



Ann-Christin Andersson-Leeman & Katarina Olsson
MAS & MAR

Patientsäkerhetsberättelse 2016



Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse 2016	1
Innehållsförteckning	2
Sammanfattning patientsäkerhetsarbetet 2016	4
Bakgrund	4
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Medicinskt ansvarigas (MAS och MAR) ansvar	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
PPM-Basala hygien- och klädrutiner (BHK).....	8
PPM-trycksår och fall	8
Senior alert - Riskbedömningar	9
Svenska palliativregistret	10
BPSD	11
Journalgranskning	12
Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel.....	12
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	12
BPSD.....	12
Avvikelsehantering	13
Fallprevention	13
Hygien	13
Olämpliga läkemedel.....	13
Läkemedelsförråd och läkemedelshantering	13
Medicintekniska produkter, MTP	13
Samverkan med andra vårdgivare för sammanhållen vård och omsorg enligt ViSam.....	14
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	14
Samordnad vårdplanering mellan olika vårdgivare	14
Samverkansformer under året	15
Riskanalys	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15

Avvikelser	15
Lex Maria	16
Lex Sarah	16
Klagomål och synpunkter	16
Sammanställning och analys	17
Samverkan med patienter och närstående	17
Övergripande mål för 2017	18
Utbildning- webbaserad utbildning för all personal som vårdar i livets slutOrdförklaringar	18

Sammanfattning patientsäkerhetsarbetet 2016

Under 2016 har patientsäkerhetsarbetet pågått enligt förbättringsförslag och uppsatta mål i 2015 års patientsäkerhetsberättelse.

Vid deltagande i Senior Alerts punktprevalensmätning hösten 2016 redovisades ett positivt resultat, det var få trycksår i grad 4. Det förekommer dock trycksår och många har risk för trycksår. Ett led i arbetet med trycksårsförebyggande åtgärder har varit att ta fram en "Trycksårsprevention Teambaserad rutin".

Kommunen ansvarar för omvårdnadshjälpmedel där olika trycksårsförebyggande hjälpmedel ingår. För att hjälpmedlen ska användas på bästa sätt bör kriterierna för när och hur de ska användas vara uppdaterade. Ett arbete med detta har påbörjats under slutet av 2016 och förväntas vara klart i början på 2017.

Senior alert används som riskbedömningsinstrument där fall dokumenteras som en händelse. Arbetet med fallprevention har fortlöpt under året. Utbildad personal leder sittgympa med de personer som bor på enheterna. De två Actileg (Träningscykel för två) används regelbundet. Fysisk aktivitet är en evidensbaserad åtgärd för att förebygga fall.

Punktprevalensmätning (PPM) gällande basala hygien- och klädrutiner utförs årligen. Under 2016 deltog även LSS i mätningen. Tyvärr ses en rejäl minskning i följsamhet i korrekta Basala hygien- och klädrutiner(BHK). Arbetet för bättre följsamhet av de länsövergripande BHK-riktlinjerna måste fortsätta. Riktlinjerna är reviderade under året och har gjorts kända för hygienombud och enhetschefer för spridning.

Nattfastemätning (tid från kvällsmålet och nästa dags första mål) gjordes under 2016 på särskilda boenden. Resultatet visade i jämförelse med 2015 års mätning en marginell förkortning av nattfastan. Ny rutin för att minska nattfasta och risk för undernäring togs fram. Ny mätning under 2017.

I den palliativa vården har en teambaserad palliativ grupp bildats. De palliativa indikatorerna ser mycket bra ut. Webbaserad utbildning för alla yrkesgrupper som arbetar m palliativ vård finns tillgänglig.

Alla sjuksköterskor har fått utbildning i att använda Visam Beslutsstöd, vilket ger en säker och professionell bedömning för vård på rätt nivå.

Bakgrund

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som uppnåtts

Övergripande mål och strategier

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.

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 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.

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.

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. Hygiensjuksköterskan utgår från Vårdhygien och Smittskyddsenheten på USÖ inom Region Örebro län som kommunerna i Örebro län kan använda i patientsäkerhetsarbetet.

