

Datum: 2021-03-01
Ärendenummer: 21/SAN/62
Författare: Marjut Alfalk
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Medicinskt ansvarig för rehabiliteringen

Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun

År 2020

Kontakt

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



HALLSBERGS
KOMMUN

Innehållsförteckning

1	Inledning	5
2	Övergripande mål och strategier	5
2.1	Social- och arbetsmarknadsnämndens mål 2020.....	5
2.2	Hälso- och sjukvårdens mål 2020.....	5
2.2.1	Förebyggande arbetssätt och rehabilitering.....	5
2.2.2	Mål: God vård vid demenssjukdom (inte med 2020).....	6
2.2.3	Mål: Sammanhållen vård och omsorg	6
	Hallsbergs kommun ska använda ett strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats. Beslutsstöd ska användas till 100 %	6
2.2.4	Mål: God vård vid livets slut.....	6
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
3.1	Vårdgivare	7
3.2	Förvaltningschef/verksamhetschef	7
3.3	Medicinskt ansvarig, MAS/MAR.....	7
3.4	Områdeschef.....	7
3.5	Enhetschef.....	8
3.6	Personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd	8
3.7	Expertfunktioner	8
4	Samverkan för att förebygga vårdskador	8
5	Patienters och närståendes delaktighet.....	9
6	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
6.1	Synpunkter och klagomål.....	10
7	Egenkontroll.....	10
8	Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	12
8.1	Risikanalys	13
8.2	Utredning av händelser – vårdskador	13
8.3	Informationssäkerhet.....	13
8.4	Skydds och begränsningsåtgärder.....	14
8.5	Samverkan vid utskrivning från slutna vård	14
8.5.1	Trygg hemgång.....	14
8.6	Hygien	14
8.6.1	Covid ambassadörer	15
8.7	Läkemedel	15
8.8	Utbildning.....	15
9	Resultat och analys	16

9.1	Avvikelser 2020	16
9.2	Fall	16
9.3	Läkemedelshantering	17
9.3.1	Narkotikakontroll	17
9.4	Trycksår	17
9.5	Medicintekniska produkter	18
9.6	Avvikelseprocess	18
9.7	Händelser och vårdskador	18
9.7.1	Lex Maria	18
9.7.2	Avvikelser i vårdkedjan	19
9.8	Senior Alert	19
9.9	Undernäring	20
9.10	Munhälsa	20
9.11	Svenska palliativa registret	21
9.12	Demensvård	22
9.12.1	Utbildning demens	22
9.12.2	BPSD-registret	22
9.13	Sammanhållen vård och omsorg	23
9.14	Hygien	23
9.14.1	Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotika-användning i särskilt boende (Svenska HALT)	24
9.15	Läkemedelsgenomgångar	24
9.16	Patientnämnden	24
9.17	Teamträffar	24
9.18	Nattfasta	25
9.19	SBAR	25
10	Mål och strategier för 2021	25

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2020 för att öka patientsäkerheten.

- Alla som bor på vård- och omsorgsboende samt ordinärt boende erbjuds bedömning av risk för fall, trycksår, malnutrition och ohälsa i munnen. I de fall där risker upptäcks ordinerar relevanta åtgärder.
- Registrering samt utbildning i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)
- Registrering i palliativ registret.
- Handbok för palliativvård är framtagen med tillhörande rutiner.
- Mätning av nattfastan på vård och omsorgsboenden samt hemsjukvård.
- Mätning av vårdrelaterade infektioner-HALT på ett vård- och omsorgsboende.
- Kompetensutveckling för chefer, legitimerade (sjuksköterska, arbetsterapeut) samt omvårdnadspersonal i basal hygien och klädregler.
- Hygienrond samt mätning av följsamhet till basala hygien- och klädriktlinjer inom vård- och omsorg samt LSS.
- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till föreskriften, riktlinjer samt rutiner är genomförd i delar av verksamheten under året.
- Klagomål och synpunkter från patient och anhöriga kring hälso- och sjukvårds har hanterats och utretts enligt rutin. Utredningarna har analyserats och åtgärder har vidtagits.
- Avvikelse har analyserats i alla verksamheter utifrån processen i avvikelshantering för att säkerställa kvalitén och förebygga vårdskador.
- Lex Maria-utredningar har lett till ett flertal åtgärder på olika nivåer - från enhetsnivå till verksamhetsnivå
- Händelseanalys har genomförts då allvarigare händelser inträffat för att finna bakomliggande orsaker till händelserna.
- Demensvårdsutvecklare har upprättat kompetenstrappa för personal inom demensvård och utbildat delar av personal i BPSD registret samt skydds och begränsningsåtgärder.
- Riktlinje för kvalitetssäkring av medicintekniska produkter är framtagen och ska implementeras för all personal under 2021.
- Egenkontroller utifrån processer och rutiner för patientsäkerhet har kontinuerligt följts upp med chefer samt legitimerade.
- Samverkan med kommunens primärvård har intensifierats med veckovisa möten i frågor som läkarmedverkan, Covid-19, samt övriga samverkans frågor.

