

Patientsäkerhetsberättelsen 2016

Ann-Christin Andersson-Leeman MAS

Katarina Olsson MAR

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Sammanfattning	4
3	Övergripande mål.....	5
4	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
5	Struktur för uppföljning och utvärdering	7
6	Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
7	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	12
8	Struktur för riskanalys	13
9	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
10	Hantering och klagomål.....	15
	10.1 Klagomål och synpunkter	15
	10.2 Beskrivning av sammanställning och analys	15
	10.3 Samverkan med patienter och närstående.....	15
11	Resultat.....	16
	11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer.....	16
	11.2 Uppföljning av åtgärder.....	16
	11.3 Noterade avvikelser under året	16
12	Övergripande mål för kommande år.....	17

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.

I patientsäkerhetsarbetet ingår bland annat att arbeta mot de mål som är satta av Styrgruppen i Västra länsdelen och Social- och omsorgsnämnden i Laxå.

Sammanhållen vård och omsorg där patienten vårdas på rätt vårdnivå. Där mer kortsiktiga mål är att sjuksköterskor anställda av kommunen ska utbildas i och använda Visam beslutsstöd, vilket förväntas öka en säker utskrivning. Vårdplanering på distans samt att börja arbeta med SIP:ar.

Förebyggande arbetssätt och rehabilitering som ska förbättras genom att riskbedömningar görs angående undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen minst en gång/år. Bedömningar registreras i Senior alert. Minskning av risk för och att drabbas av undernäring, trycksår och fall har ägnats extra uppmärksamhet till under året.

God vård vid demenssjukdom vilket innebär att personer med demenssjukdom och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) ska bedömas enligt NPI-skattning för att få bemötandeplan enligt den sjukdomsfas personen befinner sig i. Registrering ska göras i BPSD-registret. Personal ska få möjlighet till utbildning i BPSD för att kunna bemöta den demenssjuke professionellt.

God vård i livets slutskede är komplext och innehåller många delar och olika professioner för att teamarbetet ska fungera. De indikatorer som ska användas och förbättras är brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa samt ordination av injektion ångestdämpande läkemedel vid behov.

God läkemedelsbehandling för äldre genom att minska att personer över 75 år inte har för åldersgruppen olämpliga läkemedel förskrivna.

Basala hygienrutiner och klädregler är grunden till ett arbete som ska minska risk för smittspridning, minska vårdskador med att minska risk för vårdrelaterade infektioner,

Rutiner och riktlinjer undergår ständig revidering och genomarbetning för att säkerställa patientsäkerheten.

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 ansvariga (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.

Stödfunktioner med specialistkompetens

Medicintekniker: Ansvar för hjälpmedel, service, installation och nedmontering etc.

Hygiensjuksköterska: Ansvarig för att det finns aktuella hygienrutiner för regionen och behjälplig med bland annat information på personalmöten.

Verksamhetsutvecklare i närsjukvårdsområde väster: Ansvar att titta på samarbetsvägar mellan olika huvudmän och utveckling av en vård och omsorg med kvalité, behjälplig med utbildningsinsatser

Sjukgymnast/fysioterapeut: Ansvar för rehabilitering av vårdtagare på särskilda boenden och i ordinärt boende.

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 (kommunens kvalitet i korthet) och olika nationella kvalitetsregister. Resultatet följs upp av nämnden, ledningsgruppen, MAS, MAR och enhetschefer. 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
- Rapportuttag ur nationella kvalitetsregister: Senior Alert, Palliativa registret och BPSD-registret.
- Journalgranskningar i samband med avvikelser och klagomål.
- Hygienronder
- Granskning av läkemedelsförråd

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 bland annat av följsamhet i basala hygien- och klädrutiner (BHK) och hur många fall och trycksår som förekommer i kommunen. Dessa kontroller görs under en begränsad tid s.k. punktprevalensmätning (PPM).

6 Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Varje år 1:a mars ska patientsäkerhetsberättelse för föregående år upprättas av vårdgivaren. 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.

Fortsatt arbete mot de mål som är satta, detta genom att försöka åtgärda de risker och brister som upptäcks vid riskbedömningar, PPM och kvalitetsbedömningar. I patientsäkerhetsarbetet ingår bland annat att arbeta mot de mål som är satta av Styrgruppen i Västra länsdelen och Social- och omsorgsnämnden i Laxå.

