

Datum: 2020-03-01  
Ärendenummer:  
Författare: Marjut Alfalk  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Medicinskt ansvarig för rehabiliteringen

# Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun

År 2019

---

**Kontakt**

E-post: [socialforvaltning@hallsberg.se](mailto: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 2019 .....	6
2.2	Regionala mål södra länsdelen (Sammanhållen vård och omsorg för äldre).....	6
2.2.1	Förebyggande arbetsätt och rehabilitering.....	6
2.2.2	Mål: God vård vid demenssjukdom .....	6
2.2.3	MÅL: Sammanhållen vård och omsorg .....	6
2.2.4	Mål: God vård vid livets slut .....	7
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	7
3.1	Vårdgivare .....	7
3.2	Förvaltningschef.....	8
3.3	Medicinskt ansvarig, MAS/MAR.....	8
3.4	Områdeschef.....	8
3.5	Enhetschef.....	8
3.6	Personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd .....	8
3.7	Expertfunktioner .....	9
4	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
5	Patienters och närståendes delaktighet.....	10
6	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	10
6.1	Synpunkter och klagomål.....	10
7	Egenkontroll.....	11
8	Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten .....	12
8.1	Riskanalys .....	13
8.2	Utredning av händelser – vårdskador .....	13
8.3	Informationssäkerhet.....	14
8.4	Skydds och begränsningsåtgärder.....	14
8.5	Samverkan vid utskrivning från slutna vård .....	14
8.5.1	Trygg hemgång .....	15
8.6	Hygien .....	15
8.7	Läkemedel .....	15
8.8	Utbildning.....	15
9	Resultat och analys .....	16
	Egenkontroll.....	16
9.1	Avvikelser 2019 .....	16
9.2	Fall .....	16
9.3	Trycksår .....	17

9.4	Läkemedelshantering .....	17
9.5	Avvikelseprocess .....	18
9.6	Senior Alert .....	18
9.7	Svenska palliativa registret.....	19
9.8	BPSD .....	20
9.8.1	Utbildning demens.....	21
9.9	Sammanhållen vård och omsorg.....	21
9.10	Hygien .....	22
9.11	Läkemedelsgenomgångar .....	22
9.12	Medicintekniska produkter .....	23
9.13	Händelser och vårdskador.....	23
9.13.1	Lex Maria .....	23
9.13.2	Avvikelser i vårdkedjan .....	24
9.13.3	Patientnämnden .....	24
9.14	Teamträffar .....	24
9.15	Nattfasta.....	24
10	Mål och strategier för 2020 .....	25

## Sammanfattning

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

Stort fokus har under året legat på den tidigare framtagna processen i avvikelshantering för att säkerställa kvalitén och förebygga vårdskador. Processen har implementerats för all personal genom utbildning.

Avvikelsemodulen där avvikelser rapporteras har utvecklats under året. Händelseanalyser har genomförts då allvarligare händelser inträffat för att finna bakomliggande orsaker till händelserna.

Likaså har stort arbete ägnats åt "Trygg hemgång". Målet med "trygg hemgång" är 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.

Teamarbetet kring patienten är en förutsättning för att nå hög patientsäkerhet samt arbeta mot gemensamma mål. Detta arbete har fungerat väl på vissa områden, men inte alla då belastningen för sjuksköterskor har varit tung på vissa områden. Som ett led i detta är process för in/utskrivning i hemsjukvården framtagen för att säkerställa att kommunen har rätt patienter inskrivna.

Digitala lås är installerade på narkotikaskåp i våra tre akut- och buffertförråd för bättre narkotika kontroll. Likaså har LSS gruppboende, hemtjänst samt vård och omsorgs boenden fått läkemedelsskåp.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till föreskriften, riktlinjer samt rutiner är gjord under året för alla akut- och buffertförråd.

Lokal överenskommelse om omfattning och formerna för läkarmedverkan är framtagen med Hallsbergs vårdcentral. Liknande arbete har påbörjats med Pålsboda vårdcentral.

