

# **Patientsäkerhetsberättelse**

---

Social- och omsorgsnämnd

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Läsanvisning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Övergripande mål.....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Struktur för uppföljning och utvärdering .....</b>	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet .....</b>	<b>14</b>
<b>7</b>	<b>Samverkan för att förebygga vårdskador.....</b>	<b>16</b>
<b>8</b>	<b>Struktur för riskanalys .....</b>	<b>17</b>
<b>9</b>	<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</b>	<b>18</b>
<b>10</b>	<b>Hantering och klagomål.....</b>	<b>19</b>
	10.1 Klagomål och synpunkter .....	19
	10.2 Beskrivning av sammanställning och analys .....	19
	10.3 Samverkan med patienter och närstående.....	19
<b>11</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>20</b>
	11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer.....	20
	11.2 Uppföljning av åtgärder.....	20
	11.3 Noterade avvikelser under året .....	20
<b>12</b>	<b>Övergripande mål för kommande år.....</b>	<b>21</b>

# 1 Läsanvisning

## 2 Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet spänner över ett stort område med många detaljer och förbättringsområden. Det handlar om samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, enhetschefer och externa vårdgivare för och med vårdtagaren (benämns ofta patient) och dennes närstående. Rutiner ska finnas för att underlätta arbetet och med väl inarbetade rutiner får vårdtagaren en god vård och omsorg med hög säkerhet.

Ur Kvalitetsportalen kan uppgifter hämtas om bland annat användning av olämpliga läkemedel hos äldre, vissa parametrar i den palliativa vården. användning av smärtskattningsinstrument och utförda brytpunktssamtal i livets slutskede.

Nattfastemätning på särskilda boenden är gjord och visar att tiden för nattfasta överstiger de av Socialstyrelsen rekommenderade 11 timmar.

Riskbedömningar avseende undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen ska göras minst en gång/år i kvalitetsregistret Senior alert. Målet är att 90 % av personer på särskilt boende eller inskrivna i hemsjukvården ska vara riskbedömda. 2015 var 79,8 % riskbedömda. PPM trycksår gjordes i maj och september på en enhet med 8 boende. Vid första mätningen fanns 2 trycksår kategori 4. Vid andra mätningen fanns 4 trycksår kategori 1 - 3. Det visar att antalet trycksår har ökat i antal.

Margit Gerke-Flykt, Region Örebro län, har utbildat enhetschefer under 2015 hur man tar ut rapporter ur Senior Alert registret. Målet är att följa upp på enhetsnivå och se om det blir någon skillnad.

Under 2015 har BPSD-utbildning (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) genomförts för undersköterskor, arbetsterapeuter, enhetschefer och sjuksköterskor. Målet är att få igång BPSD-arbetet i teamen

Treservaadministratörsutbildning har genomförts tillsammans med Degerfors. Två arbetsterapeuter, en sjuksköterska och en IT-samordnare utbildades under två dagar. Målet är att få en säker dokumentation. Avvikelse rapportering sker via Treserva av all personal. Antalet rapporterade avvikelser har ökat och inför nästa år kan man börja titta på om det bland annat blir färre fall med de åtgärder som sätts in

Under året har HSL-rutiner genomarbetats för att säkerställa patientsäkerheten. Arbetsituationen med många vakanser gör att arbetet måste effektiviseras.

Arbetet med att uppdatera riktlinjer och rutiner fortsätter i nya intranätet och i Stratsys.

Att det finns tillräckligt med arbetsterapeuter och sjuksköterskor är viktigt för att upprätthålla patientsäkerheten. Pensionsavgångar, utbildningar och andra arbetsgivare är några orsaker till att sjuksköterskor lämnar sin anställning. Det är ett ständigt pågående arbete att rekrytera sjuksköterskor. Under 2015 har man lyckats bra, men man är trots detta ej fullt bemannad.

Arbetsterapeuter har rekryterats och tjänstgöringsgraderna har utökats. Resultat ses i verksamheten då det bland sjuksköterskorna innebär mindre koppling av andra områden och man hinner då med bättre. Arbetsterapeuterna har blivit mer delaktiga i teamarbetet.