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

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Patientsäkerhetsarbetet följs strategiskt upp av högsta ledningen med bl.a. en årlig uppstart med uppföljning av verksamhetsplanen i ledningsgruppen samt därpå en heldag med samtliga verksamhetschefer, enhetschefer och stödfunktioner med fortsatt arbete utifrån resultat, omvärlds- och nulägesanalys. Ett första utkast till uppdatering av verksamhetsplanen tas fram för nästkommande verksamhetsår med mål och aktiviteter.

Uppföljningen av verksamhetsplanen innefattar:

- Uppsatta mål utifrån ledningssystemet
- Internkontrollplan
- Öppna jämförelser
- Egenkontroller
- Uppföljning av mål i patientsäkerhetsberättelsen
- Kvalitetsundersökning av verksamheten
- Nationella kvalitetsregister: Resultat från riskbedömningar i *Senior alert*; trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen samt punktprevalensmätningar (PPM) i trycksår och fall. *Palliativa registret*, kvalitetsbedömning av omvårdnad vid livets slut.
- Resultat från vårdhygien-PPM ”kläder och basala hygienrutiner”
- Resultat från journalgranskningar, avvikelser och klagomål redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen årligen.
- Region Örebro län har också kvartalsvis presenterat resultat för lokala och regionala förbättringsarbetet som bland annat hur förskrivning av *olämpliga läkemedel* till personer > 75 år.

Förbättringsförslag har sedan initierats i samverkan mellan kommunerna, slutenvården och primärvården i Närsjukvårdsområde väster västra länsdelens styrgrupp och arbetsgrupp.

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.

PPM-Basala hygien- och klädrutiner (BHK)

PPM för BHK gjordes under våren 2016. Enligt förbättringsförslag gjordes mätningen på fler enheter på säbo och på gruppboheter inom LSS.

Resultat	2014 (n=20)	2015 (n=64)	2016 (=107)
Total följsamhet till 8 steg gällande hygien- och klädrutiner	10 % (riket 52 %)	86 % (Riket 88 %)	38 % (Riket 51%)
Följsamhet till basala hygienrutiner	15 % (riket 56 %)	38 % (Riket 56 %)	48 % (Riket 59 %)
Följsamhet till klädregler	70 % (riket 87 %)	87 % (Riket 85 %)	79 % (Riket 83 %)

Källa: SKL.se

Analys:

Fortfarande ses brister i följsamheten. Framför allt handlar det om små missar som lätt skulle kunna ge förbättring.

Resultatet har delgetts förvaltningsledningen.

Förbättringsförslag:

Det är viktigt att basala hygienrutiner följs upp på arbetsplatsträffar. Viktigt att personal följer rutinerna

PPM-trycksår och fall

Vecka 40 deltog verksamheten i Senior alerts PPM, trycksår och fall.

Mätningen inkluderade 101 personer fördelade säboenheterna.

Sjuksköterskor och senior alertombud på enheterna genomgick en webutbildning (PUCLAS) inför mätningen, detta för att kunna bedöma trycksår utifrån sårkategorier. Kategori 1-4 där kategori 1 är rodnad som inte försvinner vid tryck och kategori 4 som definierar djupt sår. Mätningen består av fyra delar: hudinspektion, prevention, riskbedömning och journalgranskning.

Resultat	2015 (n=25)	2016 (n=101)
Antal personer med trycksår	5 (20%)	17 (18%)
Antal trycksår	9	19
Kategori 1, antal trycksår	4	13
Kategori 2, antal trycksår	3	5
Kategori 3, antal trycksår	0	1
Kategori 4, antal trycksår	2	0

Källa: Senior Alert

Analys: Förekomst av allvarligare trycksår av grad 4 ses inte. För att undvika trycksår har en tvärprofessionell åtgärdsplan för trycksårsprevention tagits fram.

Förbättringsförslag:

Utbildning i positionering och trycksår kommer att genomföras under våren 2017.

Senior alert - Riskbedömningar

Senior alert är ett kvalitetsregister för riskbedömning angående trycksår, fall, undernäring och status av munhälsa. Målsättningen för 2016 var att riskbedöma minst 90 % av de som bor på säbo och vid risk sätta in åtgärder och följa upp dem inom tre månader. I år gjordes 271 riskbedömningar, och av dessa sågs 263 med risk för fall och/eller undernäring och/eller dålig munhälsa och/eller trycksår.

Undernäring

Av 271 riskbedömningar visades att vid 74 av dessa sågs BMI < 22, av dessa personer var det 86 % som hade minst en åtgärdsplan för att minska risk för undernäring.