Mycket av förbättringsarbetet som skulle ha gjorts under 2020 har fått stå tillbaka för Covid-19 och pandemins första och andra våg. Stort fokus har lagts på arbetet med att förhindra smittspridning av Covid-19 samt handläggning vid misstänkt och bekräftade fall. Detta har gjorts genom implementering av riktlinjer och rutiner från smittskydd och vårdhygien, utbildningar gällande basal hygien och Covid-19 samt daglig styrning. Covid-ambassadörer har arbetat med uppföljning av hygienriktlinjerna inom vård- och omsorg samt upprättat arbetsmetoder för att hindra smittspridning.

1 Inledning

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska 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. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

2 Övergripande mål och strategier

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

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30)

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen uppnås samt vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

2.1 Social- och arbetsmarknadsnämndens mål 2020

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.

2.2 Hälso- och sjukvårdens mål 2020

2.2.1 Förebyggande arbetsätt och rehabilitering

Ta fram metoder för den personcentrerade vården utifrån projektplan "Nära vård genom multiprofessionella team".

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. Fokus ska ligga på trycksår och blåsdysfunktion.

Rehabiliteringsmodulen i Senior Alert ska användas i relevanta verksamheter vid slutet av 2020. 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.

2.2.2 Mål: God vård vid demenssjukdom (inte med 2020)

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 DemenSams utbildningsmodell.

2.2.3 Mål: Sammanhållen vård och omsorg

Hallsbergs kommun ska använda ett strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats. Beslutsstöd ska användas till 100 %

Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd ska finnas.

All vårdplanering inför utskrivning sker enligt beslutad ViSam modell (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 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.

2.2.4 Mål: 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

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Hallsbergs kommun, social och arbetsmarknadsförvaltningen, bedriver hälso- och sjukvård under verksamheterna Äldreomsorg, Hälso- och sjukvård samt inom funktionshinderområdet.

3.1 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).

3.2 Förvaltningschef/verksamhetschef

Förvaltningschefen 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.

3.3 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.

3.4 Områdeschef

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

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

arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

3.5 Enhetschef

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

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

3.6 Personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd

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

3.7 Expertfunktioner

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

Hemrehabiliteringssjuktymnast 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.

4 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.

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

Lokalt samarbete i Hallsberg sker med primärvård, öppenvårdspsykiatri samt apotek.

5 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.

6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

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

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskada samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Detta görs i verksamhetens avvikelsemodul eller direkt till chef. Personalen ansvarar för att snarast skriva in en avvikande händelse i verksamhetens avvikelsemodul samt redogöra för händelsen. Enhetschef för verksamheten analyserar tillsammans med personal bakomliggande orsaker till händelser för lärdom och spridning av erfarenheter i verksamheterna. Medicinskt ansvarig gör en övergripande uppföljning av avvikelser i patientsäkerhetsberättelsen.

6.1 Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9 5 kap. och 7 kap.

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

7 Egenkontroll

SOSFS 2011:9 5 kap. och 7 kap.

Egenkontroller 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.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Antal fall	3 gånger per år	Avvikelsesystemet
Antalet frakturer	3 gånger per år	Avvikelsesystemet
Antal trycksår	3 gånger per år	Avvikelsesystemet
Antal personer med undernäring	3 ånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert

Antal riskbedömningar munhälsa	3 gånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert
Antal utredningar av blåsdysfunktion	3 gånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert
Antal urinvägsinfektioner	3 gånger per år	Avvikelsesystemet
Antal vårdrelaterade infektioner	3 gånger per år	Avvikelsesystemet
Beslutsstöd ska användas till 100 %	3 gånger per år	Förbättringstavla
Förbättra god vård vid livets slut	3 gånger per år	Palliativa registret
Hygienrond	1 gång per år	Förbättringstavla
Stickprov hygien av hygienombud	4 gånger per år	Förbättringstavla
Nattfasta vård- och omsorgsboende	4 gånger per år	Förbättringstavla
Skallutbildningar	1 gång per år	Förbättringstavla
Avvikelser/synpunkter/klagomål	3 gånger per år	Avvikelsesystemet, Patientnämnd, IVO
Öka användandet av SBAR	4 gånger per år.	Förbättringstavla
Kontroll av narkotika i akut- och buffertförråd/patient	1 gång per månad	Internkontroll
Kontroll av medicintekniska produkter	1 gång per år	Förbättringstavla
Besiktning av lyftselar	2 gånger per år	Förbättringstavla
Besiktning av lyftar	1 gång per år	Förbättringstavla
Läkemedelsgenomgångar	1 gång per år	Förbättringstavla
Skydds och begränsningsåtgärder	4 gånger per år	Förbättringstavla
Delegeringar	1 gång per år	Förbättringstavla