### 3 Övergripande mål

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§)*

Varje enskild vårdtagare ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin vård och omvårdnad. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delges personal, vårdtagare och övriga medborgare. Detta som en del i en "Lärande organisation". Ledningssystemet möjliggör en struktur i verksamheten för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjligaste mån.

## **4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

### **Socialnämndens ansvar**

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### **Verksamhetschefens ansvar**

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att framta, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### **Medicinskt ansvarigas (MAS och MAR) ansvar**

MAS och MAR ska tillsammans med verksamhetschefen upprätt-hålla och utveckla verksamhetens kvalitet. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS och MAR ansvaret ingår bl.a. att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

Som stödfunktion finns också Hygiensjuksköterska på Vårdhygien och Smittskydds-enheten, Region Örebro län att använda i patientsäkerhetsarbetet.

### **Enhetschef**

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Enhetschef ansvarar också för att följa upp hur patientsäkerhetsarbetet under förgående år utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Personalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och har ansvar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

## 5 Struktur för uppföljning och utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten sker genom kontroll, att den bedrivs enligt de rutiner och processer som ingår i ledningssystemet. Social- och omsorgsnämnden har beslutat om en internkontrollplan för nämndens verksamhet. Nämnden beslutar årligen om vilka verksamheter som ska granskas. Information hämtas från Öppna jämförelser, KKiK och olika nationella kvalitetsregister. Resultatet följs upp av nämnden och ledningsgruppen. De med risk för t ex fall, undernäring och trycksår och andel åtgärder följs upp av MAS och chefer. Resultat analyseras och återkopplas till verksamheten. Förbättringsområden ses över och åtgärder vidtas av ansvarig chef. Beslut om övergripande aktiviteter omsätts i patientberättelse och verksamhetsplan.

Uppföljningen innefattar:

- Uppsatta mål
- Öppna jämförelser
- Egenkontroller
- Nationella kvalitetsregister:

Resultat från riskbedömningar i Senior alert; trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen samt punktprevalensmätningar i trycksår och fall

- Palliativa registret, kvalitetsbedömning av omvårdnad vid livets slut.
- Resultat från journalgranskningar, avvikelser och klagomål som redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen årligen.
- Hygienronder
- Granskning av läkemedelsförråd
- Avvikelse, klagomål

Regionförbundet har också kvartalsvis presenterat resultat för lokala och regionala förbättringsarbetet gällande regeringens satsning på ”de mest sjuka äldre” som; *olämpliga läkemedel, återinläggningar på sjukhus och undvikbar slutenvård*. Förbättringsförslag har sedan initierats i samverkan mellan kommunerna, slutenvården och primärvården i västra länsdelens styrgrupp och arbetsgrupp, vilka finns dokumenterade i en Handlingsplan för västra länsdelen för 2015.

Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och

Förbättringsåtgärder för att arbeta mot en högre patientsäkerhet. Egenkontroller är bland annat mätningar av följsamhet av basala hygien- och klädrutiner (BHK) och mätningar av hur många fall och trycksår som förekommer i kommunen. Dessa kontroller görs under en begränsad tid s.k. punktprevalensmätning (PPM).

### **PPM – basala-hygien- och klädrutiner**

PPM av BHK har inte gjorts under 2015 i Laxå men planeras under våren 2016 vecka 13-14

### ***Förbättringsförslag***

## Punktprevalensmätning (PPM) – trycksår och fall

Vecka 40 deltog verksamheten i Senior alerts PPM-trycksår och fall. I mätningen deltog 20 personer på säbo. En sjuksköterska och utvalda undersköterskor genomgick en webutbildning (PUCLAS) för att kunna bedöma trycksår utifrån kategorier 1-4. Kategori 1 är rodnad som inte försvinner vid tryck och kategori 4 definieras av djupt sår. Trycksår uppstår ofta på hälar, i rygglutet och sätet. De är oftast av lindrigare art och visar sig som en hudrodnad utan egentligt sår. Mätningen består av fyra delar: hudinspektion, prevention, riskbedömning och journalgranskning.

