



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

Patientsäkerhetsberättelse 2017



Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse 2017	1
Innehållsförteckning	2
Sammanfattning patientsäkerhetsarbetet 2017	3
Bakgrund.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Medicinskt ansvarigas (MAS och MAR) ansvar	5
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	6
Uppföljning genom egenkontroll.....	6
PPM-Basala hygien- och klädrutiner (BHK)	6
PPM-trycksår och fall	7
Senior alert - Riskbedömningar	7
Palliativ vård.....	8
Journalgranskning	9
Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel.....	9
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	10
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2.....	10
BPSD	10
Avvikelsehantering	10
Olämpliga läkemedel.....	10
Läkemedelsförråd och läkemedelshantering.....	10
Medicintekniska produkter, MTP	10
Samverkan med andra vårdgivare för sammanhållen vård och omsorg enligt ViSam.	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Samverkansformer under året.....	11
Riskanalys.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Avvikelser.....	12
Lex Maria	14
Lex Sarah.....	14
Klagomål och synpunkter.....	14
Sammanställning och analys.....	14
Samverkan med patienter och närstående.....	14
Övergripande mål för 2018	15

Sammanfattning patientsäkerhetsarbetet 2017

Under 2017 har patientsäkerhetsarbetet pågått enligt förbättringsförslag och uppsatta mål i 2016 års patientsäkerhetsberättelse.

Punktprevalensmätning (PPM) gällande basala hygien- och klädrutiner utförs årligen. I årets mätning var mätningarna gjorde på 30 % färre personer.

Vid deltagande i Senior Alerts punktprevalensmätning hösten 2017 redovisades ett positivt resultat, det var få trycksår i grad 4. Det förekommer dock trycksår och många har risk för trycksår. Utbildning i trycksår och positionering har skett under 2017.

Arbete med att motverka undvikbar undernäring. En viktig del är samarbete mellan olika yrkesgrupper, omvårdnadspersonal (både dag – och nattpersonal), enhetschef och sjuksköterska, och att man tillsammans tar fram riktlinjer hur man ska göra för att ändra på negativt resultat. Det bör framgå vem som ansvarar för vad, olika kostförslag för att bryta nattfastan, önskan om ett informationsblad att lämna ut på enheterna. Kostombudens kunskap ska användas på bra sätt, de bör träffas regelbundet.

Personal genomför webbaserad utbildning i palliativ vård. Nu har 64 personal fullföljt utbildningen med testet.

Ny lokal rutin för palliativ vård i Degerfors kommun finns nu framtagen. Det finns även en rutin i för västra länsdelen. Den länsövergripande överenskommelsen om palliativ vård håller på att revideras.

I arbetet mot en säkrare läkemedelshantering beslutades av socialnämnden 2016 att införa digital signering vid läkemedelsadministration. Systemet har införts på hela vård- och omsorg. Införandet har gått mycket smidigt. Läkemedelsavvikelser har minskat.

Kommunen ansvarar för omvårdnadshjälpmedel där olika trycksårsförebyggande hjälpmedel ingår. Nu finns uppdaterade kriterier för omvårdnadshjälpmedel användningsområden.

Förberedelse för trygg och säker hemgång enligt nya lagen har pågått under året. Nya Lifecare SP har införts och implementering av nya arbetsätt pågår. En justering av Lifecare SP kommer att ske under februari 2018 som ska passa med nya lagstiftningen och trygg och säker hemgång.

Avvikelser skrivs och följs upp i större skala men uppföljningar dokumenteras inte som det kan önskas, ny analysmodul i Treserva införs under 2018.

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 (2017:30) 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. Det systematiska kvalitetsarbetet är beskrivet i rutiner och riktlinjer.

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

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
- 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 ” basala hygien- och klädrutiner”
- Resultat från journalgranskningar, avvikelser och klagomål redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen årligen.

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)

Resultat	2015 (n=64)	2016 (n=107)	2017 (n=70)
Total följsamhet till 8 steg gällande hygien- och klädrutiner	86 % (Riket 88 %)	38 % (Riket 51%)	42,9 % (Riket 51,2%)
Följsamhet till basala hygienrutiner	38 % (Riket 56 %)	48 % (Riket 59 %)	59,9 % (Riket 59,5%)
Följsamhet till klädregler	87 % (Riket 85 %)	79 % (Riket 83 %)	62,9 % (Riket 82 %)

Källa: SKL.se

De basala hygien och klädrutinerna är oerhört viktiga att efterleva. Utan dem kan spridning av t.ex. calicivirus ske snabbt. Vårdrelaterade infektioner(VRI) är också ibland resultat av dålig följsamhet av rutinerna.