Journalgranskning	1 gång per år	Förbättringstavla
Läkemedelsgenomgångar	1 gång per år	Förbättringstavla

8 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 områdeschef, MAS/MAR och verksamhetschef genom verksamhetsuppföljning.

Våra verktyg att mäta patientsäkerheten är de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD samt avvikelssystemet. Syftet är att möjliggöra lärande, utveckling och ständigt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och omsorgen samt bidra till en likvärdig och jämlik vård och omsorg.

I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering 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 på vård 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. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården.

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

Avvikelseberapportering 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.

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

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

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till föreskriften, riktlinjer samt rutiner utförs varje år.

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.

Punktrevalemsmätningar 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.

8.1 Riskanalys

SOSFS 2011:9 3 kap

Riskanalys har gjorts vid större förändringar i verksamheten.

Under 2020 har riskanalys gjorts gällande läkemedel i akut- och buffertförråd i samband med flytt av korttidsavdelning från Regnbågen till Kullängen.

Riskanalys har också gjorts under pandemin i samband med genomförande av förflyttningsutbildning för personal.

Dagverksamheterna har gjort riskbedömning utifrån smittspridning av Covid-19 och åtgärder har vidtagits.

8.2 Utredning av händelser – vårdskador

HSLFS 2017:40 3 kap och SOSFS 2011:9 7 kap.

Enligt avvikelseprocess tar enhetschef regelbundet del av, riskbedömer, utreder och följer upp avvikande händelser som rapporteras i avvikelssystemet. Detta görs såväl på individ- som verksamhetsnivå.

Bakomliggande orsaker till händelsen identifieras genom händelseanalys för att minska risken eller eliminera sannolikheten att den negativa händelsen inträffar igen. 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.

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.

8.3 Informationssäkerhet

HSLFS 2016:40 7 kap.

Loggkontroller för att upptäcka felaktig eller obehörig åtkomst till personuppgifter utförs i verksamhetssystemet Pro Capita samt NPÖ varje månad genom stickprov. Inga avvikelser har inträffat 2020.

Rutiner kring sekretess samt behörigheter finns i kommunen sedan tidigare.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har inte gjorts enligt rutin under 2020.

8.4 Skydds och begränsningsåtgärder

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 regelbundet på teamträffar samt arbetsplatsträffar.

8.5 Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Syftet med lag för samverkan vid utskrivning är att minska vårdtiderna för personer som är utskrivningsklara på sjukhuset samt att få en säker utskrivning i vårdens övergångar. En överenskommelse mellan länets tolv kommuner och Region Örebro län är framtagen.

8.5.1 Trygg hemgång

I Hallsbergs kommun jobbar vi för att den enskilde ska kunna återvända till hemmet efter vistelse på sjukhus eller korttidsplats på ett tryggt och säkert sätt, och därmed bevara möjligheten att kunna bo kvar hemma. Syftet är att skapa trygghet och hjälp till självständighet för att öka livskvalitén för den enskilde och därmed minska risken för ett beroende av omvårdnad- eller sjukvårdsinsatser.

Det multiprofessionella utredningsteamet, bestående av biståndshandläggare, arbetsterapeut, sjuksköterska, fysioterapeut, omvårdnadspersonal och läkare, är ett verktyg för att nå resultat.

8.6 Hygien

Hallsbergs kommun tillhandahåller arbetskläder för att upprätthålla god hygienisk standard. Hygienombud finns på alla områden och boenden för att höja kunskapsnivån för vårdhygieniska frågor. Hygienrond utförs en gång per år på alla vård- och omsorgsboenden samt i hemtjänsten och på gruppboenden. Handlingsplan för vinterkräksjuka och influensa upprättas av enhetschef tillsammans med teamet årligen. Under 2020 har också handlingsplan för Covid-19 upprättats av enhetschefer.

8.6.1 Covid ambassadörer

Med anledning av Covid-19 och vikten av följsamhet till basala hygienriktlinjer har Hallsbergs kommun inrättat Covid-ambassadörer som arbetat med att förebygga risk för smittspridning av Covid -19 samt att stötta verksamheterna att bedriva en säker vård vid misstänkt eller konstaterad smitta bland vårdtagare. Uppdraget har också innefattat att öka kunskap om basala hygienriktlinjerna och skapa trygghet hos medarbetare gällande rutiner/riktlinjer upprättade av MAS, smittskydd- och vårdhygien.

