

# **Patientsäkerhetsberättelse 2018**

---

Socialchef Madelene Maxe

## 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>8</b>
<b>7</b>	<b>Samverkan för att förebygga vårdskador.....</b>	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>Struktur för riskanalys .....</b>	<b>12</b>
<b>9</b>	<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</b>	<b>13</b>
<b>10</b>	<b>Hantering och klagomål.....</b>	<b>14</b>
	10.1 Klagomål och synpunkter .....	14
	10.2 Beskrivning av sammanställning och analys .....	14
	10.3 Samverkan med patienter och närstående.....	14
<b>11</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>15</b>
	11.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer.....	15
	11.2 Uppföljning av åtgärder.....	18
	11.3 Noterade avvikelser under året .....	18
<b>12</b>	<b>Övergripande mål för kommande år.....</b>	<b>19</b>

# 1 Läsanvisning

## 2 Sammanfattning

### Sammanfattning Patientsäkerhetsberättelse 2018

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. Processbeskrivningar med kopplade rutiner ska finnas för att underlätta arbetet och med väl implementerade rutiner är målet att vårdtagaren får vård och omsorg med god kvalitet och hög säkerhet.

- När det gäller målet att minska förskrivningen av olämpliga läkemedel i målgruppen 75 år och äldre sjönk siffran ytterligare till 7,3 % under 2018. Siffran avser hela Laxås befolkning, inte bara inskrivna i hemsjukvården, och en positiv trend syns.
- Arbetet med riskanalyser fortsatte under 2018. Chefer, hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal fick utbildning av västra länsdelens samverkansledare och medicinskt ansvarig för rehabilitering.
- I kvalitetsregistret Senior Alert låg antalet registreringar på samma nivå som 2017. Det sker ett bra arbete med att analysera bakomliggande orsaker, upprätta åtgärdsplaner och följa upp utförda åtgärder. Antal registrerade trycksår minskade något under året. Även om det var en marginell minskning, ses det som en positiv trend då antalet 2016 var betydligt högre.
- Läkemedelsgenomgångar gjordes för de som har fler än fem läkemedel.
- Att arbeta strukturerat med hemrehabilitering i team var svårt under första halvan av året då regionen hade svårt att bemanna med fysioterapeuter. Sedan halvårsskiftet finns fysioterapeuter på plats och förutsättningarna för att jobba vidare med hemrehabilitering förbättrades. Fysioterapeuterna fick tillgång till verksamhetssystemet och kunde därmed lägga in sina hälso- och sjukvårdsbeställningar för vidare export till TES för planering.
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård innebär ett snabbare flöde av utskrivningar från slutenvården. Hemtagningsteamets arbete underlättade hemgångarna och bidrog till en ökad trygghet för dem som kom hem från sjukhuset. De som inte gick hem bereddes korttidsplats. Regelbundna möten förekom med västra länsdelen och vårdcentralen.
- Planen att ta fram en rutin för regelbundna teamträffar fullföljdes inte under 2018 utan kvarstår som aktivitet inför 2019.
- Genomförande av palliativ webbutbildning fortsätter under 2019 och sammanlagt har 173 personal hittills genomgått utbildningen
- Journalgranskning genomfördes i samband med avvikelshantering.

### **3 Övergripande mål**

#### **Mål för 2018**

- 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 nya Lifecare SP.
- Rutin för regelbundna teamträffar.
- Genomförande av palliativ webbutbildning fortsätter under året.
- Journalgranskning - strukturerad kollegial granskning.

## **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 (2017:30), 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 för hälso- och sjukvård upprätthålla 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: ansvarar för hjälpmedel, service, installation och nedmontering etc.

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

Verksamhetsutvecklare i närsjukvårdsområde väster: ansvarar för samarbetsvägar mellan olika huvudmän, utveckling av en vård och omsorg med kvalitet och är behjälplig med utbildningsinsatser.

Fysioterapeut: ansvarar 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 föregående 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 av 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, 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, senast 1 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. Med väl inarbetade rutiner får vårdtagaren en god vård och omsorg med hög säkerhet.