Resultat	2014(n="25")	2015 (n="20")
Antal personer med trycksår	1	3
Antal trycksår		6
Kategori 1, antal trycksår		3
Kategori 2, antal trycksår	1	1
Kategori 3, antal trycksår		2
Kategori 4, antal trycksår		0
Antal fall	4	3

**Analys:** Under 2015 fann man ett större antal sår än året innan. Det är viktigt att följa upp om våra riskbedömningar görs rätt, använder vi rätt åtgärder för att minska förekomst av trycksår och risk för trycksår

**Förbättringsförslag :** Riskbedömning av alla på särskilt boende

En väl genomarbetad rutin för hur teamet ska arbeta för att minimera antalet trycksår-olika insatser som ska granskas tex. näring, förflyttning i säng och typ av madrass.

### Senior alert

Kvalitetsregister för riskbedömning trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Målsättningen för 2015 var att börja ta ut statistik gällande fall, undernäring och trycksår på enhetsnivå två gånger per år och följa upp om insatta åtgärder gör skillnad. I år riskbedömdes cirka 85 % av de boende på säbo.

Arbete med att utveckla arbetssättet i Senior Alert pågår. Det diskuteras på APT-er och teamträffar. Det har varit svårt att få igång ett teamarbete omkring Senior Alert då det har varit mycket vakanta sjukskötersketjänster. Enhetscheferna har fått utbildning i att ta ut rapporter ur Senior Alert och ska fortsätta motivera personalen till fortsatt bedömning utifrån Senior Alert. En undersköterska från en enhet med bra utarbetade rutiner omkring Senior Alert har besökt andra enheter för att sprida det goda arbetet.

### Undernäring

Under hösten 2014 gjordes en nattfastemätning på Ramundergården. Under 2015 har det inte gjorts någon ny mätning. Resultatet visade att ingen enhet hade nattfasta under 11 timmar. Socialstyrelsen rekommenderar nattfasta på högst 11 timmar. En ny mätning under 2016 kan eventuellt visa att resultatet från föregående mätning har påverkat så nattfastan blivit kortare. Under 2015 har 88 % av de med risk för undernäring åtminstone en åtgärdsplan mot undernäring.

### Trycksår

Av 112 riskbedömningar gjorda på säbo visade 42 % risk för trycksår och 81 % av



dessa fick minst en utförd åtgärd. Se tidigare avsnitt om PPM angående trycksår, analys och förbättringsförslag

### **Fall**

Av 112 riskbedömningar gjorda på säbo visades att 107 personer hade risk för fall, 84 % av dessa har minst en åtgärdsplan. De vanligaste åtgärderna som sattes in var: larm/tillsyn, läkemedelsgenomgång, gångträning, assistans vid förflyttning och stöd vid personlig omvårdnad. Siffran är liknande från föregående år. Under året skrevs avvikelser på fall 330 gånger, varav 15 av dessa rapporterades som fall med skada.

### **Munhälsa**

Munhälsobedömningar har gjorts och visar at många har dålig munhälsa eller risk att få dålig munhälsa. Många som inte kan sköta sin munhygien själva är beroenda av att den som ger den omvårdnaden. Det ska vara koll på om man har tandlossning, blåsor i munnen eller en för dåligt sittande tandprotes. Alla ohälsoproblem i munnen kan orsaka risker som tex. undernäring och en dåligt sittande tandprotes kan lossna och orsaka risk för kvävning.

**Analys:** På säbo har man kommit igång i större utsträckning med riskbedömningar,

Riskbedömningar gäller fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Det är många som riskbedömts som har risk för dålig munhälsa. En dålig munhälsa kan bidra till undernäring. Dålig nutrition kan leda till större risk för trycksår eller dålig sårhäkning och kan även hänga ihop med ökad falltendens.

**Förbättringsförslag :** Arbeta med aktivering av vårdtagaren, sittgympa eller annan träning för att ge bättre balans och styrka.

Ny nattfastemätning under våren 2016.

Rutin för hur nattfastan ska förkortas.

Utbildning av kostombud i samarbete med Västra länsdelen under våren.