Kontinuerligt har ambassadörerna besökt vård- och omsorgsverksamheter för att följa upp arbetet med basala hygienriktlinjerna genom checklistor och diskussioner med baspersonal och enhetschefer. Vidare har ambassadörerna upprättat informationsmaterial, inventerat/instruerat gällande skyddsutrustning och bidragit med kunskap i hygienfrågor. Gemensamma träffar har hållits för att byta erfarenheter, få stöd i hygienfrågor av MAS, kvalitetsutvecklare samt för att utveckla arbetet vidare.

Brister som ambassadörerna kartlagt är att personal glömmer att sprita händerna vid byte av handskar inne hos den boende samt brister i ta på sig plastförkläde vid hantering av oren tvätt.

8.7 Läkemedel

Hantering av läkemedel är ett av de mest författningsreglerade områdena inom hälso- och sjukvården. En instruktion innehållande övergripande riktlinjer för läkemedelshantering som är gemensam för länets kommuner är framtagen och används i Hallsbergs kommun. Denna riktlinje har under året reviderats utifrån läkemedelsföreskriften HSLFS 2017:37 och ska implementeras under 2021. Utöver detta finns en lokal läkemedelsnära rutin för Hallsbergs kommun med syftet att ge tydliga direktiv om kommunens läkemedelshantering. Under året har en process med tillhörande rutiner för läkemedelshantering tagits fram i Hallsberg som ska färdigställas under 2021.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till föreskriften, riktlinjer samt rutiner utförs varje år.

8.8 Utbildning

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, skydds- och begränsningsåtgärder samt SBAR (strukturerat kommunikationsverktyg mellan omvårdnads och hälso- och sjukvårdspersonal)

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

Under året har chefer, legitimerade samt omvårdnadspersonal fått föreläsningar av regionens smittskyddsläkare samt hygiensköterska om Covid-19 samt hygien- och klädriktlinjer.

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

9 Resultat och analys

9.1 Avvikelser 2020

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

Avvikelsetyp	2017	2018	2019	2020	Lagrum
Fall	901	812	853	952	HSL
Läkemedel	598	588	504	527	HSL
MTP (medicintekniska produkter)	10	13	33	28	HSL
Specifik omvårdnad/rehab	10	25	33	29	HSL
Trycksår	2	4	3	7	HSL
Dokumentation	3	14	20	12	HSL/SOL
Vårdkedja	7	24	42		HSL
Allmän omvårdnad/service/träning	61	88	125	123	SOL
Larm	28	35	44	33	SOL
Hot och våld	45	41	50	80	SOL
Narkotika kontroll			4	12	HSL

9.2 Fall

Totalt inrapporterades 952 fall under året vilket är 99 fler fall än 2020.

En brukare som ramlar mycket kan stå för många av fallen.

629 fall orsakade ingen skada. (66 %)

Vid 21 tillfällen kontaktades läkare och vid 29 tillfällen skickades patient till sjukhus.

Fallen resulterade i 10 (1 %) frakturer vilket är 6 fler än föregående år.

223 fall ledde till blåmärken eller småsår.

Fallen sker under hela dygnet och dom flesta fall i samband med gående förflyttning i sovrummet. Oftast är ingen annan inblandad förutom patienten själv. Vid 409 fall fanns ingen form av hjälpmedel inblandad. Vid 286 fall var gånghjälpmedel inblandat. Vid två tillfälle inträffade fallet med grensele/bord/

eller bälte, vid två tillfällen inträffade fall i samband med lyft som hjälpmedel. Hälften av fallen inträffar i ordinärt boende och 39 % av fallen inträffar på demensboende. Åtgärd som oftast vidtas vid det akuta skedet är kontakt med sjuksköterska (55 %).

I förebyggande syfte arbetar verksamheterna med riskbedömningar och åtgärdsplaner av fall i Senior Alert. Dessa tas upp på teamträffar enligt rutin.

9.3 Läkemedelshantering

Totalt rapporterades 527 läkemedelsavvikelser 2020 vilket innebär en ökning jämfört med 2019.

I avvikelserna dokumenterar rapportören orsaken till avvikelserna vilket ofta handlar om bristande kontroll och försumlighet. Det är framförallt inom hemtjänsten (54 %) som dessa avvikelser sker. 78 (14 %) läkemedelsavvikelser sker på demensboende. 71 (13 %) avvikelser sker på gruppboende LSS.