Arbetet fortsätter mot att nå satta mål 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:** *God läkemedelsbehandling för äldre. Minska användandet för personer över 75 år av för åldersgruppen olämpliga läkemedel.*

De siffror som tagits fram gäller hela kommunens innevånare, alltså inte bara dem vi hjälper inom hemsjukvård på särskilt boende och i ordinärt boende.

**Aktiviteter:** Årliga läkemedels genomgångar för vårdtagare på särskilt boende och i hemsjukvård där kommunens sköterska ansvarar för läkemedel.

**Resultat:** Läkemedelsanvändning av olämpliga läkemedel för dem 75 år i Laxå kommun var 2018 7,3 % i jämförelse med 2017 då siffran var 7,81 %.

**Analys:** Läkare och sjuksköterskor gör bedömningar av olämpliga läkemedel för åldersgruppen och det ses ett stadigt minskande användande av olämpliga läkemedel.

**Förbättringsförslag:** Fortsatt årliga läkemedelsgenomgångar för alla med fem läkemedel eller fler.

**MÅL:** *Minska fall genom minskad förekomst av undernäring, ökad fysisk aktivitet och läkemedelsgenomgångar. Riskbedömningar görs mer regelbundet.*

**Aktivitet:** Utbildning i rapportuttag ur Senior alert där alla inblandade professioner deltagit. Riskbedömningar ska ske mer regelbundet enligt rutinen. Vidare ska kampanjer genomföras i samhället som handlar om vikten av bland annat fysisk aktivitet.

**Resultat:** Under 2018 hade hela socialförvaltningen totalt 425 inrapporterade fall i avvikelsemodulen i Treserva. I senior alert framkommer att 131 personer riskbedömts. 45 personer har ett registrerat BMI < 22 som tyder på undernäring. Läkemedelsgenomgångar görs årligen på dem som har mer än fem läkemedel.

**Analys:** Antalet rapporterade fall har ökat sedan 2017 då det var 164 fall rapporterade. Detta innebär inte säkert att fler personer ramlar utan kan också vara ett resultat av bättre rapportering, men det ser ändå oroväckande ut. De absolut vanligaste bakomliggande orsakerna vid fall är; sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk, nedsatt balans och rörelsemönster, synproblem, problem vid gång och förflyttning, förvirring, desorientering, oro eller upprördhet och hörselproblem. Av de 425 fall som rapporterats är det 141 som skett hemma i ordinärt boende. Cirka en tredjedel bedöms kunna påverkas genom förändringar i miljön, ljus, lampor, med hjälpmedel etc.

**Förbättringsförslag:** Titta på bakomliggande orsaker, om möjligt åtgärda orsaker till fall och följa upp dessa regelbundet. Vidare att titta på omgivningsfaktorer, ljus,



möblering och se över möjlighet till träning. Stöttning vid regelbundna toalettbesök.

**MÅL: Ökat arbete med hemrehabilitering - modellen av hemrehabilitering för personer i ordinärt boende.**

**Aktivitet:** Att rekrytera nya fysioterapeuter är genomfört av vårdcentralen och de nya tillträdde vid halvårsskiftet. Arbetet med att strukturera hemrehab. Ge access till Treserva (kommunens journalsystem) introducera systemet för de nya fysioterapeuterna.

**Resultat:** Hemrehabilitering har börjat fungera bättre. Resterande del av teamet arbetar på utifrån yrkesansvar.

**Förbättringsförslag:** Revidera hemrehab-rutinen tillsammans med arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

**MÅL: Rutiner omkring samarbete och gemensam planering för Trygg och säker hemgång enligt Lag om samverkan vid utskrivning (2017:612).**

Samarbetet gäller för att vårdtagaren ska kunna få komma hem till sitt hem med trygg och säker omvårdnad. Kommunen har tre dagar på sig att trygga hemgången. Överskrids dessa dagar kommer ett betalningsansvar att träda in.

**Aktivitet:** Under året har olika professioner från kommunen och primärvården träffats regelbundet. Ett hemtagningsteam bestående av undersköterskor som särskilt jobbar med trygg och säker hemgång, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och biståndshandläggare har skapats.

**Resultat:** I början på året låg Laxå bland de kommuner i länet som tog hem sina vårdtagare snabbast. Detta medeltal har sakta ökat och närmade sig i december 3,0 dagar.