Kompetensutveckling för chefer, legitimerade (sjuksköterska, arbetsterapeut) samt omvårdnadspersonal under året har handlat om hygien, palliativ vård samt inkontinens. Egenkontroller utifrån processer och rutiner för patientsäkerhet har kontinuerligt följts upp med chefer samt legitimerade.

Demensvårdsutvecklare är anställd under 2019 för att driva arbetet inom demensvård.

Framöver behöver Hallsberg utveckla arbetet med kvalitets- och ledningssystem för att säkra kvalitet samt planera, leda och utveckla verksamheter.

Medicintekniska produkter behöver kvalitetssäkras.

Palliativa -, demens- samt diabetesvård behöver utvecklas.

Vidare behöver kunskap, registrering, uppföljning säkerställas gällande de olika kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD, samt Palliativa registret för att kvalitetssäkra vården.

## 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 2019

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

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

Indikator: 85 % av patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården ska uppleva trygghet.

Verksamheter inom äldreomsorgen ska registrera 100 % riskbedömningar med planerade åtgärder.

## 2.2 Regionala mål södra länsdelen (Sammanhållen vård och omsorg för äldre)

### 2.2.1 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. Målet är att minska fall och trycksår.

Rehabiliteringsmodulen i Senior alert ska användas i relevanta verksamheter vid slutet av 2019. Fler patienter görs delaktiga i sin rehabiliteringsprocess genom bedömningsinstrumentet COPM (Canadian Occupational Performance Measure).

Fler patienter ska få sin blåsdysfunktion utredd i Senior alert. Påbörja användning av modulen 2019.

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

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 och grundläggande utbildning om demensvård/ omvårdnad enligt DemenSams utbildningsmodell.

### 2.2.3 MÅL: Sammanhållen vård och omsorg

Samtliga kommuner i södra länsdelen använder strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats. Beslutsstöd ska användas till 100 %

Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd ska finnas i samtliga fyra kommuner.

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**

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

Förbättra värdet med 5 % 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

Alla verksamheter använder e-utbildning i Allmän palliativ vård.

## **3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

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

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt område. I detta ansvar ingår implementering av kontroll av följsamhet av de riktlinjer och rutiner MAS/MAR (medicinskt ansvarig) 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.

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

### 3.5 Enhetschef

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

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

### 3.6 Personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd

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

## 4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

I varje länsdel finns en grupp med representanter från Region Örebro läns länsdelsverksamheter, inklusive psykiatrins öppenvård och representanter från kommunerna. Länsdelsgruppernas uppgift är att stödja det lokala utvecklingsarbetet, bland annat utifrån handlingsplanen "Sammanhållen vård och omsorg för äldre".

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

I länet sker samverkan inom palliativ vård genom det palliativa rådet, som ska säkerställa en palliativ vård på lika villkor, oavsett 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 primärvård, öppenvård psykiatri samt apotek.

## 5 Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienterna och deras närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att medverka 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 Hälsa- 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 och 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 genomförts 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 och MAR fyra gånger per år genom verksamhetsuppföljning. Resultatet och analys redovisas under rubrik Resultat och analys.

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Vid bedömd risk ska brukarna ha en åtgärdsplan	4 gånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert
Riskbedömning av fall	4 gånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert
Riskbedömning av trycksår	4 gånger per år	Kvalitetsregister Senior Alert
Beslutsstöd ska användas till 100%	4 gånger per år	Förbättringstavla
Förbättra god vård vid livets slut – Palliativa registret	4 gånger per år	Palliativa registret
Minska antalet frakturer	4 gånger per år	Avvikelsesystemet
Hygienrund	1 gång per år	Förbättringstavla
Stickprov hygien av hygienombud	4 gånger per år	Förbättringstavla
Nattfasta	4 gånger per år	Förbättringstavla
Skallutbildningar	1 gång per år	Förbättringstavla

Avvikelser/synpunkter/klagomål	4 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

## 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 och MAS/MAR genom verksamhetsuppföljning.

Våra verktyg att mäta patientsäkerheten är nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens). 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 och munhälsa. 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. 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.

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.

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.