70 % av avvikelser som berör läkemedelshantering visar att patienten inte fått sina läkemedel enligt ordination.

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

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

21 avvikelser gällde Waran/Fragmin vilket är 11 färre än föregående år.

Av de inrapporterade läkemedelsavvikelserna ledde 4 till läkarkontakt vilket är färre än året innan. Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska.

Resultatet av extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering visar bland annat att riktlinjer och rutiner inte är kända hos alla sjuksköterskor. Det råder också brister vid leverans och förvaring av läkemedel vilket resulterat i ett nyinköpt läkemedelsskåp samt kylskåp till ett hemsjukvårdsområde.

9.3.1 Narkotikakontroll

Narkotikakontroll har gjorts i akut- och buffertförråd varje månad enligt rutin. Inga avvikelser har inträffat under året.

Narkotikasvinn hos patient har rapporterats under året. Utredningar är utförda och åtgärder vidtagna så som förtydligande av rutiner, loggbart läkemedelsskåp hos patient samt mer återhållsam utlämning av narkotiska preparat av sjuksköterska som förvaras hos patient.

Arbetet gällande kontroller av narkotika hos patient av ansvarig sjuksköterska behöver intensifieras. Kontrollerna sker inte en ggr/månaden enligt rutin.

9.4 Trycksår

7 trycksår har uppkommit inom kommunal vård 2020 vilket är en ökning från föregående år. 2019 rapporterades 3 trycksår. Ökningen förmodas bero på information om vikten av rapportering av trycksår i avvikelssystemet. Samtliga av dessa patienter har en vårdplan för trycksår samt pågående ordinationer i form av tryckavlastande åtgärder. Trycksår är rapporterade från korttidsvården, vård- och omsorgsboende, hemvård samt gruppboende LSS.

Riktlinje angående förskrivning av behandlande madrasser är implementerad för sjuksköterskor. Riktlinjen tar även upp det förebyggande arbetet för att förhindra trycksår. Det finns ett behov av kunskap och utbildning gällande hela processen från det förebyggande arbetet till behandling av sår både för legitimerade och omvårdnadspersonal.

Riskbedömningar görs i Senior Alert i alla verksamheter förutom gruppboende LSS. Förebyggande åtgärder tas fram.

9.5 Medicintekniska produkter

Antal avvikelser har minskat gällande medicintekniska produkter från föregående år. Det rör sig om individuellt förskrivna hjälpmedel, omvårdnadshjälpmedel och behandlingshjälpmedel. Oftast sker ingen skada för patient. Vid ett tillfällen har läkare kontaktats. Avvikelserna sker mest i ordinärt boende.

Orsaken till avvikelserna är framförallt brister i uppmärksamhet, kunskap och bristande rutiner.

Egenkontroll av undersökningsutrustning såsom blodtrycksmätare, droppställning, stetoskop, termometer med mera har inte följts under 2020. Detta kräver förteckning av samtliga produkter samt att arbetsuppgiften ska fördelas till apparatansvariga. Detta arbete har inte prioriterats på grund av pandemin.

På alla områden och boenden är alla lyftselar kontrollerade av arbetsterapeut under 2020.

Planering för kontroll av lyftar vartannat år är gjord. Kontrollen av lyftar har fördröjts då utrustning saknats. Detta är åtgärdat under 2020.

Arbetet med medicintekniska produkter kommer att fortsätta under 2021 med egenkontroller samt implementering av rutiner och riktlinjer inom området.

9.6 Avvikelseprocess

Avvikelseprocessen tillämpas av alla verksamheter enligt uppföljning.

Uppföljningen av avvikelser på individnivå tas upp på teamträffar och åtgärder vidtas. Den övergripande analysen av avvikelser hanteras på olika sätt i verksamheterna. Det kan handla om separata möten för avvikelser eller att analysen lyfts på teamledning. Ett hemsjukvårdsområde har brister i följsamhet på grund av chefsbyte. Verksamhetsstödjare har inte samma roll i verksamhetssystemet Procapita och kan då inte dokumentera på samma sätt som enhetschef vilket är en brist.

Den övergripande analysen av avvikelser behöver förbättras. Utbildning i avvikelshantering enligt rutin har utgått under 2020 på grund av pandemin.