**Analys:** Förutom att vårdtagaren inte får komma hem inom dessa 3 dagar trots att hen är färdigbehandlad, kan också kommunen få stora betalningskrav.

**Förbättringsförslag:** Kommunens inriktning måste vara att samverka sina resurser snabbare så att hemgången kan ske så snart som möjligt efter sjukhusvistelse.

**MÅL: god vård i livets slutskede.**

Palliativ vård är komplext och innehåller många delar. Ett led är att genomföra palliativ webbutbildning i alla professioner.

**Aktivitet:** Palliativ webbutbildning för all personal som arbetar med vård av personer i livets slut finns tillgänglig och ska genomföras innan september 2019.

**Resultat:** Antal personal som gått utbildningen och genomfört tillhörande test är 173.

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

**Förbättringsförslag:** Bra om personalen har möjlighet att diskutera utbildningen i grupper om frågeställning väcks. Viktigt att göra testet efter genomförd utbildning.

**MÅL: Regelbundna teamträffar.**

**Aktiviteter:** Teamträffar skall planeras och genomföras på respektive enhet med regelbundenhet. Teamet bestående av enhetschef, omvårdnadspersonal (dag- och nattpersonal), arbetsterapeut och sjuksköterska. Eventuellt kan fysioterapeut och biståndsbedömare också närvara.

**Resultat:** Teamträffar pågår, men ibland faller det bort i planeringen. Det är svårt att få till med alla yrkeskategorier närvarande.

**Analys:** Det börjar bli ett arbetssätt som man använder för systematiskt förbättringsarbete. Under året har nya enhetschefer arbetat mer aktivt med att få teamarbetet att fungera.

**Förbättringsförslag:** Teamträffens betydelse i vård och omsorg bör befastas mer hos alla yrkeskategorier. En processbeskrivning för teamarbetet kommer att skrivas under 2019.

**MÅL:** *Systematisk journalgranskning.*

**Aktiviteter:** Vid avvikelseanalys har journalgranskning gjorts.

**Resultat:** Den journalgranskning som gjorts har visat vissa brister angående t.ex. vårdplaner. Det har också varit en ostrukturerad journalgranskning.

**Analys:** Behov av kollegial regelbunden journalgranskning.

**Förbättringsförslag:** Planera träffar för kollegiala granskningar av journaler.

## 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/](http://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 trygg och säker hemgång från slutenvården och om 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 är också ett forum för samverkan.

### 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 i att ha säkra in- och utskrivningar och behandlas på rätt vårdnivå.
- Arbetsterapeuter i västra länsdelens kommuner och arbetsterapeuterna på lasarettet, rehabchef och MAR har haft 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 under året där verksamhetschef, MAS, enhetschef för sjuksköterskor och arbetsterapeuter deltagit.
- Läkarronder har utförts regelbundet. 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 fysioterapeuterna i Primärvården sker kontinuerligt i Laxå och de träffas varje vecka för att bedöma inkomna remisser och planerar för gemensamma besök. Fysioterapeuterna ska göra bedömningar, instruera personal och även ge 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. Kommunikation angående inläggande patienter sker i verksamhetssystem Lifecare SP.

## **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.

Allvarligare händelser ska rapporteras till medicinskt ansvariga för vidare utredning och eventuell anmälan enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41).

## **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 §*

Syftet är att ta tillvara på den enskildes synpunkter och klagomål för att utveckla och förbättra kvaliteten i verksamheten. Inkomna synpunkter och klagomål ska registreras och besvaras. De slussas vidare till rätt handläggare och den enskilde ska bemötas på ett professionellt och respektfullt sätt.

Alla invånare ska kunna lämna synpunkter och förslag. Förtroendevalda, chefer och medarbetare ansvarar för att underlätta för den enskilde att komma med synpunkter och klagomål.

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

**SFS 2010:659 3 kap. 4§**

Det 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 brevlades.

Det är 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:

- Punktprevalensmätning (PPM) – basala hygien- och klädrutiner (BHK). Mätning görs årligen. Under vårens PPM så gjordes 68 observationer och i Laxå var det åter igen desinfektion före vårdkontakt som brast. Det var bara 48,5 % som spritade händer före vårdkontakt, medan resultatet i riket var 63,6 %. Korrekt klädsel/arbetsdräkt var den indikatorn som fungerade bäst. Av 68 iakttagelser var det endast i ett fall arbetsdräkten inte var korrekt. Att följa BHK kan vara skillnad på liv och död för våra sköra äldre och personal som arbetar inom socialförvaltningen med omvårdnad, mathantering etc. har en skyldighet att följa BHK.
- PPM – trycksår och fall. Mätning görs årligen. Under aktuell mätdag i november fanns 19 registrerade trycksår varav 5 stycken i kategori 3 och 4.
- Senior alert är ett kvalitetsregister för riskbedömning av trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Varje enskild person ska riskbedömas en gång per år och vid förändrat behov/förändrad risk gällande trycksår, undernäring, försämrad munhälsa och fall. Under 2018 har 131 personer riskbedömts, av 165 riskbedömningar finns 155 med risker för trycksår, undernäring, försämrad munhälsa och fall. 15 personer har trycksår. Varav 7 stycken i kategori 3 och 4. 45 har ett registrerat BMI under 22. Munhälsostatus, 69 personer är registrerade med försämrad munhälsa.

Laxå kommun

131 94% ↓  
155 av 185

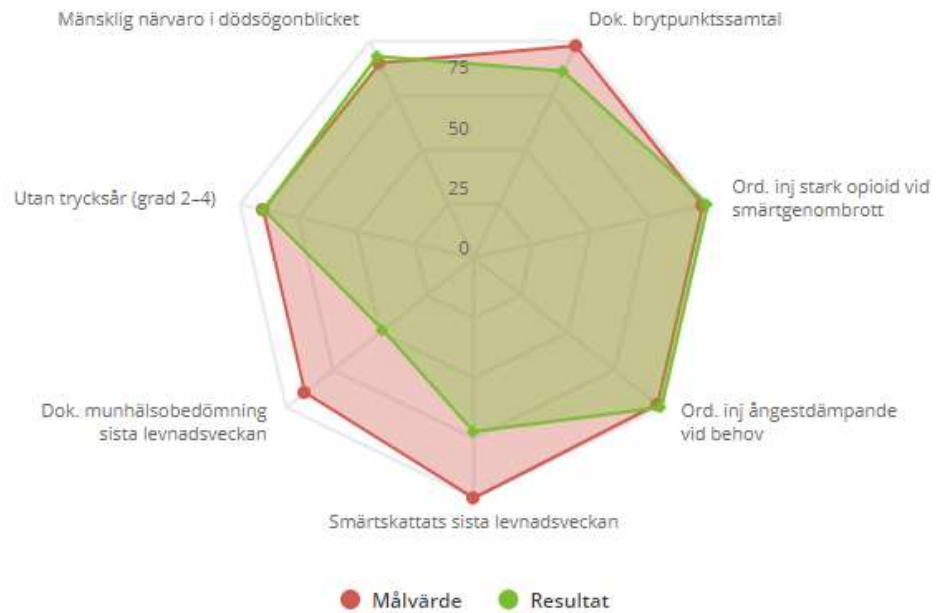
88% ↓  
138 av 155

99% ↑  
154 av 155

88% ↓  
131 av 149

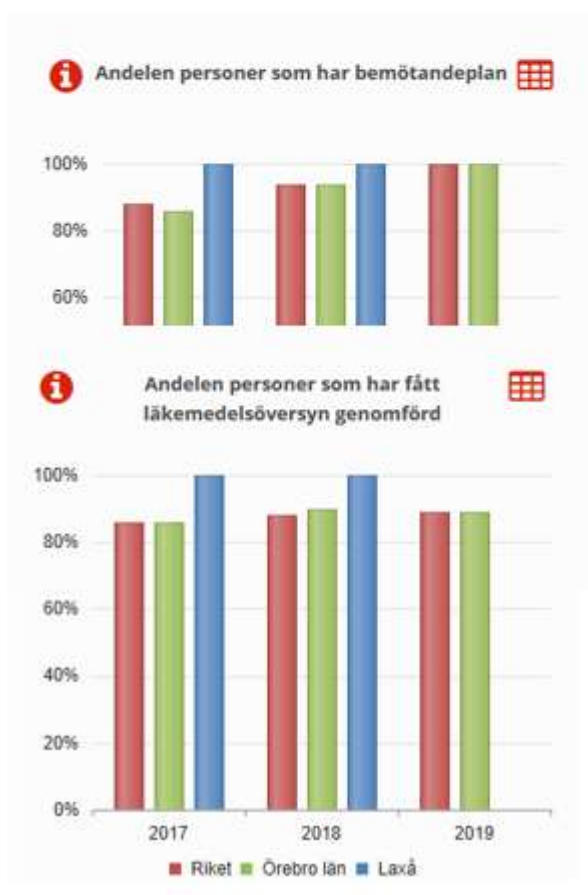
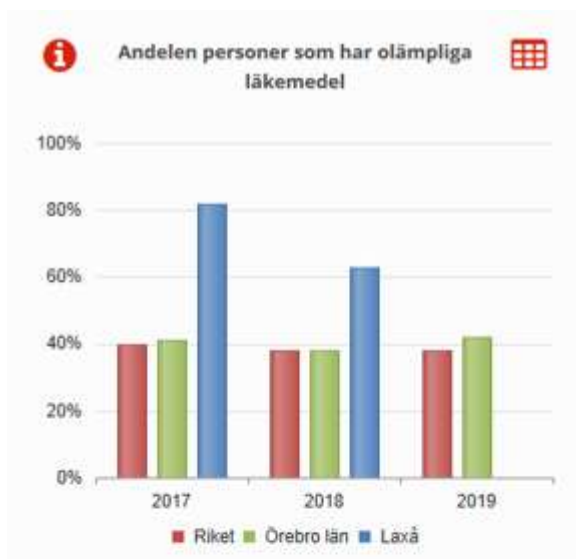
- 
- I Palliativa registret registreras dödsfall som sker på särskilt boende eller i ordinärt boende där den enskilde har hemsjukvård. Nedan ses diagram över hur palliativa vården ser ut i Laxå under 2018. Det är från registreringar i Palliativa registret dessa data är hämtade.

Period 2018-01 - 2018-12



- BPSD är ett register som stödjer ett arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Registrering görs regelbundet, bör ske var 3:e månad. 47 registreringar gjordes under 2018. Se nedan för jämförelser med Örebro län och riket samt under 3 år.
- Resultat





- 
- Journalgranskning sker regelbundet vid avvikelser och klagomål och utförs av MAS och MAR. Avvikelsesrapporteringen fungerar bra men journalgranskningen utifrån ett mer strukturerat och kollegialt arbetssätt måste göras under 2019.
- Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel kontrolleras årligen genom att läkaren går igenom läkemedel som förskrivits till personer på särskilt boende samt personer som har hjälp med läkemedelstilldelning. Oftast är det omvårdnadsansvarig sjuksköterska som initierar läkemedelsgenomgång då recepten ska förnyas (en gång varje år).

## **11.2 Uppföljning av åtgärder**

Uppföljning av åtgärder ska ske i verksamheten kontinuerligt.

Statistikuttag ska analyseras i teamet.

Avvikelse ska analyseras i teamet, när detta behövs.

## **11.3 Noterade avvikelser under året**

### **Antal avvikelser registrerade i Treserva**

Avvikelse som rapporterats under året är:

Totalt 1018

Fall (alla kategorier) 425

Läkemedelsavvikelse (alla kategorier) 324

Totalt har 1018 avvikelser registrerats i Treserva. Av dessa har endast 331 avslutats. Avslut kan vara ett mått på att man behandlat och analyserat avvikelsen.

Det ses ett stort behov av utbildning igen gällande avvikelshantering och utbildning är planerad att äga rum i mars.

## 12 Övergripande mål för kommande år

Mål för 2019

- Arbeta med avvikelshantering- att man i teamen blir bättre på att ta tag i sina avvikelser. Alla team ska få utbildning
- Fortsatt arbete att minska risker TUMF (Trycksår, undernäring, försämrad munhälsa och fall).
- Processbeskrivning för teamarbetet
- Revidera hemrehabrutinen tillsammans med fysioterapeuter och arbetsterapeuter.
- Kollegial journalgranskning