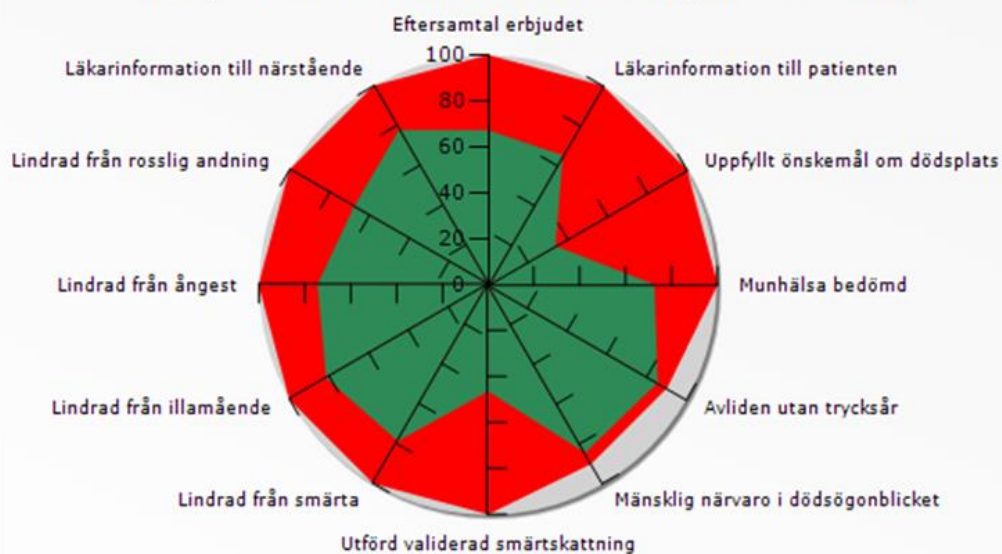
Fler munhälsobedömningar enligt ROAG för att sätta in åtgärder där risk finns

### **Svenska palliativregistret**

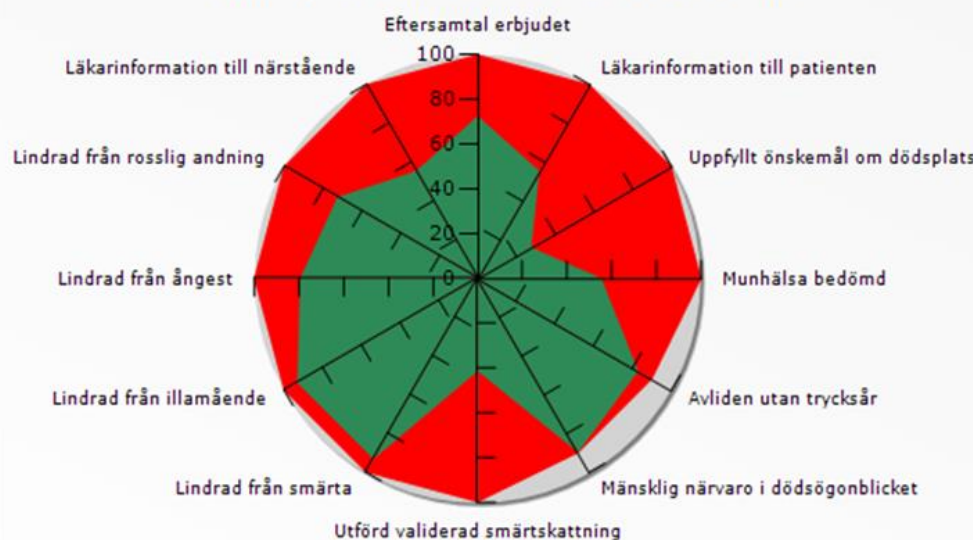
Nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskor och läkare svarar och registrerar svar på ett trettioal frågor efter att ha vårdat en person vid livets slut. Oavsett orsak till dödsfallet så är kvalitetsregistrets mål att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

- närstående är informerade om situationen
- personen är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån sina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att närstående får stöd

### Resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2015:1 - 2016:1 i Region Örebro län



### Resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2015:1 - 2016:1 i Laxå



Spindeldiagrammen visar en jämförelse mellan Laxå kommun och Region Örebro län. Laxå har många förbättringsområden då det gäller palliativ vård men Laxå är inte ensamma om detta.