9.7 Händelser och vårdskador

9.7.1 Lex Maria

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

En händelse handlade om ett fall på demensboende där patient fick medicin mot sin vilja som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Utredning är gjord, och åtgärder är vidtagna i form av utbildning i BPSD, genomgång av riktlinjen gällande skydds- och begränsningsåtgärder samt indragen delegering. IVO inspektionen för vård och omsorg har avslutat detta ärende och bedömer att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda, anmäla händelser samt vidta åtgärder för händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Den andra händelsen handlar om ett fall på demensboende där patient inte fick uppföljning av sin diabetessjukdom som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Utredning är gjord och anhöriga har kommit till tals. Åtgärder är vidtagna i form av genomgång av riktlinje gällande äldre med diabetes, stabilitet i sjuksköterskebemanning samt att journalgranskning ska göras under våren 2021 för att säkerställa dokumentation i patientjournal då utebliven dokumentation av sjuksköterska uppmärksammats vilket är en risk för felaktig eller utebliven insats.

9.7.2 Avvikelser i vårdkedjan

Under 2020 har 28 avvikelser i vårdkedjan mellan region och kommun rapporterats.

19 avvikelserna är skrivna från Hallsbergs kommun till regionen. Dessa handlar om brister i utskrivningsprocessen det vill säga då patient från slutenvården skrivs ut till den kommunala vården. Bristerna har handlat om otillräcklig eller försenad information i regionens och kommunens gemensamma verksamhetssystem Life Care. Detta har åtgärdats genom direkt kommunikation när händelsen inträffar mellan region och kommunen. Avvikelserna har minskat avsevärt sedan denna åtgärd.

9 avvikelser i vårdkedjan har skickats från Hallsbergs kommun till primärvården. Avvikelserna handlar framförallt om brister i läkarmedverkan vid hembesök och rond, men också brister i bemötande och läkemedelshantering. Samtliga avvikelser är besvarade från primärvården.

Forum för att på övergripande nivå analysera avvikelser i samverkan finns inte idag.

9.8 Senior Alert

Fortsatt arbete under 2020 med utveckling av riskbedömningar i Senior Alert, med fokus på att lyfta fram trycksår och blåsdysfunktion. Covid-19 har gjort att många utbildningar ställts in, med resultatet att kunskapsutveckling gällande trycksår och blåsdysfunktion har uteblivet.

Resultat mäts i kvartalsuppföljningarna. Bedömningsinstrumentet för blåsdysfunktion har implementerats, men har inte använts under 2020. Rehabiliteringsprocess genom COPM – (bedömningsinstrument för arbetsterapeuter) har inte implementerats under 2020.

Vård- och omsorgsboenden samt hemtjänsten registrerar gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Många av riskbedömningarna utförda inom hemtjänsten blir inte registrerade i systemet vilket ger missvisande siffror på täckningsgrad. Tydlig process behöver tas fram för arbetet med Senior Alert.

9.9 Undernäring

Riskbedömningar gällande undernäring utförs i Senior Alert och åtgärdsplaner upprättas och diskuteras på teamledning och teamträffar. Resultaten visar att undernäring och risk för undernäring finns. Mätning av nattfastan är en del i förbättringsarbetet.

Åtgärder som vidtas är berikning av kosten och extra mellanmål samt intag av näring innan läggdags. I det fortsatta arbetet behöver individuella planer tas fram för att minska undernäring.

9.10 Munhälsa

Munhälsobedömning erbjuds vid registrering i Senior Alert. Oftast tackar personerna nej. Vidare analys behöver göras utifrån varför personer tackar nej, hur vi ställer frågan och personalens kunskap beträffande munhälsobedömning.

Resultat Senior Alert Hallsberg kommun 2019/2020

	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 %
	Vård och omsorgsboende	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
2019	88 (123) 71 %	100 %	39 %	80 %	63 %
2020	95 (115) 83 %	98 %	41 %	80 %	60 %
	Hemsjukvård	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 %

9.11 Svenska palliativa registret

Ett fortsatt förbättringsarbete i vård i livets slut har skett under 2020.

Några indikatorer har förbättrats och några försämrats under 2020 jämfört med 2019. Fortsatt utveckling behöver ske gällande dokumenterad munhalsbedömning, smärtskattning sista levnadsveckan samt vikten av att förebygga trycksår.

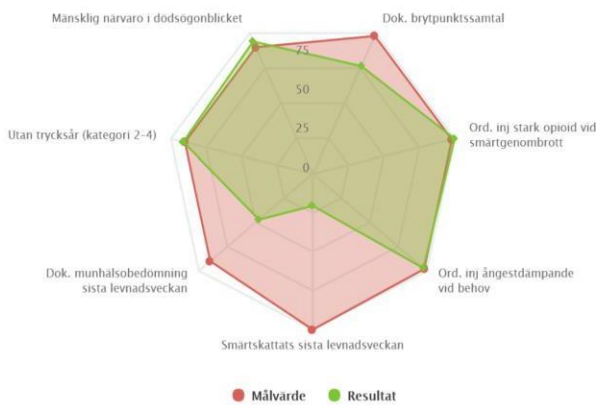
Munvård utförs alltid i livets slutskede, men dokumenteras sällan.