Teamarbete kring patienten för att få en gemensam helhetsbild av brukarens/patientens behov och insatser samt att nå en god kvalitet och skapa trygghet för brukare/patient samt arbeta mot gemensamma mål görs genom teamträffar. På teamträff deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef. Vid behov kan annan kompetens delta. Teamet ska träffas för att gå igenom bland annat avvikelser och hitta lösningar till förbättring. Samtliga yrkeskategorier delar med sig av sin kunskap och erfarenhet för att utveckla verksamheten. Teamets samlade kompetens har stor betydelse vid till exempel fallriskutredning och vid fallhändelseutredning, avvikelshantering.

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

## 8.1 Riskanalys

*SOSFS 2011:9 3 kap*

Riskanalys har gjorts vid större förändringar i verksamheten.

Under 2019 har riskanalys gjorts i samband med införande av digitala lås till narkotikaskåp i akut- och buffertförråden som öppnas med SITHS-kort.

## 8.2 Utredning av händelser – vårdskador

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

Enhetschef tar 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.

Avvikelse har inträffat 2019 genom intrång i patientjournal i Pro capita. Patienterna är vidtalade och logguppgifter har lämnats ut enligt rutin till de patienter som önskat. Rutiner kring sekretess samt behörigheter finns i kommunen sedan tidigare. Avvikelsen har lett till utredning som lett till arbetsrättsliga åtgärder. Utredning visar också att utbildning behövs kring sekretess och informationssäkerhet.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har inte gjorts under 2019. Avvikelse kring dokumentation har ökat sedan föregående år. Det handlar framförallt om utebliven dokumentation av sjuksköterska vilket är en risk för felaktig eller utebliven insats.

### 8.4 Skydds och begränsningsåtgärder

Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder för Örebro läns kommuner har tidigare introducerats i verksamheten. Syftet med denna är att ge förtydligande och vägledning vid användandet av skydds- och begränsningsåtgärder.

En begränsande åtgärd är att anse som en skyddsåtgärd och därmed tillåten endast under förutsättningar att den enskilde samtycker till åtgärden och att syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde.

Risikanalys 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.

Kontinuerlig uppföljning är av stor vikt.

### 8.5 Samverkan vid utskrivning från slutenvård

2018 kom lag för samverkan vid utskrivning från slutenvård. Syftet med denna lag är att minska vårdtiderna för personer som är utskrivningsklara på sjukhuset. För att nå syftet måste samverkan runt individen utvecklas. En överenskommelse mellan länets tolv kommuner och Region Örebro län är framtagen.

### 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 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 ska utföras en gång per år på alla vård- och omsorgsboenden samt hemtjänst och gruppboende. Handlingsplan för vinterkräksjuka och influensa ska upprättas av enhetschef tillsammans med teamet årligen.

## 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. Utöver detta finns en lokal läkemedelsnära rutin för Hallsbergs kommun med syftet att ge tydliga direktiv om kommunens läkemedelshantering.

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

## 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 samt SBAR (strukturerat kommunikationsverktyg mellan omvårdnads och hälso- och sjukvårdspersonal)

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

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

Hallsbergs kommun har arbetat för att all personal ska genomgå inköpt webbutbildning i palliativvård. Sammanlagt inom vård- och omsorg, hemtjänst samt LSS har 218 personer genomfört utbildningen från sept 2016 - 27 aug 2019.

Under året har chefer, legitimerade samt omvårdnadspersonal fått föreläsning av Regionens smittskyddsläkare samt hygiensköterska om influensa, vinterkräksjuka och multiresistenta bakterier. 32 personal deltog på utbildningen.

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

## 9 Resultat och analys

### Egenkontroll

#### 9.1 Avvikelser 2019

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

Avvikelseyp	2016	2017	2018	2019	Lagrum
Fall	852	901	812	853	HSL
Läkemedel	571	598	588	504	HSL
MTP (medicintekniska produkter)	14	10	13	33	HSL
Specifik omvårdnad/rehab	25	10	25	13	SOL
Trycksår	6	2	4	3	HSL
Dokumentation	7	3	14	20	HSL/SOL
Vårdkedja	4	7	24	42	HSL/SOL
Allmän omvårdnad/service/träning	40	61	88	125	SOL
Larm	17	28	35	44	SOL
Hot och våld	26	45	41	50	SOL
Narkotika kontroll				4	HSL

#### 9.2 Fall

Totalt inrapporterades 853 fall under året vilket är 41 fler fall än 2018.