Mål: Sammanhållen vård och omsorg. Där mer kortsiktiga mål är att sjuksköterskor anställda av kommunen ska utbildas i och använda Visam beslutsstöd. Det ska ge sjuksköterskan vägledning om patienten behöver komma till akutmottagning, kan avvakta tid på vårdcentral eller vara hemma med uppföljning. Det leder till **sammanhållen vård och omsorg** där patienten ska vårdas på rätt vårdnivå, vilket förväntas öka en säker utskrivning. Vårdplanering på distans är också en del av förbättringsarbetet samt att börja arbeta med SIP:ar (samordnad individuell plan).

Aktivitet: Under året utbildades alla sjuksköterskor i kommunen i att använda Visam beslutsstöd. Detta är ett bedömningsinstrument och checklista för patienten då dennes sjukdomstillstånd försämras.

Teknisk utrustning ordnades på vårdcentralen för möjlighet till vårdplanering på distans. Arbetet med SIP:ar planeras.

Resultat: Fler personer blir bedömda efter samma kriterier vilket inte bara leder till vård på rätt nivå utan också ett professionellt förhållningssätt som ger ökad trygghet till patient och närstående. Uppföljning gjordes under Januari månad (2017) som visar att av 23 inskickade patienter till sjukhus hade 9 personer inte bedömts enligt beslutsstödet.

Antal vårdplaneringar på distans har varit många, det har fungerat både mot USÖ och Karlskoga lasarett.

Analys: Att beslutsstödet inte används har olika orsaker men anmärkningsvärt är att det inte finns någon notering om att sjuksköterskan har använt beslutsstödet för att bedöma en försämrad patient på boende eller i ordinärt boende som ett bedömnings och uppföljningsinstrument där man inte skickar in patienten.

Förbättringsförslag: Vid möten mellan sjuksköterskor och MAS ta upp vikten av att använda beslutsstödet även på den person som inte skickas till sjukhus, till exempel inför kontakt med primärvårdsläkare.

Alla nyanställda sjuksköterskor ska få utbildning i att använda beslutsstödet.

Mål: Förebyggande arbetssätt och rehabilitering som ska förbättras genom att riskbedömningar görs angående undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen minst en gång/år. Bedömningar registreras i Senior alert. Minskning av risk för och att drabbas av undernäring, trycksår och fall har ägnats extra uppmärksamhet till under året.

Aktivitet: För att bedöma risker som ovan görs riskbedömningar i Senior Alert minst en

gång per år då det gäller undernäring, fall och trycksår. Nattfasta mättes under en vecka på särskilt boende. En PPM gjordes under hösten angående trycksår och fall.

Fall som inträffar inom särskilt boende eller i ordinärt boende registreras som avvikelser i Treserva (av den som upptäcker att personen hade ramlat), och som händelse i Senior Alert av arbetsterapeut.

Resultat: Totalt gjordes 224 riskbedömningar under 2016. *Undernäring* mättes i Senior Alert hur många som hade risk för undernäring och hur många som faktiskt var undernärda. Efter mätning och registrering av risker finns i systemet en rad olika förslag på åtgärder för att minska riskerna för undernäring. Vilka åtgärder som anses lämpliga avgörs i teamet. Totalt i kommunen sågs vid 52 bedömningar BMI-värde <22. Av dem med risk för undernäring hade 94 % en åtgärdsplan för att minska risken.

Nattfastemätning gjordes under våren. Resultatet visade att de flesta enheter hade längre medel nattfasta än 11 timmar som är den längsta rekommenderade nattfastan enligt socialstyrelsen. En rutin skrivs för att minska risk för undernäring i denna inkluderades några handfasta tips om hur man kunde tillföra näring för att minska risken och eller undernäring.

Under året har 113 *fall* registrerats i Senior alert. I Treserva har 271 fall registrerats. Under året har arbetsterapeuterna fått in som rutin att lägga in fall i Senior Alert. Dessa följs upp på teamträffar och åtgärder sätts in och följs upp. Av dem med risk för fall hade 95 % åtgärdsplan för att minska riskerna.

Trycksår under året rapporterades 28 trycksår, under mätningen som gjordes under hösten sågs 43 personer med trycksår varav en person med grad 3 och en med grad 4.

Munhälsostatus har inte registrerats i så stor utsträckning men att det ses ur rapport i Senior Alert att de med risk för ohälsa i munnen så har 84% åtgärdsplan för att minska risken.

Analys: Ny mätning bör ske i vår på alla särskilda boenden gällande *nattfasta*.

När det gäller *fall* är det inte säkert att man kommer åt att minska antalet. Det kan bero bland annat på att patienter går upp och går på egen hand och vill röra på sig. Begränsningsåtgärder som hindrar personen att vara uppe och röra på sig bör sällan eller aldrig förekomma.