Resultat:	2011-2012	2013-2014	2015
Utförda brytpunktsamtal av läkare	26 %	37 %	39 %
Utförd smärtskattning med bedömningsinstrument	0	31 %	39 %

Resultat:	2011-2012	2013-2014	2015
Utförd och dokumenterad munhälsobedömning	42 %	92 %	55 %

### Analys:

Förbättring kan göras angående smärtskattning och dokumentation av denna.

Svårare är det med läkarens brytpunktsamtal men detta kan lyftas i möte med vårdcentral, slutenvården och palliativa teamet.

### Förbättringsförslag:

Användandet av Smärtskattningsinstrument (Abbey pain scale) och att dokumentera detta samt dokumentera resultatet av smärtlindring.

Dokumentera om vårdtagaren uttrycker om önskad dödsplats

Ta upp” vikten av brytpunktsamtal och att dokumentera dessa” i möten med andra vårdgivare som vårdcentral, slutenvård och palliativa teamet.

Regelbundna träffar med palliativa teamet för att få en bra inblick i nya rön angående palliativ vård och ett gott samarbete.

### **BPSD**

Ett register som stödjer ett arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, vanliga symtom är aggressivitet, hallucinationer, apati, oro och sömnstörningar och drabbar 90 % av de med demenssjukdom någon gång. Det medför ett stort lidande för den enskilde själv men också för närstående och personal. Att arbeta med BPSD-registret ger en bra struktur i omvårdnadsarbetet och kan bidra till:

- Ökad livskvalité för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

Bedömningarna ska utföras var tredje månad eller vid behov. Under 2015 kom BPSD-utbildare från Demensteamet i Degerfors. Personal utbildades i BPSD, hur man gör skattningar, registreringar samt bemötandeplan. I BPSD-registret visas grafer då det gäller kvalitetsindikatorer:

- Andelen personer som har olämpliga läkemedel
- Andelen personer som verkar smärtfria
- Andelen personer som har bemötandeplan
- Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd
- Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel

I de fall då det är färre personer än 10 stycken visas inga staplar, för Laxå 2015 finns inga synliga staplar. Vid inloggning i systemet syns att bedömning och registrering ser ut att vara på gång på någon enhet men kanske till och med avstannat på annan enhet.

Under 2015 var trots utbildningsinsats bara 6 registreringar gjorda. Registreringar som inte är signerade kommer heller inte med i statistiken.

### Analys:

Laxå var 2013 en av få kommuner i landet som kommit igång med BPSD-registret, arbetssättet och registreringarna har helt uteblivit. Förändringen berodde dels på att demenssjuusköterskan som ansvarade för BPSD registret slutade och sjuuskötersketäckningen var mycket ansträngd.

Under 2015 satsades på utbildning av personal, tyvärr verkar det som om arbetet inte kom igång på alla enheter.

### Förbättringsförslag:

Enhetscheferna behöver följa upp resultat och användning kvartalsvis av BPSD på demensenheterna.

Arbetet behöver komma igång och bli en arbetsrutin

### **Journalgranskning**

MAS och MAR har granskat 20 journaler vid ett tillfälle under året samt kontinuerligt gjort stickprovskontroller.

Granskning av omvårdnadsjournaler	2013 Ja (%)	2014 Ja (%)	2015 Ja (%)
1. Finns fullständiga uppgifter om vårdtagarens identitet	100	100	100
2. Finns notering om omvårdnadsansvarig sjuusköterska	-	92	45
3. Finns notering om omvårdnadsansvarig arbetsterapeut	-	-	90
4. Finns notering om patientansvarig läkare	-	67	40
5. Finns notering om anhörig/närstående	100	100	55
6. Finns notering om &quot;ringa nattetid&quot;	5	0	0
7. Finns notering om samtycke	45	70	60
8. Finns aktuell vårdstatus	79	100	55
9. Finns individuell vårdplan	75	90	85
10. Är tidpunkt för vårdåtgärderna tydligt angivna	-	45	10
11. Är journalen skriven på ett för vårdtagaren lättförståeligt sätt?	100	100	100
12. Finns uppgifter om vårdtagarens egna önskemål vad avser vård och behandling?	-	49	30