Drygt hälften av dessa fall orsakade ingen skada.



Vid 6 tillfällen kontaktades läkare och vid 23 tillfällen skickades patient till sjukhus. Fallen resulterade i 4 frakturer vilket är 6 färre än föregående år.

159 fall ledde till blåmärken eller småsår.

Fallen sker under hela dygnet, men majoriteten inträffar under natten i samband med gående förflyttning i sovrummet. Ingen annan är inblandad i de flesta fall förutom patienten själv. Vid 337 fall fanns ingen form av hjälpmedel inblandad. Vid 315 fall var gånghjälpmedel inblandat. Vid ett tillfälle inträffade fallet med grensele/bord/ eller bälte, vid ett tillfälle inträffade fall i samband med lyft som hjälpmedel. De flesta fall sker i ordinärt boende (393 st. eller 46 %) samt demensboende (328 st. eller 37,8 %) Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska (39,5 %).

### 9.3 Trycksår

Tre trycksår har uppkommit inom kommunal vård 2019 vilket är en minskning från föregående år. 2018 rapporterades fyra trycksår. Samtliga av dessa patienter har en vårdplan för trycksår samt pågående ordinationer i form av tryckavlastande åtgärder. Trycksår är rapporterade från korttidsvården samt vård- och omsorgsboende.

Riktlinje angående förskrivning av behandlande madrasser är implementerad för sjuksköterskor. Riktlinjen tar även upp det förebyggande arbetet för att förhindra trycksår.

### 9.4 Läkemedelshantering

Totalt rapporterades 504 läkemedelsavvikelser 2019 vilket innebär en sänkning jämfört med 2018. 270 (53,5 %) av dessa avvikelser ledde inte till komplikationer.

I avvikelserna dokumenterar rapportören orsaken till avvikelserna vilket ofta handlar om bristande kontroll och försumlighet. Det är framförallt inom hemtjänsten (51 %) som dessa avvikelser sker. 121 (24 %) läkemedelsavvikelser sker på demensboende. 49 (9,7 %) avvikelser sker på gruppboende LSS.

Fler än hälften av avvikelser som berör läkemedelshantering visar främst att patienten inte fått sina läkemedel enligt ordination (63,2%).

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.

Avvikelser för felaktigt delad dosett och utebliven dosettindelning har minskat med 54 % från föregående år.

26 avvikelser gällde insulin, vilket är 15 fler än föregående år.

32 avvikelser gällde Waran/Fragmin vilket är 5 färre än föregående år.

Av de inrapporterade läkemedelsavvikelsena ledde 8 fall till läkarkontakt vilket är några färre än året innan. Dessa ledde till mindre obehag eller komplikationer för patienten. Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska.

Anledningen till minskning av läkemedelsavvikelser torde vara den mer stabila sjuksköterskebemanningen dagtid samt att det nu är endast sjuksköterskeuppgift att dela dosett.

Narkotikakontroll har gjorts i akut- och buffertförråd varje månad enligt rutin. Stöld av kasserade narkotikapreparat har förekommit i akut- och buffertförråd första kvartalet på Väster. Detta upptäcktes då en sjuksköterska fattade misstanke om att journalförd kasserad narkotika inte kasserats. Utredning visade att man inte följt rutinen för kassering av narkotiska preparat samt att en inhyrd sjuksköterska kunde härledas till händelsen. Perioden för inhyring avslutades och en polisanmälan upprättades.

Kassering av narkotika ska alltid dubbelsigneras och båda ska vara på plats när kassering sker.

Rutinen har aktualiserats för alla sjuksköterskor.

Loggbara lås är installerade under 2019 på narkotikaskåpen i akut- och buffertförråden för bättre kontroll.

Narkotikasvinn hos patient har rapporterats sista kvartalet inom hemtjänsten Söder. Rutinen för läkemedelshantering har reviderats gällande hantering och kontroll av narkotika hos patient.

