inträffat. För bättre läkarmedverkan har dialogmöten upprättats mellan vårdcentral och kommunen. För mer kvalitetssäker sårvård har sårvårdssjuksköterska införts med gemensam utbildningssatsning och samverkan med motsvarande uppdrag inom vårdcentral.

6 avvikelser i vårdkedjan har skickats från Regionen till Hallsbergs kommun. Avvikelserna handlar framför allt om brister i sårvård samt följsamhet till rehabiliterande åtgärder från sjukgymnast. Avvikelserna är besvarade samt åtgärder vidtagna.

Planering finns för att övergripande analysera avvikelser i samverkan med vårdcentralerna i Hallsberg. Ett liknande arbete pågår länsövergripande med Region Örebro län.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9 5 kap. 3§, och 7 kap. 2§

Synpunkter och klagomål som kommer direkt till verksamheten, eller via Patientnämnd eller IVO lämnas alltid till enhets-/verksamhetschef/MAS som ansvarar för att synpunkter och klagomål handläggs och återkopplas snarast till den som inkommit med ärendet och verksamheten. Resultatet redovisas i kvalitetsberättelsen.

Patientnämnden

Under 2021 fick Patientnämnden in två ärenden som innehåller klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården i Hallsbergs kommun. Inget av dessa skickades vidare till kommunen för besvarande.

3.5 Öka riskmedvetenheten och beredskapen

Hallsbergs kommun har valt att genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet med hjälp av SKR-verktygen för analys av stärkt patientsäkerhet.

En hel del arbete är redan i gång, men vissa områden behöver utvecklas mer. Vi kan se ett behov av att utveckla säker vård här och nu genom om att kartlägga situationsanpassningar och sätta åtgärder på det. Vidare ser vi ett utvecklingsområde i att granska och kontrollera patientsäkerheten utifrån laglista för hälso- och sjukvård. Vi behöver stärka analys, lärande och utveckling genom att cheferna är förbättringsledare. Till detta behövs ett kontinuerligt lärande som behöver få växa fram med tiden.

Vi ser också ett behov av att öka riskmedvetenhet och beredskap för att hantera risker på lång och kort sikt. Chefer och medarbetare behöver stöd och kunskap för detta. Konsekvensanalys ska göras på alla nivåer och utifrån både utifrån arbetsmiljö och kvalitet.



4 Mål, strategier och utmaningar för 2022

- I omställningen till Nära vård, utveckla och förtydliga patientsäkerhetsarbetet i linje med Nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet.
- **Öka kunskap om inträffade vårdskador**
Förbättringskunskap till chefer för att öka kunskapen om bakomliggande orsaker till varför avvikelser sker.
- **Tillförlitliga och säkra system och processer**
Fortsatt identifiera hälso- och sjukvårdens viktigaste processer/rutiner och leda arbetet utifrån dessa.
Implementering av nutritionsprocessen samt börja arbeta utifrån den.
Implementering av riktlinjer/rutiner gällande MTP (medicintekniska produkter)
Implementering av rutiner för läkemedelshantering.
- **Säker vård här och nu**
Arbeta med kvalitets- och ledningssystem för att säkra kvalitet samt planera, leda och utveckla hälso- och sjukvården.
Introduktionsplan för legitimerad personal.
Mäta säkerhetskulturen.

Börja användandet av modulen för blåsdysfunktion/inkontinens i SeniorAlert

Börja användandet av rehabiliteringsmodulen COPM i Senior Alert.

- **Stärka analys lärande och utveckling**

Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring.

Att team registrerar, tar fram och analyserar data på en övergripande nivå från avvikelssystemet kvalitetsregister (Senior Alert, BPSD, Palliativ registret) och att statistik används i det fortsatta förbättringsarbetet.

- **Öka riskmedvetenheten och beredskapen**

Fortsätta att göra riskanalyser utifrån identifierade områden för både patientsäkerhet och arbetsmiljö genom träning och kompetensutveckling.

Kartlägga situationsanpassningar för att möta risker på kort och lång sikt.