### **Förbättringsförslag: Förra årets**

### **Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel**

Användningen av läkemedel hos äldre är inte ovanligt med i medeltal 8–10 olika läkemedel/dag i riket. Läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedels-användningen hos äldre kan ofta kopplas samman med akuta inläggningar på sjukhus. Läkemedel som förskrivs och tas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Det rör sig om både stående läkemedel och läkemedel som tas vid behov. Statistiken plockas sedan ut för de personer som är 75 år och äldre. De läkemedel som bedöms som olämpliga för äldre är bl. a: Tramadol, Propavan, bensodiazepiner som Stesolid, Flunitra-zpam och Nitrazepam samt preparat med antikolinerg effekt som Detrusitol, Atarax, m.fl.

Av 53 vårdtagare på säbo med läkemedel dosdispenserade via Pascal hade 5 personer vad som betecknas som olämpliga läkemedel till äldre. Det betyder att 9,4 % av vårdtagarna står på för äldre olämpliga läkemedel. Vissa läkemedel kräver viss dosjustering när man använder dem till äldre som tex. Risperidon och Sobril, dessa är förskrivna relativt ofta men ingen av dem som var ordinerad dessa läkemedel hade över rekommenderad dos till äldre.

### **Analys:**

I Laxå kommun har de som är 75 år och äldre förskrivits läkemedel som är olämpliga för sin åldersgrupp i 9,2 % av fallen. Det är alltså något högre på särskilt boende vilket inte är helt överraskande. Målet i kommunen är att högst 9,4 % av de över 75 år ska stå på ”olämpliga läkemedel”

### **Förbättringsförslag:**

Fortsätta att arbeta med regelbundna läkemedelsgenomgångar.

Arbetet med BPSD kan även den ge ett minskat läkemedelsanvändande då personalens kunskap om bemötandets värde för den oroliga eller aggressiva vårdtagaren.

## 6 Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### Dokumentation

Ett gemensamt utbildningstillfälle på två dagar ordnades tillsammans med Degerfors En konsult från leverantören CGI, anlätades i två heldagar till Degerfors där Laxås blivande administratörer deltog. Syftet var att ett kompetenshöjande hos sjuksköterske- och arbetsterapeutgruppen. IT-samordnaren deltog också. Tanken är att det som dokumenteras ska vara av god kvalitet, det ska var lätt att hitta i systemet och systemets hela potential ska nyttjas. Träff i systemadministratörsgruppen är planerad.

### Avvikelsehanteringen

Avvikelserapportering sker i Treserva. De avvikelser som kommit in under året är till antalet Under januari 2016 planeras träffar med MAS och MAR för enhetschefer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Där analysen av avvikelse ska gås igenom och åtgärder ska följas upp.

### Läkemedelsförråd och läkemedelshantering

Att granska läkemedelsförråden var tänkt som en uppgift där sjuksköterskorna åkte till Degerfors eller Karlskoga för att göra en kollegial granskning. På grund av vakanta tjänster och en hög arbetsbelastning har detta inte kunnat planeras in. MAS i Karlskoga och MAS i Degerfors/Laxå har därför kommit överens om att granska varandras förråd. Detta för att granskningarna ska ske med viss regelbundenhet.

Narkotikaförråd granskas av en nattsköterska, det har därför inte blivit så regelbundet som det är tänkt. Nattsköterskorna ska därför hjälpas åt att granska akut- och buffertförråd en gång per månad.

### Samverkan vid in och utskrivning på lasarett och vårdplanering

För att förbättra kvaliteten och ge förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre i Örebro län har ViSam modellen fortsatt att implementerats i länets kommuner och på sjukhusen. Modellen består av tre delar:

- **Beslutstöd**, ett verktyg för kommunens sjuksköterskor att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske (akutmottagning, primärvård, hemma). Detta ska användas för att alltid ge vårdtagaren samma professionella bedömning samt att det ska vara oberoende av vem som gör bedömningen.
- **SIP**, samordnad individuell plan, när en person har behov av insatser av flera olika vårdgivare och socialtjänst. Detta ska enligt plan bli ett vanligare arbetssätt.
- **Säker utskrivning**, en modell med stöd och checklistor för sjukhuset där risker och behov identifieras och planeringen anpassas utifrån den enskildes behov inför hemgång. I mycket liten omfattning har slutenvårdens dokument använts vid bedömning av patientens möjlighet att gå direkt hem eller behöver vårdplaneras.

### Vårdplanering på distans

Utskrivning på distans planeras, detta har fungerat förr i kommunen men på grund av utrustning som inte längre fungerade lades detta på is.

### SBAR-kort

SBAR är ett sätt att kommunicera strukturerat. Om vårdpersonalen använder SBAR

som är ett sätt att strukturera samtalet, minskar riskerna för att information glöms bort eller misstolkas. I förlängningen minskar därför risken för vårdskador. SBAR går att använda i dialogen mellan personal, patienter och anhöriga. Ett enklare kort har använts under året som mer inriktar sig till frågor som undersköterskan och vårdbiträdet kan använda.

## **7 Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är Socialförvaltningens samverkan med andra vårdgivare för hälso- och sjukvård. Formerna för samverkan regleras bland annat i samverkansdokument som finns att hämta på den gemensamma samverkansportalen VVF [www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivare/VVF-sidan/](http://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivare/VVF-sidan/)

Under hösten anställdes en Verksamhetsutvecklare för Närsjukvårdsområde väster. Den tjänsten är delad mellan kommunerna i västra länsdelen och Karlskoga lasarett. Redan har vi sett fördelar med detta samarbete, det handlar mycket om säker hemskrivning från lasarettet, kommunikation mellan Region Örebro län och kommunerna.

Gemensamt i samverkan finns också MAS/MAR nätverket i länet som har gemensamma riktlinjer och rutiner i övergripande ansvarsfrågor.

### **Samordnad vårdplanering mellan olika vårdgivare**

I Örebro län finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna och Region Örebro län. Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhus. De mest sjuka äldre har ett särskilt stort behov av en individanpassad och sammanhållen vård och omsorg. Detta ställer krav på helhetssyn och samarbete över professions- och organisationsgränserna.

### **Samverkansformer**

- I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de tre vårdgivarna; slutenvården, primärvården och Karlskoga, Degerfors och Laxå kommun. Syftet är att tillsammans hitta bra arbetsformer för att vårdtagarna och deras anhöriga ska känna sig trygga, de ska ha säkra in och utskrivningar och behandlas på rätt vårdnivå
- Arbetsterapeuter i västra länsdelens kommuner och arbetsterapeuterna på lasarettet, rehabchef och MAR har haft två träffar under året och tagit upp frågor kring samverkan mellan lasarettet och kommunerna med fokus på rehabilitering.
- Samverkan med Primärvården i Laxå har skett genom gemensamma möten vid två tillfällen under året där verksamhetschef, MAS, enhetschef för sjuksköterskor och arbetsterapeuter deltagit. Även träffar mellan läkare, MAS och enhetschef för sjuksköterskorna har genomförts vid ett tillfälle.
- Läkarronder har utförts regelbundet enligt samverkansavtal på säbo och korttidsenheten. I hemsjukvården har hembesök av primärvårdens läkare utförts vid behov, ingen speciell tid för ronder finns avsatt i hemsjukvården. Sjuksköterskorna ringer eller faxar läkaren vid behov.
- Samverkan mellan arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna i Primärvården sker kontinuerligt i Laxå och de träffas varje vecka för att bedöma inkomna remisser och planerar för gemensamma besök. Sjukgymnaster kommer och gör bedömningar, instruerar personal och ger även enstaka behandlingar vid behov.

### **NPÖ**

Nationell patientöversikt, NPÖ, är ett sätt för sjuksköterskor och arbetsterapeuter att efter vårdtagares samtycke ta del av slutenvården och primärvårdens journalanteckningar via datorn, på de vårdtagare som man har en vårdrelation till, för att enklare och snabbare få information mellan vårdgivare.



## 8 Struktur för riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

I verksamheten bör göras riskanalyser för att bedöma det arbete som ska utföras.

Rutin för riskanalyser det vill säga hur vi fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten finns inte idag. I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns strukturer för hur riskanalys ska användas.

En riskanalys som gjorts var angående sjuksköterskebristen och den risk för patientsäkerheten som den innebar. Det gjordes genomgång av arbetsrutiner för att se hur de kunde uppdateras för att minimera riskerna.

En ständig rekrytering av sjuksköterskor har pågått.

### **Förbättringsförslag:**

Arbeta med riskanalys i Stratsys och ta fram en rutin för riskanalys.

## 9 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

### **Avvikelser**

Rapportering av avvikelser och händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada gör personalen direkt i journalsystemet Treserva. Det medför en smidig och säker rapportering till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för snabb hantering i teamet. Analysarbetet ska ske i teamet.

### **Avvikelser som rapporterats under året är:**

Fall (alla kategorier) 330

Läkemedelsavvikelser (alla kategorier) 59

Övrigt 113

Våld mellan brukare som under föregående år hade ökat, här sågs nu endast en avvikelse skriven.

Under året gjordes en Lex Maria anmälan. Åtgärder utfördes för att händelsen inte skulle upprepas.

## **10 Hantering och klagomål**

### **10.1 Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6*

Klagomål och synpunkter tas emot direkt ute i verksamheten av personal, chefer, MAS och MAR, de kan också komma via kommunens hemsida. Enhetschef ansvarar för att återkoppla till den som inlämnat klagomålet om denne inte är anonym.

Syftet är att undvika att händelser upprepas och att rutiner förbättras för att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister.

### **10.2 Beskrivning av sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

Under 2015 har inga klagomål registrerats och diarieförts.

MAS har gjort en Lex Maria anmälan då en vårdtagares tansprotes lossnade och fastnade i svalget och inte upptäcktes förrän efter ett dygn.

#### **Analys:**

MAS anser att situationen med sjuksköterske- och arbetsterapeutbristen har förbättrats avsevärt under året. Färre vakanta sjukskötersketjänster och förhöjd arbetsterapeutbemanning.

Nyanställda sjuksköterskor har upplevt att det har fungerat bra med inskolning, många hyrföretag har anlåtats under 2015 och rutinerna som arbetats upp har blivit bättre för personal som kommer och inte känner till verksamheten så väl.

Fortfarande är dock arbetsbelastningen stor och sjuksköterskornas enhetschef får arbeta som sjuksköterska för att täcka vakanser

### **10.3 Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4§*

Finns i dagsläget inget strukturerat forum för medverkan av patienten och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet.

## **11 Resultat**

### **11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

#### **Strukturmått**

Gjorda egenkontroller under året :

**PPM- trycksår/fall**

**Palliativ smärtskattning**

**Nattfastemätning**

### **11.2 Uppföljning av åtgärder**

**Vilka åtgärder aktiviteter har gjorts för att följa upp resultat av egenkontroller:**

**Ökat antal risbedömningar i Senior alert som vid upptäckta risker leder till åtgärder.**

**Användning av smärtskattningsinstrument och dokumentera för bättre smärtlindning i livets slut**

**BPSD-bedömningar som leder till bemötandeplaner för att förbättra livskvalité och minska användandet av olämpliga läkemedel**

### **11.3 Noterade avvikelser under året**

Antal avvikelser registrerade i treserva

Fall (alla kategorier) 330

Läkemedelsavvikelser (alla kategorier) 59

Övrigt 113

En Lex Maria -anmälan gjordes av MAS

## 12 Övergripande mål för kommande år

- **Trycksår** – Fortsätta utföra mätningar gällande trycksår för att säkra att ingen ökning sker. Uppföljning 2 gånger/år på enhetsnivå.
- **Hygien** - Mätningar ska göras och följas upp på omsorgs och LSS boenden
- **Fall** - Teambaserat arbete med rutiner och åtgärder för att minska fall
- **Undernäring**- Nattfastemätning under våren. Gemensam utbildningstillfälle med Karlskoga och Laxå, Kontroll via Senior Alert att inte personer med risk för undernäring ökar
- **BPSD**- Arbetsättet implementeras på demensboenden och i teamen