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

## 9.5 Avvikelseprocess

En avvikelseprocess har tagits fram för social- och arbetsmarknadsförvaltningen under 2018 med tillhörande handbok för avvikelsehantering. Handboken tar upp information, registrering, utredning samt uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål. Vidare beskrivs anmälan till IVO och läkemedelsverket samt hur uppföljning ska ske. Utbildningstillfällen har hållits för chefer, legitimerade och omvårdnadspersonal. Fokus under utbildningen har varit det systematiska kvalitetsarbetet som leder till god kvalitet, säkerhet samt ökad trygghet för patienterna genom egenkontroll, ständiga förbättringar samt delaktighet och ansvar. Det har också blivit tydligare vem som ansvarar för vad i processen, personalens skyldighet att rapportera avvikelser samt syftet med rapporteringsskyldigheten.

## 9.6 Senior Alert

Täckningsgraden för registrering av riskbedömningar med planerade åtgärder i Senior Alert ska vara 100 %. Målet är att minska fall och trycksår.

I Hallsbergs kommun fick 189 patienter en riskbedömning i senioralert under 2019 vilket är 93 st. fler registreringar än 2018. 87 % av dessa hade minst en bedömd risk. 84 % av dessa hade en åtgärdsplan vid risk vilket är en ökning med 6 % från föregående år.

Bedömningsinstrumentet blåsdysfunktion samt rehabiliteringsprocess genom COPM – (bedömningsinstrument för arbetsterapeuter) har inte implementerats under 2019 då fokus under året varit att komma igång med registreringar gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

## 9.7 Svenska palliativa registret

Svenska palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit.

Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården.

170 personer har avlidit under 2019 i Hallsbergs kommun enligt uppgift från skattemyndigheten.

34 st. av dödsfallen som är registrerade i Palliativa registret är registrerade av hemsjukvården i Hallsbergs kommun.

Täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativa registret ska vara minst 70 %. Hallsbergs kommun har uppnått täckningsgraden 50 % under 2019 vilket är en höjning med 4 % från föregående år.

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.

Patienter i livets slutskede saknar av olika skäl förmågan att delta vid ett brytpunktssamtal. 28 av 34 närstående har deltagit i ett brytpunktssamtal i hemsjukvården.

I hemsjukvården används idag inte ett validerat smärtskattningsinstrument vid bedömningen av smärta, utan en professionell bedömning görs utifrån personens uttryckssätt och beteende.

Munvård utförs alltid i livets slutskede, men dokumenteras sällan.

Redovisning av kvalitetsindikatorer för hemsjukvård i Hallsbergs kommun:

Kvalitetsindikator	2018	2019	Målvärde
Dokumenterat brytpunktssamtal	63,6%	76,5%	98%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	97%	98%	98%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	87,9%	97,1%	98%
Smärtskatta sista levnadsveckan	21,2%	20,6%	100%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	45,5%	47,1%	90%
Utan trycksår (grad 2-4)	97%	91,8%	90%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	97%	94,1%	90%

## 9.8 BPSD

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

Hallsbergs kommun har ingen BPSD utbildare i kommunen idag men ca 10-15 administrativa registrerare.

41 registreringar har gjorts i BPSD- registret vilket är några färre än 2018. Inget systematiskt sätt att följa upp BPSD bedömningarna finns idag.

Kvalitetsindikatorer	2018	2019
• Andelen personer som har olämpliga läkemedel	48 %	54 %
• Andel personer som verkar smärtfria	66 %	50 %
• Andel personer som har bemötandeplan	80 %	100 %
• Andel personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	97 %	100 %
• Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel	Underlaget är <10	

### 9.8.1 Utbildning demens

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

63 personal har genomgått utbildningen Demens ABC i Hallsbergs kommun under 2019. Statistik visar att vi har en uppåtgående trend och är 32:a bästa kommun av 290 kommuner på utbildad personal i förhållande till antal förväntade dementa personer i kommunen.

På varje enhet finns ett team med arbetsterapeut, sjuksköterska, undersköterska och enhetschef som har regelbundna teamträffar. I teamarbetet ska arbete ingå med Senior alert och på vård- och omsorgsboende även BPSD bedömningar. I dessa team finns idag inte speciell demenskunskap utan behov och önskan finns om handledning i framförallt bemötande och de vardagliga aktiviteterna. Kommunens demenssjuksköterska arbetar inte strukturerat med handledning gentemot teamen på områdena utan handleder omvårdnadspersonal och chefer i mån av tid.