Analys: 2017 års mätning inkluderar 30 % färre mätningar. Information hade skickats ut till alla hygienombud. Alla enhetschefer bör ta upp hygienrutiner med personal på alla enheter. Det handlar inte bara om handsprit utan om handtvätt etc. All personal ska veta var man hittar rutinerna för hygien. Hygienombud har ett dokumenterat ansvar, det ska förankras i gruppen. Detta ansvar är först och främst enhetschefens att informera ombudet vad uppdraget gäller men också MAS, MAR och hygiensköterskans ansvar.

Förbättringsförslag: Alla enhetschefer bör ta upp hygienrutiner med personal på alla enheter. Personal ska veta var man hittar rutinerna för hygienrutiner. Hygienombud har ett dokumenterat ansvar och bör vara känt av alla ombud. Ombuden ska få information av först och främst sin chef men också av MAS, MAR och hygiensköterskan.

PPM-trycksår och fall

Vecka 40 deltog verksamheten i Senior Alerts PPM-mätning, trycksår. Senior Alert är försenad med sin rapport av mätningstillfället och det är i skrivande stund oklart när den publiceras.

Senior alert - Riskbedömningar

Senior alert är ett kvalitetsregister för riskbedömning angående trycksår, fall, undernäring och status av munhälsa. Målsättningen är att riskbedöma minst 90 % av de som bor på särskilt boende och i ordinärt boende och vid risk sätta in åtgärder och följa upp dem inom tre månader.

I år gjordes 249 riskbedömningar, och av dessa sågs 242 (97 %) med risk för fall och/eller undernäring och/eller dålig munhälsa och/eller trycksår.

Undernäring

Av 190 personer som riskbedömdes visade det sig att 57 av dessa hade BMI < 22, d.v.s. undernärda enligt BMI-tabell.

En bidragande orsak till undernäring kan vara lång nattfasta och enligt socialstyrelsen bör en nattfasta vara max 11 timmar. Nattfasterutinen som finns i kommunens ledningssystem (kompassen) innehåller handfasta tips hur vi ska minska nattfastan.

Fall

I Treserva registrerades 703 fallavvikelser. Fall resulterar ofta i sårskador och frakturer som kan resultera i lidande, sjukhusvård och lång rehabilitering.

Trycksår

35 personer av 190 riskbedömda hade trycksår.

Kategori1: 24st

Kategori2: 20

Kategori 3:7

Kategori4:2

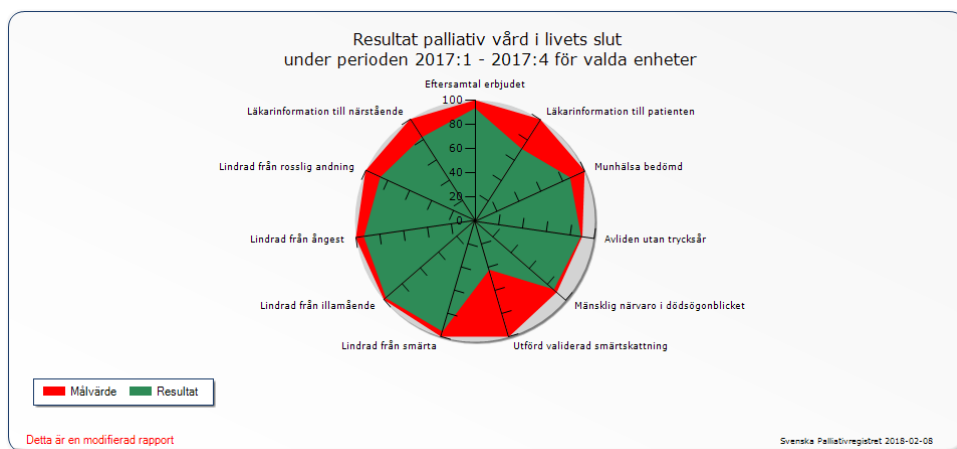
Analys: Utbildning i trycksår och positionering har skett under 2017. Trycksår förekommer i alltför stor utsträckning trots utbildningsinsatser och hjälpmedelstillgång. Utbildningen kanske kommer att visa effekt när uppföljning görs 1:a kvartalet 2018.

Förbättringsförslag: Teamet behöver få rutin att titta på rapporter och avvikelser för systematiskt arbete. Kvalitetsmål bör vara minskning av trycksår, fall och undernäring under 2018.

Palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskor och läkare svarar på ett trettiotal frågor efter att ha vårdat en person vid livets slut. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

- vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- vara ordinerad läkemedel vid behov
- få god omvårdnad utifrån sina behov
- vårdas där hen önskar dö
- att inte behöva dö ensam
- att närstående är informerade om situationen
- veta att närstående får stöd



Indikator	2015	2016	2017
Utförd smärtskattning med validerat bedömningsinstrument	51 %	50 %	42 %
Utförda brytpunktsamtal till patient av läkare	43 %	60 %	58 %
Utförd munhälsobedömning	95 %	85 %	87 %

Källa: Palliativa registret

Analys: Palliativa ombud har utsetts på alla enheter, de har genomfört Grade webutbildning om palliativ vård. En rutin har tagits fram av palliativa gruppen i samverkan med alla berörda yrkesgrupper. Arbetet med att implementera användningen av smärtskattningsinstrument för bedömning samt dokumentation av upplevd och/eller uppskattad smärta fortsätter. Resultatet ur Svenska palliativa registret visar dock negativt resultat. I kommunen har 64 personal genomgått utbildningen och gjort testet.

Förbättringsförslag: Ombuden kommer att behöva ta upp och informera om rutinen på sina APTer. På teamträffar bör uppföljning göras om de palliativa patienter som vårdas eller har vårdats av teamet.

Journalgranskning

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

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 samt fall. 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.

Analys: Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att det årligen och vid behov görs en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare för dem som är 75 år och äldre och har fem eller fler läkemedel. 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 2017 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 954 avvikelser i Treserva. Det är 244 färre än föregående år. Har åtgärder gett resultat eller har personal blivit sämre på att rapportera? Avvikelse ska analyseras på teamträffar. Där är det meningen att om en avvikelse har inträffat ska åtgärder omedelbart sättas in för att minska risk för att det inträffar igen. I Treserva gör medlemmarna i teamet analysen tillsammans. Under 2017 var 47 % 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.

Olämpliga läkemedel

Läkemedelsgenomgångar görs regelbundet både hos vårdtagare på särskilt boende och i ordinärt boende.

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 förflyttningsombud 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. 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.
- 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.
- Trygg och säker hemgång - arbetssättet har förändrats en del. Bland annat använder kommunens sjuksköterskor beslutsstöd i Lifecare SP för rätt vårdnivåbedömning och slutenvården använder 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.

Samverkansformer under året

- I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de olika vårdgivarna; Närsjukvårdsområde väst och de tre kommunerna.
- Samverkan sker i Degerfors mellan kommun och vårdcentral med minst fyra träffar per år (Verksamhetschef, enhetschef för sjuksköterskor, socialchef, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, MAS och MAR är i olika träffar representanter för kommunen).
- I palliativa styrgruppen i Västra länsdelen sitter två representanter från kommunen.
- Kommunen representeras även i palliativa rådet med en person.

- Samverkan sker mellan kommunernas och Region Örebro läns arbetsterapeuter, rehabchef och MAR.
- Sjukgymnaster från Primärvården ska enligt avtal göra hembesök till dem behov av fysioterapi. Vilket inte har fungerat fullt ut.

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

Avvikelser

Avvikelse rapportering 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. Avvikelser är vanligast då det gäller fall och läkemedelsavvikelser se nedan.

Antal läkemedelsavvikelser har minskat, troligen på grund av att det under 2017 införts digital signering av läkemedelsadministration. Detta innebär bättre kontroll för omvårdnadspersonalen och för sjuksköterskor.

Antal fall inrapporterade:	2015	2016	2017
Västergården	159	222	153
Korttidsboende	21	40	27
Letälvsgården	246	239	226
Hemvården	267	225	261
Totalt	693	726	667

Antal läkemedelsavvikelser	2015	2016	2017
Fel dos	16	16	14
Fel i iordningställande	6	13	4
Förväxlat brukare	13	5	10
Utebliven dos	84	70	45
Totalt	119	104	73

Lex Maria

En Lex Maria under 2017 där en brukare fick dubbel dos insulin. I utredningen fann MAS att det brast i rutiner omkring signering samt kommunikation. Omvårdnadspersonalen har tittat över rutin och förändrat sitt arbetssätt som inte följde rutinen. De har blivit bättre på att kommunicera och ett lärandearbete ska påbörjas.

Lex Sarah

Under 2017 rapporterades en Lex Sarah där kommunen bedömde att det inte gick att ge de SoL insatser personen var i behov av.

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 enhetschef.

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, MAS eller MAR kontaktar vårdtagare och/eller närstående när klagomål eller allvarigare händelser inträffat, de erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningen gällande vårdskada. De kontaktas också alltid när en Lex Maria anmälan blir aktuell.

Övergripande mål för 2018

- Beskriva Hälso- och sjukvårdsprocessen.
- Implementera palliativa rutinen.
- Fortsatt införande av digitalt signeringssystem för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och personal inom LSS
- Fortsatt arbete med hemtagning enligt nya lagen-trygg och säker hemgång, utarbeta rutin.
- Avvikelseprocessen ska förbättras med utredning av alla avvikelser.
- Teamarbetet är grunden i alla ovanstående punkter och behöver därför följas upp.

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.

Ann-Christin Andersson-Leeman,
Katarina Olsson
MAS och MAR