Trycksårsmätning sker varje år, med registrering även i Senior Alert, viktigt att en teambaserad rutin följs för att undvika alla grader av trycksår.

Förbättringsförslag: Vid undernäring och/eller nattfasta över 11 timmar ska de åtgärdsförslag som finns i Senior Alert implementeras och sättas in där risk finns.

Fall bör registreras så långt som möjligt i Senior Alert. Utbildning om trycksår och positionering kommer att ske under året. Utbildning i förflyttningsteknik ska starta under 2017. Det kommer att minska risk för trycksår samt förbättra arbetsmiljön.

ROAG, bedömningsinstrument för munhälsa bör användas vid alla riskbedömningar.

Mål: God vård vid demenssjukdom vilket innebär att personer med demenssjukdom och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) ska bedömas enligt NPI-skattning för att få bemötandeplan enligt den sjukdomsfas personen befinner sig i. Registrering ska göras i BPSD-registret. Personal ska få möjlighet till utbildning i BPSD för att kunna bemöta den demenssjuke professionellt.

Aktivitet: I BPSD-registret kan den demenssjukes problemområden noteras för att sedan ta fram en bemötandeplan. Var 3:e månad görs en uppföljning. Personal (BPSD-ombud) har fått utbildning.

Resultat: Arbetet med registreringar har blivit bättre. Vissa enheter har kommit igång. Viktigt att få till utredningar för eventuell diagnos.

Analys: I kommunen finns inget demensteam eller demenssjuksköterska därför blir arbetet med demensvården till viss del eftersatt.

Förbättringsförslag: Bra om BPSD-ombuden håller sig uppdaterade på området. Viktigt att sprida kunskapen om bemötandet.

Förhoppningsvis kommer en demenssjuksköterska bli möjlig att anställa i framtiden. Kanske kan även uppföljning ske i samverkan med Demensteamet i Degerfors

Mål: God vård i livets slutskede är komplext och innehåller många delar och olika professioner för att teamarbetet ska fungera. De indikatorer som ska användas och förbättras är brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa samt ordination av injektion ångestdämpande läkemedel vid behov.

Aktivitet: Örebro län (Landsting och kommuner) har köpt in webbutbildning om Allmän Palliativ vård för alla som vårdar personer i livets slutskede. Nationella riktlinjer, överenskommelse i västra länsdelen samt rutin i Laxå kommun om palliativ vård ska följas.

Resultat: Webbutbildningen har planerats och personal av alla kategorier har startat i kommunen. Siffror visar att Laxå har flest personal i länets kommuner procentuellt sett som utbildningen i Laxå (osäkert om detta var under 2016).

Analys: Viktigt att personal har relevant kunskap då de ställs inför den döende patienten, det kan vara en gammal demenssjuk person eller en ung småbarnsförälder. Utbildningen kan ge viss kunskap men även personalens arbetslivserfarenhet samt livserfarenhet betyder mycket i sammanhanget.

Förbättringsförslag: Bra om personalen har möjlighet att diskutera utbildningen i grupper om frågeställning väcks. Fortsatt arbete med att läkare håller i brytpunktsamtal, att smärta skattas, följs upp efter smärtlindring och registreras. Munhälsa kontrolleras och registreras i ROAG regelbundet för förbättrad munvård.

Mål: God läkemedelsbehandling för äldre genom att minska att personer över 75 år inte har för åldersgruppen olämpliga läkemedel förskrivna. De siffror som tagits fram gäller hela kommunens innevånare, alltså inte bara dem vi hjälper inom särskilt boende och hemsjukvården.

Aktiviteter: Läkemedelsgenomgångar årligen för vårdtagare på särskilt boende och i hemsjukvården där kommunens sköterska ansvarar för läkemedel.

Resultat: Läkemedelsanvändning av olämpliga läkemedel för dem > 75 år är i år 8,35 % (hela kommunen)

Analys: Svårt att veta hur stor andel av de patienter vi har inskrivna i hemsjukvården och på särskilt boende som står på olämpliga läkemedel. Det vi vet är att vi har en grupp av läkare som har varit på orten länge och våra patienter träffar oftast läkare som känner dem. Det blir mer kontinuitet. Även gruppen av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har stor betydelse då det handlar om utvärdering av läkemedel och dess effekter och bieffekter.

Förbättringsförslag: Fortsatt årliga kontroller och rapportering av hur patienten reagerar på behandling.

Mål: Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är grunden till ett arbete som ska minska risk för smittspridning, minska vårdskador med att minska risk för vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter: Mätning av följsamhet av BHK. HALT mätning det vill säga mätning av vårdrelaterade infektioner.

Analys: När ny personal börjar så följer man ofta hur redan van personal arbetar och förhåller sig till rutiner och riktlinjer

Förbättringsförslag: Mättningsresultat behöver presenteras i arbetsgrupperna (alla kategorier). Med små medel skulle det bli mycket bättre. Att påminna varandra och att alla förstår att vi kan skada patienterna, arbetskamrater samt oss själva genom att sprida infektioner.

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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-varldgivarer/VVF-sidan/

Verksamhetsutvecklare för Närsjukvårdsområde väster har en stor del i att samverkan sker och att informationsutbyte ska fungera. Denne leder även utbildning i till exempel Senior alert. Det handlar även en hel del arbete 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 samt samordnad individuell plan SIP

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.
- Läkarronder har utförts regelbundet enligt samverkansavtal på särskilt boende och korttidsenheten. I hemsjukvården har hembesök av primärvårdens läkare utförts vid behov, tid för ronder finns avsatt i hemsjukvården på vårdcentralen. 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) 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. Under hösten infördes rutinen "Sluta faxa" vilket innebär att patient som skrivs ut får med läkemedelslista på papper men resterande anteckning ses i NPÖ. Västra länsdelen var med i ett första skede, arbetssättet har nu implementerats i hela länet.

8 Struktur för riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I verksamheten bör göras riskbedömningar för att bedöma förändringar och arbetsätt och dess konsekvens.

Rutin för riskanalyser (riskbedömning) det vill säga hur vi fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten finns idag på det gemensamma intranätet.

9 Hälso- 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) 292 (2015 var det 330)

Läkemedelsavvikelser (alla kategorier)82 (Under 2015 var det 59)

Övrigt 426 (2015 var det 113)

Viktigt att veta att avvikelserapporteringen i Treserva kom igång först under 2015.

Lex Maria En Lex maria gjordes under året. Det rörde sig om ett suicid. Detta utmynnade i att IVO vill se åtgärder. En riktlinje för suicidprevention togs fram.

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 §

MAS och MAR anser att situationen med sjuksköterske- och arbetsterapeutbemanningen har förbättrats avsevärt under året. Färre vakanta sjukskötersketjänster och förhöjd arbetsterapeutbemanning. Det är dock en mycket skör verksamhet.

Det fattas fortfarande en demenssjuksköterska.

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. Det finns en möjlighet att lämna klagomål och synpunkter via nätet, telefon eller brevledes.

Viktigt att involvera närstående i omvårdnaden. Detta kan vara praktiska åtgärder om den närstående önskar så men ofta ifråga om personens förflutna, vad tycker hen om att göra, äta, lyssna på etc.

11 Resultat

11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer

Strukturmått

Gjorda egenkontroller under året :

PPM – basala-hygien- och klädrutiner.

PPM gjord under våren, görs en gång varje år

Punktprevalensmätning (PPM) – trycksår och fall

Vecka 40 deltog verksamheten i Senior alerts PPM-trycksår och fall. Görs årligen

Senior alert

Kvalitetsregister för riskbedömning trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Görs en gång per år och vid förändrat behov/förändrad risk gällande trycksår, undernäring och fall

Palliativa registret

Registrering sker vid dödsfall på särskilt boende eller person inskriven i hemsjukvården som avlider i kommunens vård.

BPSD

Ett register som stödjer ett arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Registrering görs regelbundet, bör ske var 3:e månad.

Journalgranskning

MAS och MAR granskar journaler regelbundet vid avvikelser och klagomål

Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel

Varje år går läkaren igenom läkemedel som förskrivits till personer på särskilt boende samt personer som har hjälp med läkemedelstilldelning.

11.2 Uppföljning av åtgärder

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

Åtgärder som görs efter riskbedömning i Senior alert följs upp regelbundet.

Användning av smärtskattningsinstrument och att dokumentera för bättre smärtlindring i livets slut

BPSD-bedömningar som leder till bemötandeplaner för att förbättra livskvalité och minska användandet av olämpliga läkemedel bör bli mycket bättre

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

Mål för 2017

- Minskad läkemedelsanvändning av olämpliga läkemedel.
- Fortsatt arbete med att minska fall via minskad undernäring, fysisk aktivitet och läkemedelsgenomgångar
- Fortsatt arbete med hemrehabilitering. Säker in- och utskrivning genom fortsatt arbete med Visam beslutsstöd samt LifeCare som kommer att ersätta Meddix
- Regelbundna teamträffar
- Genomförande av palliativ webutbildning fortsätter under året