Projektplan är framtagen under 2019 för att tydliggöra hur vård- och omsorg ska arbeta för att utveckla demensvården i Hallsbergs kommun utifrån de nationella demensriktlinjerna. Syftet är att skapa en trygg och säker demensvård i alla vårdnivåer, som i hemmet, på dagverksamhet och på vård- och omsorgsboende. En demensvårdsutvecklare är anställd för att driva arbetet tillsammans med en arbetsgrupp utifrån utvecklingsområdena uppföljning, multiprofessionella team, stödinsatser och utbildning.

## 9.9 Sammanhållen vård och omsorg

Hallsbergs kommun har en utbildad instruktör/sjuksköterska i beslutsstöd och SBAR. Instruktören ska utbilda kommunens sjuksköterskor en ggr/år. Detta har inte gjorts under 2019, men planeras till 2020.

Mätning utförs specifika veckor fyra gånger per år med syfte att beslutsstöd ska öka. Första mätningen gjordes december 2019. 7 stycken beslutsstöd rapporterades.

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

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).

## 9.10 Hygien

Den lokala rutinen för det vårdhygieniska arbetet i Hallsbergs kommun är reviderad under 2019 både gällande hygienrund samt stickprov av dom basala hygien- och klädriktlinjerna och är känd för samtliga chefer. Under hygienrund förs protokoll för brister och åtgärder, vem som är ansvarig samt när åtgärder är vidtagna.

### **Vård- och omsorgsboende:**

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

### **Hemtjänst:**

Hygienrund har gjorts på samtliga områden. Ombud har gjort stickprov för kontroll av följsamhet gällande basala kläd- och hygienriktlinjer. Det som framkommit och som åtgärdas är bristen på skåp och förvaring. Basala hygien- och klädriktlinjen repeteras på arbetsplatsträffar.

### **Gruppboende LSS/daglig verksamhet**

Hygienrund genomförd på samtliga boenden och också på daglig verksamhet Fyrklövern.

### **PPM-mätning (Punktprevalens mätning)**

#### **(punkt = vid ett tillfälle, prevalens = förekomst)**

För att uppfylla kraven på kvalitet och patientsäkerhet bör registrering av vårdrelaterade infektioner, med uppföljning och erfarenhetsåterföring ingå i organisationens systematiska kvalitetsarbete. Hallsbergs kommun har inte följt upp vårdrelaterade infektioner under 2019 i form av PPM-mätningar. Istället har vårdrelaterade infektioner lagts in i avvikelsemodulen under slutet av 2019. I denna avvikelse rapporteras urinvägsinfektioner, lunginflammationer, infektioner i central venkateter samt hudinfektioner.

PPM- mätning för trycksår samt uppföljning av vårdrelaterade infektioner planeras till 2020.

## 9.11 Läkemedelsgenomgångar

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

En fördjupad läkemedelsgenomgång bör erbjudas samtliga patienter i hemsjukvård samt vård- och omsorgsboende en gång årligen. Patienter med få

läkemedel som vid enkel läkemedelsgenomgång konstaterats välmående och inte har läkemedelsrelaterade problem behöver inte erbjudas fördjupad läkemedelsgenomgång.

Resultat ska redovisas och innehålla antal utförda läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgångar initieras av sjuksköterska och utförs tillsammans med läkare. Regionens uppföljningsportal visar att Hallsbergs vårdcentral registrerat 227 läkemedelsgenomgångar. Av dessa är 176 enkla och 51 fördjupade. Detta innebär en ökning med 87 genomförda läkemedelsgenomgångar. Det är framförallt dom enkla läkemedelsgenomgångarna som ökat.

På Pålsboda vårdcentral har 121 enkla läkemedelsgenomgångar gjorts under 2019.

## 9.12 Medicintekniska produkter

Egenkontroll av undersökningsutrustning såsom blodtrycksmätare, droppställning, stetoskop, termometer med mera har inte följts under 2019. Detta kräver förteckning av samtliga produkter samt att arbetsuppgiften ska fördelas till apparatansvariga. Detta arbete har inte prioriterats på grund av chefsbyte inom hälso- och sjukvården samt brist på ordinarie sjuksköterskor.

På alla områden och boenden är alla lyftselar kontrollerade under 2019.

Planering för kontroll av lyftar vartannat år är gjord, men har inte påbörjats under 2019.

Arbetet med medicintekniska produkter kommer att fortsätta under 2020 med egenkontroller samt implementering av rutiner och riktlinjer inom området.

Antal avvikelser har ökat gällande medicintekniska produkter från föregående år. Det rör sig mest om individuellt förskrivna hjälpmedel som rullstol, men också omvårdnadshjälpmedel som tillbehör till säng. Oftast sker ingen skada för patient. Vid två tillfällen har läkare kontaktats. Avvikelserna sker mest i ordinärt boende, vård- och omsorgsboende för demens samt gruppboende LSS.

Orsaken till avvikelserna är framförallt brister i uppmärksamhet och rutiner.

## 9.13 Händelser och vårdskador

### 9.13.1 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 som ledde till allvarlig vårdskada för patienten som senare avled. Utredning är gjord, anhöriga har kommit till tals och åtgärder är vidtagna i form av beslut om demenscentrum med samlad kompetens inom demensområdet. En demensvårdsutvecklare är anställd.

Den andra händelsen handlar om förväxling av insulin som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada om händelsen inte upptäckts omedelbart och åtgärder vidtagits. Utredning är gjord och anhöriga har kommit till tals. Åtgärder är

vidtagna i form av uppföljning av enhetschef med personal gällande förhållningssätt kopplat till arbetsro vid iordningsställande av medicin i patientens hem. Även rutin är reviderad om märkning/förvaring av insulinpennor.

IVO (inspektionen för vård och omsorg) har avslutat båda ärendena 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.

### **9.13.2 Avvikelser i vårdkedjan**

Under 2019 har 24 avvikelser i vårdkedjan rapporterats från Hallsbergs kommun till Regionen. Detta är fler än föregående år.

Hälften av dessa avvikelser handlar om brister i utskrivningsprocessen det vill säga när inläggande patient på sjukhus ska skrivas ut till den kommunala vården. Bristerna har handlat om otillräcklig information i regionens och kommunens gemensamma verksamhetssystem Life Care. Detta har lett till bristfällig information om patienter som skrivits ut från slutenvården.

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

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

### **9.13.3 Patientnämnden**

Under 2019 fick patientnämnden in två ärenden gällande synpunkter och klagomål avseende hälso- och sjukvård i Hallsbergs kommun. Ingen av dessa ärenden är skickade till Hallsbergs kommun för begäran om svar.

## **9.14 Teamträffar**

Syfte med teamträffarna är att få en gemensam helhetsbild av brukarens/patientens behov och insatser samt att uppnå en god kvalitet och skapa trygghet för brukare/patient. Aktuella kvalitetsregister, avvikelser och skydds- och begränsningsåtgärder går igenom.

På teamträff deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef. Vid behov kan annan kompetens delta.

Teamträffar har fungerat väl på de flesta områden. På hemtjänstområde samt LSS- gruppboenden Söder har teamträffar fungerat mindre bra då sjuksköterska sällan deltar på grund av hög arbetsbelastning.

## **9.15 Nattfasta**

Rutin finns sedan tidigare för registrering av nattfasta på vård- och omsorgsboenden.



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

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

Flera enheter har gjort denna mätning under 2019. Arbeta pågår för att bryta nattfastan.

## 10 Mål och strategier för 2020

- Utifrån den Nära vården, utveckla och förtydliga arbetsmetoder för att bibehålla oberoende för den enskilde, förtydliga det förebyggande arbetet och alltid utgå från den enskildes delaktighet och inflytande i sin vardag.
- Att team registrerar, tar fram och analyserar data 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.
- 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 (medicin tekniska produkter)
- Utveckla demensvård, palliativ vård, diabetes vård samt förebyggande arbete av trycksår.
- Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.