Registrering i samråd mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal behöver förbättras. I dagsläget görs registreringen främst av sjuksköterska.

Redovisning av kvalitetsindikatorer för hemsjukvård i Hallsbergs kommun:

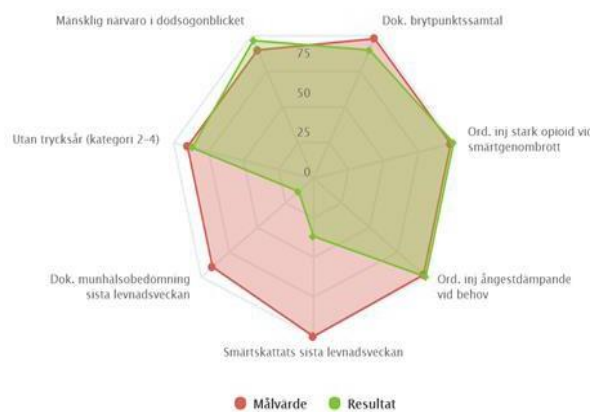
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 – 2019-12



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 – 2020-12



Kvalitetsindikatorer palliativa registret	2018	2019	2020	Målvärde Socialstyrelsen
Dokumenterat brytpunktssamtal	63,6%	76,5%	89,9%	98 %
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	97 %	98 %	100 %	98 %
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	87,9%	97,1%	100 %	98 %
Smärtskatta sista levnadsveckan	21,2%	20,6%	36,7%	100 %
Dokumenterad munhalsbedömning sista levnadsveckan	45,5%	47,1%	13,3%	90 %
Utan trycksår (grad 2-4)	97 %	91,8%	76,7%	90 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	97 %	94,1%	96,7%	90 %

9.12 Demensvård

Projektplan togs fram under 2019 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.

9.12.1 Utbildning demens

En kompetenstrappa i tre steg för personal som arbetar i demensvården är framtagen av demensvårdsutvecklare under 2020. Utbildningarna ger grundläggande kunskap om demenssjukdomar, symptom och förhållningssätt. Vidare ger utbildningen kunskap om hur personalen på ett strukturerat sätt kan arbeta för att minska symptom och dess konsekvenser. Personalen får också kunskap om hur olika skattningsskalor används, strategier i vardagen vid skydds- och begränsningsåtgärder samt personcentrerad omvårdnad. I kompetenstrappan ingår också att utbilda undersköterskor till BPSD- administratörer.

Trots att pandemin har satt stopp för många av de planerade utbildningarna så är demensdagvårdens personal under 2020 utbildade till BPSD- administratörer samt fått utbildning i "Demens och bemötande".

Ett demensboende har genomgått utbildning i "Demens och bemötande".

Ett hemsjukvårdsområde har fått utbildning utifrån 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.

9.12.2 BPSD-registret

44 registreringar har gjorts i BPSD- registret vilket är några fler än 2019.

Registreringar där ett multiprofessionellt team (minst en person från SoL och en person från HSL) deltagit i hela processen har ökat från 9 % (2019) till 18 % (2020) gällande sjuksköterska samt från 4 % (2019) till 13 % avseende arbetsterapeut.

Kvalitetsindikatorer	2018	2019	2020
<ul style="list-style-type: none">• Andel personer som verkar smärtfria	66 %	50 %	58,6 %
<ul style="list-style-type: none">• Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel	33 %	37,5 %	80 %

9.13 Sammanhållen vård och omsorg

Hallsbergs kommun kommer att under 2021 utbilda två instruktörer/sjuksköterskor i beslutsstöd och SBAR. Instruktörerna ska sedan utbilda kommunens sjuksköterskor en gång/år.

Omvårdnadspersonal på flera områden har genomgått webbutbildningen i SBAR, diskuterat verktyget på arbetsplatsträffar samt erhållit SBAR-kort.

NPÖ, nationell patientöversikt används av sjuksköterskor för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar.

ViSam modell används vid utskrivning från sjukhus och vid SIP samordnad individuell planering.

9.14 Hygien

Lokal rutin för det vårdhygieniska arbetet i Hallsbergs kommun finns gällande hygienrund samt stickprov av dom basala hygien- och klädriktlinjerna och är känd för samtliga chefer. Under hygienrund förs protokoll över brister och åtgärder, vem som är ansvarig samt när åtgärder är vidtagna.