En bidragande orsak till undernäring kan vara lång nattfasta och enligt socialstyrelsen bör en nattfasta vara max 11 timmar. Nattfasterutin har skapats den innehåller handfasta tips hur vi ska minska nattfastan.

Fall

Av 271 riskbedömningar var det 90 % av dem med risk för fall som hade minst en åtgärdsplan. Fall resulterar ofta i sårskador på huvud, på kroppen men också frakturer som resulterar i sjukhusvård och lång rehabilitering. Under 2016 var det fram till och med november 29 personer som vårdats inom slutenvården för fraktur i ben/höft. Hela 2015 var siffran 19 personer. Det är oklart hur många av dessa som vi har på säbo eller inom hemsjukvården. Siffran inkluderar hela kommunens innevånare.

Trycksår

Av 271 riskbedömningar visades att 26 personer trycksår, och av alla med risk för trycksår hade 83 % av dessa minst en åtgärdsplan för att minska risk för trycksår.

Analys: Syftet i Degerfors med att vi använder Senior alert är att teamet ska använda informationen för att sätta in relevanta åtgärder vilket leder till minskade risker och ökad livskvalité för våra brukare.

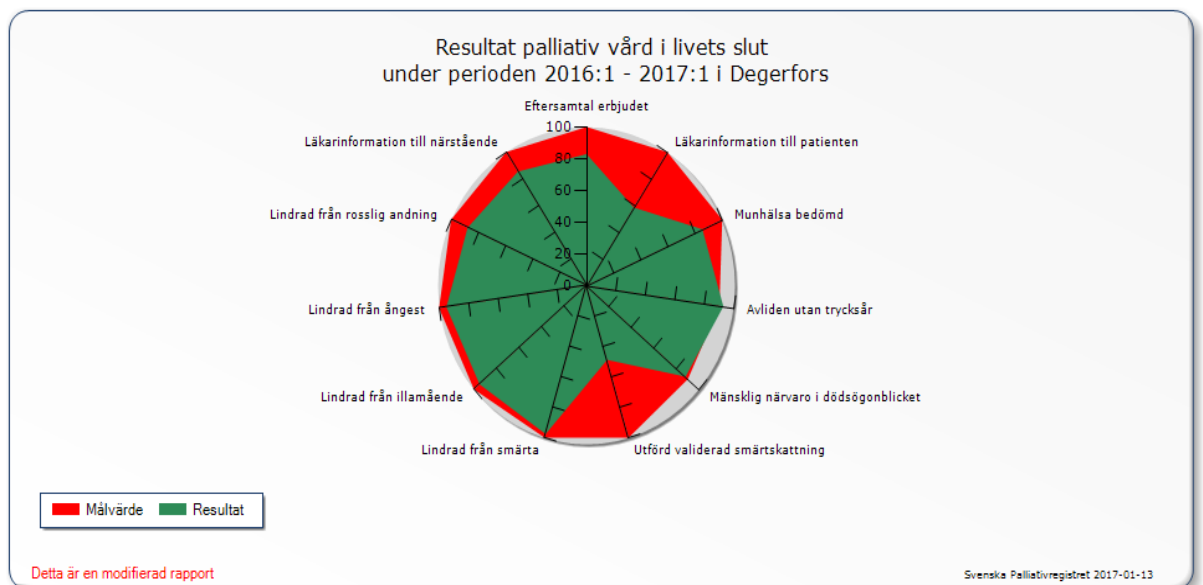
Förbättringsförslag

Enhetschefer behöver få rutin att titta på rapporter och avvikelser för att systematiskt arbeta med dessa i teamet. Kvalitetsmål bör vara minskning av trycksår, fall och undernäring under 2017.

Svenska palliativregistret

Nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskor och läkare svarar på ett trettiotal frågor efter att ha vårdat en person vid livets slut. Oavsett sjukdom 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
- personen är ordinerad läkemedel vid behov
- personen får god omvårdnad utifrån sina behov
- vårdas där personen vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att närstående får stöd



Indikator	2015	2016
------------------	-------------	-------------

Utförd smärtskattning med validerat bedömningsinstrument	51 %	50 %
Utförda brytpunktsamtal av läkare	43 %	60 %
Utförd och dokumenterad munhälsobedömning	95 %	85 %

Källa: Palliativa registret

Analys: Arbetet med att implementera användningen av smärtskattningsinstrument som till exempel Abbey pain scale för att dokumentera graden av upplevd och/eller uppskattad smärta har inte gett förbättrat resultat.

Förbättringsförslag

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal behöver få som rutin att skatta smärta med hjälp av bedömningsinstrument hos vårdtagarna samt att dokumentera smärtskattning samt uppföljning efter smärtlindring. Kvalitetsmål bör vara att alla palliativa vårdtagares smärta registreras och följs upp. Omvårdnadspersonalen bör involveras och utbildas i symtomskattning.

BPSD

Ett kvalitetsregister som stöder 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 utförs var tredje månad och vid behov.

Under 2016 har BPSD-arbetet startat i hemvården.

Arbetsterapeut och sjuksköterska i Degerfors demensteam är BPSD-utbildare och har utbildat personal i Degerfors och även gjort uppföljningsutbildningar.

Analys 89 % av de personer med demenssjukdom som är registrerade har fått läkemedelsgenomgång genomförd. Andelen personer som har olämpliga läkemedel fortsätter att minska.

Framgångsfaktorer i Degerfors är att vi har haft ett väl fungerande demensteam med både arbetsterapeut och sjuksköterska under många år.

Journalgranskning

Journalgranskning har genomförts under året i samband med att avvikelser har utretts samt vid loggning i Treserva.

Användandet av NPÖ (nationell patientöversikt) har ökat kraftigt. Det är legitimerad personal som går in i systemet och får information om sin vårdtagares vårdtillfällen eftersom man i västra länsdelen beslutat att inte längre skicka med papper från slutenvården förutom läkemedelslista.

Loggning görs på varje medarbetare minst en gång per år, loggningen görs för varje månad.

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 gäller läkemedel som tas regelbundet samt dem 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-zepam och Nitrazepam samt preparat med antikolinerg effekt som Detrusitol, Atarax, Nozinan

Under 2016 var det 8,4 % av de personer i Degerfors kommun äldre än 75 som stod på olämpliga läkemedel. Det betyder att en av tio står på läkemedel som kan orsaka mer förvirring, trötthet och kognitiv störning. Det är en procent lägre än förra årets mätning vilket är mycket bra utifrån alla risker som dessa läkemedel ger i form av biverkningar.

Analys: Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att det årligen och vid behov görs en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare.

Läkaren ansvarar för att olämpliga läkemedel förskrivs så restriktivt som möjligt.

Sjuksköterskan deltar i genomgångarna och kan på det viset samverka med läkaren om personen står på olämpliga läkemedel eller andra läkemedel som ger kraftiga biverkningar

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

BPSD

Demensteamet har under 2016 fortsatt utbildat personal i hemvården i Degerfors. Arbetet med BPSD ska bidra till att minska användandet av olämpliga läkemedel, minska ångest, oro och agitation hos demenssjuka.

Avvikelsehantering

Under året rapporterades 1198 avvikelser i Treserva. Det är 35 färre än föregående år. Avvikelse ska analyseras på teamträffar. Där är det meningen att om en avvikelse har inträffat ska åtgärder sättas in för att minska risk för att det inträffar igen. I Treserva gör medlemmarna i teamet analysen, själva eller tillsammans. Under 2016 var 37 % av avvikelserna registrerade som avslutade, det är ett sätt att se att avvikelsen har hanterats. Det viktiga blir dock att åtgärderna som sätts in dokumenteras och följs upp.

Fallprevention

Risk för fall kan minskas med fysisk aktivitet och detta har anammats verksamheterna.

Gruppgymnastik är schemalagd och Actileg används regelbundet.

Hygien

Basala hygienriktlinjer för alla kommuner i Örebro län har reviderats och förmedlats till ansvariga i kommunerna. Träffar med hygienombuden sker någon gång per halvår.

PPM mätning som gjordes visade på brister, viktigt att belysa dessa brister på APTer. PPM om BHK görs varje år.

Olämpliga läkemedel

Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet både hos vårdtagare på särskilt boende och i ordinärt boende. Användandet av olämpliga läkemedel har gått ner med en hel procentenhet.

Läkemedelsförråd och läkemedelshantering

Kollegial granskning av läkemedelsförråd har fortsatt under året i Västra länsdelen. Inget svinn av narkotiska preparat rapporterades i Degerfors.

Medicintekniska produkter, MTP

Medicintekniska produkter (t.ex. personlyftar, rullstolar, rollatorer, sondmatningspumpar m.m.) används ofta i verksamheten. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal.

Förvaltningen har tre förflyttningombud och de utför regelbundet utbildningar avseende förflyttningsteknik och lyftteknik. Medicinsk tekniker finns i verksamheten för att se till att de hjälpmedel som används är kontrollerade, besiktigade samt ansvarar för upp- och nedmontering. Hjälpmedel registreras i Treservas modul. Ett bassortiment för omvårdnadshjälpmedel finns nu. Hjälpmedlen förskrivs av arbetsterapeut som också har ansvar för instruktion och information om hur de ska användas.

Samverkan med andra vårdgivare för sammanhållen vård och omsorg enligt ViSam.

- För att förbättra kvaliteten och ge förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre i Region Örebro län används Visammodellen.
- Alla sjuksköterskor har fått utbildning i att använda beslutstödet det ska vara ett verktyg för kommunens sjuksköterskor att avgöra att fortsatt vård sker på rätt nivå. Vid rapportering till annan vårdgivare ska SBAR användas
- SIP - samordnad individuell plan används när en person har behov av insatser av flera olika vårdgivare och till exempel socialtjänst.
- Säker utskrivning - Under 2016 har arbetssättet förändrats en del. Bland annat har slutenvården använt checklistor för att bedöma spår (grönt, gult eller rött) inför eventuell vårdplanering.

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 samverkansportalen (VVF), för samverkan mellan kommuner och Region Örebro län:

<http://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivare/VVF-sidan/>

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

I samverkan finns även Patientnämnden och dess kansli som bedriver verksamhet för Region Örebro län och länets tolv kommuner, vilka alla har avtal med landstinget. Nämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och anhöriga.

Samordnad vårdplanering mellan olika vårdgivare

I Region Örebro län finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommun och landsting. Det har under året startats med vårdplanering på distans via skype. Under året har få vårdplaneringar via skype gjorts, anledning kan ses som en rutin som inte kommit igång och implementerats.

Samverkansformer under året

- I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de tre vårdgivarna; slutenvården, primärvården och de tre kommunerna.
- Samverkan sker i Degerfors mellan kommun och vårdcentral med fyra träffar per år.
- I palliativa styrgruppen i Västra länsdelen sitter två representanter från kommunen.
- Kommunen representeras även i palliativa rådet med en person.
- Träffar med kommunens sjuksköterskor på distrikt, vårdcentralens sjuksköterskor samt deras chefer sker regelbundet.
- Samverkan sker mellan kommunernas och landstingets arbetsterapeuter, rehabchef och MAR.
- Samverkan sker mellan arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna i Primärvården.
- Sjukgymnaster från Primärvården besöker korttidsenheten. Boenden och Dagrehab kan kontakta sjukgymnast vid behov.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys beskriver att syftet är att förebygga och minska risker i verksamheten och därmed bidra till att en god kvalitet kan upprätthållas eller förbättras. Övergripande ansvar för rutinen har Socialchefen. Riskanalyser ska utföras löpande i verksamheten vid förändrat arbetssätt. Risk- och händelseanalyser görs också i teamet vid allvarigare händelser samt vid Lex Maria och Lex Sarah utredningar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Avvikelserapportering sker via Treserva. Rapporteringen går till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för hantering i teamet. Avvikelseanalys görs sedan i teamet och om händelserna är av allvarigare art deltar även MAS och MAR i analyserna. MAS/MAR tar också ställning till om händelsen ska anmälas enligt Lex Maria. Återkoppling på avvikelserna görs till personalen på teamträff, APT och på chefernas ledningsmöten. Avvikelse är vanligast då det gäller fall och läkemedelsavvikelse se nedan.

Antal fall inrapporterade:	2015	2016
Västergården	159	222
Korttidsboende	21	40
Letälvsgården	246	239
Hemvården	267	225
Totalt	693	726

Antal läkemedelsavvikelser	2015	2016
Fel dos	16	16
Fel i iordningställande	6	13
Förväxlat brukare	13	5
Utebliven dos	84	70
Totalt	119	104

Lex Maria

En allvarlig händelse där en person gled ur lyftselen har utretts av MAR. Personen drabbades av allvarlig vårdskada och en Lex Maria gjordes av MAR. En rad brister upptäcktes och resulterade efter analys med de inblandade i flera åtgärdsförslag. Det är viktigt att både arbetsterapeuter och vårdpersonal får regelbunden utbildning hur man ska arbeta med personlyft.

Lex Sarah

Under 2016 rapporterades 2 Lex Sarah.

Förbättringsförslag

Analysarbetet har förbättrats men behöver göras regelbundet på teamträffar för att alla ska involveras.

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 och ibland genom telefonsamtal till MAS och MAR. De kan också komma direkt via kommunens hemsida som sedan skickas till socialchefen som skickar dem vidare till berörd chef.

Under 2016 inkom ett antal klagomål inget av dessa berörde hälso- och sjukvård.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Fortsatt arbete med att klagomål och synpunkter noteras och diarieförs enligt rutin. Målet är att förbättra kvalitén när brister påpekas

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Ansvarig chef eller MAS kontaktar vårdtagare och/eller närstående när klagomål eller allvarligare händelser inträffat, de erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningen gällande vårdskada. De kontaktas också alltid när en Lex Maria anmälan ska göras.

Övergripande mål för 2017

- **Läkemedel**
Säkrare läkemedelshantering: Införa digitala signeringslistor för läkemedel och andra HSL- uppgifter börjar införas i april
- **Rehabilitering**
Nystart av hemrehab
- **Säker utskrivning**
Lifecare samordnad planering- införande i maj, ska underlätta informationsöverföring mellan huvudmän
- **Teamarbete**
Fortsatt arbete- riskbedömningar och kvalitetsarbete. Titta på kvalitetsmål för de olika registren i samverkan ansvariga enhetschefer samt ombud.
- **Palliativ vård**

Utbildning- webbaserad utbildning för all personal som vårdar i livets slut

Ordförklaringar

Ord	Beskrivning
Avvikelse	När händelser inträffar som inte hör till det förväntade t.ex. fall, läkemedel som inte ges när det ska eller utebliven insats som t.ex. duschning
Basala hygien och klädrutiner	Hur personalen ska sköta handhygien, vilka kläder man kan ha och regler om vilka smycken man inte får ha
BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	Ett kvalitetsregister för att ta fram bemötandeplaner för våra demenssjuka i kommunen
Dagrehab	En enhet på Letälvsgården dit man kan komma på dagarna under en tid för träning
Hemrehab	Träning man kan få i hemmet, detta är ofta ett samarbete mellan sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal
HSL dokumentation	Journalföring enligt hälso- och sjukvårdslagen
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering-som tillser att riktlinjer och rutiner för rehabiliteringsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska-som tillser att riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs.
Ledningssystem	Ett system som ska innehålla de riktlinjer och rutiner vi ska arbeta utifrån. Detta finns på kommunens intranät som alla anställda har tillgång till.
Lex Maria	Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
Lex Sarah	Om ett missförhållande är allvarligt inom socialtjänsten och i verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verksamhetsansvarig anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg.
Palliativa registret	Där registreras alla förväntade dödsfall inom kommunen för att se om vi ger det stöd och den symtomlindring som behövs
Palliativ vård	Omvårdnad i livets slutskede som innebär bland annat god symtomlindring och stöd.

PUCLAS (Pressure ulcer classification)	En utbildning via nätet angående trycksårsmätning hur man bedömer vilket stadie trycksåret är.
SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation/Åtgärd)	Ett sätt att rapportera patientens tillstånd i en viss ordning mellan vårdgivare. T.ex då hen skickas till lasarett.
Säbo	Särskilt boende (Västergården och Letälvsgården)
Treserva	Det journal- och rapportsystem som används inom socialförvaltningen
Visam beslutsstöd	En modell för säker in- och utskrivning från lasarettet
VVF (Vård, välfärd och folkhälsa)	Finns på Region Örebro läns hemsida och används av vårdgivare i länet. Där finns samverkansdokument, info om våra register etc.
Vårdplanering	Den kan ske på lasarett eller hemma hos en kommuninnevånare som har råkat ut för sjukdom eller skada och inte klarar sig själv och/eller utan hjälpmedel. Där bestäms vilka insatser man är i behov av.