En punktprevalensmätning i Socialstyrelsens regi inom basala hygien- och klädriktlinjer har utförts och visat på halvgoda resultat. Resultatet visade brister inom handhygien. Åtgärder är utförda och mätningen i egen regi har utförts med goda resultat.

Hygienrund har gjorts på samtliga vård- och omsorgsboenden, hemvård och gruppboenden/daglig verksamhet LSS. Alla boenden har fått goda resultat på det vårdhygieniska arbetet.

I hemvården har brister i förvaring framkommit

Hygienrund har gjorts på alla områden förutom på hemvård Söder. Basala hygien- och klädriktlinjen repeteras på arbetsplatsträffar.

Covid-ambassadörer har utfört stickprov för kontroll av följsamhet gällande basala kläd- och hygienriktlinjer inom vård- och omsorg.

9.14.1 Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotika-användning i särskilt boende (Svenska HALT)

Under 2020 deltog ett vård- och omsorgsboende i mätning av förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Mätningen i Hallsbergs kommun 2020 visar att riskfaktorer finns bland patienter. 6,6 % av patienterna hade en vårdrelaterad infektion och 6 % behandlades med antibiotika. Det är således viktigt att arbeta med de basala hygienrutinerna och de rutiner som finns kring kateter- och sårskötsel. Utbildning av vårdhygien har under 2020 hållits för chefer, hälso- och sjukvårdspersonal samt hygienombuden där vikten av de basala hygienrutinerna påtalats.

Andel vårdtagare med urinkateter, som är en riskfaktor för att drabbas av vårdrelaterad infektion, är 16 % i Hallsbergs kommun jämfört med riket 8,7 %.

Antal vårdtagare med inkontinens är 76 % i jämförelse med riket 63,5 %.

Vårdriktlinje är framtagen och introducerad i kommunen för arbetet med utredningar av blåsdysfunktion. Pandemin har satt stopp för implementering av riktlinjen.

9.15 Läkemedelsgenomgångar

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.

Under 2020 har det varit många hyrläkare inom primärvården och även nyanställda sjuksköterskor inom kommunen. Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar är beroende av kontinuitet avseende både läkare i primärvård och sjuksköterskor i kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Enligt kommunens uppföljning är inga läkemedelsgenomgångar utförda. Ett arbete kring arbetsprocessen gällande läkemedelsgenomgångar behöver göras under 2021.

9.16 Patientnämnden

Under 2020 fick Patientnämnden in tre ärenden gällande synpunkter och klagomål avseende hälso- och sjukvård i Hallsbergs kommun. Ett av dessa ärenden är skickade till Hallsbergs kommun för begäran om svar. Utredning är gjord av ansvariga och svar skickats.

9.17 Teamträffar

Teamträffar har fungerat väl på vård- och omsorgsboenden samt på alla hemtjänstområden vilket är en förbättring från föregående år. Inom LSS-gruppboenden har teamträffar fortsatt inte fungerat då utsedd sjuksköterska sällan deltar på grund av hög arbetsbelastning.

9.18 Nattfasta

Rutin finns sedan tidigare för registrering av nattfasta på vård- och omsorgsboenden. Ett arbete pågår inom området för att bryta nattfastan. Den genomsnittliga nattfastan under 2020 var 10,7 timmar, vilket kan jämföras med förra årets resultat som var 10,8 timmar. Den kortaste nattfastan i mätningen var 4,2 timmar och den längsta nattfastan var 17 timmar.

Andelen vårdtagare som hade en nattfasta över 11 timmar var 48 %. Detta är en blygsam minskning sedan föregående år då motsvarande siffra var 51 %

9.19 SBAR

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.

10 Mål och strategier för 2021

- I omställningen till Nära vård, utveckla och förtydliga patientsäkerhetsarbetet i linje med Nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet.
- Att team registrerar, tar fram och analyserar data på en övergripande nivå från avvikelssystemet, kvalitetsregister (Senior Alert, BPSD, Palliativa registret) och att statistik används i det fortsatta förbättringsarbetet.
- Börja användandet av modulen för blåsdysfunktion/inkontinens i Senior Alert
- Börja användandet av rehabiliteringsmodulen COPM i Senior Alert.
- Fortsatt Identifiera hälso- och sjukvårdens viktigaste processer och leda arbetet utifrån dessa.
- Fortsätta att göra riskanalyser för både patientsäkerhet och arbetsmiljö vid förändringar i verksamheten.
- Implementering av riktlinjer/rutiner gällande MTP (medicintekniska produkter)
- Utveckla demensvård samt förebyggande arbete av trycksår.
- Utveckla arbetet med kvalitets- och ledningssystem för att säkra kvalitetsamt planera, leda och utveckla verksamheter.
- Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring.