

Patientsäkerhetsberättelse för Askersunds kommun

År 2016

Caroline Rehnberg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Eleonora Hjalmarsson
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Övergripande mål	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Riskanalys	11
Personalens rapporteringsskyldighet	11
Avvikelser	11
Synpunkter och klagomål	16
Samverkan med patienter och närstående	17
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	18
Övergripande mål för 2017	28
Utvecklingsområden	30

Bakgrund

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivaren ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetsberättelse ska upprättas senast 1 mars varje år 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

Socialnämndens mål 2016

- Att arbeta systematiskt med kvalitet och patientsäkerhet i förvaltningen.
- Ur socialnämndens värdegrund särskilt fokusera på hög delaktighet i verksamheterna.
- Att arbeta aktivt med det salutogena ledarskapet och förhållningssättet
- Att värdighetsgarantierna efterföljs
- Ta tillvara och utveckla det friska och ha ett rehabiliterande förhållningssätt i verksamheten

Handlingsplan med mål gällande sammanhållen vård- och omsorg för äldre i södra länsdelen 2016-2018

MÅL: Sammanhållen vård och omsorg

- Samtliga fyra kommuner använder strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats
- Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd i samtliga fyra kommuner under 2016
- All vårdplanering sker enligt beslutad ViSam modell för vårdplanering inför utskrivning
- Utbildning i SBAR (SBAR är en fastställd modell för hur kommunikationen ska ske mellan yrkesgrupper)

- All samordnad individuell planering (SIP) sker enligt beslutad ViSam modell.
- Vårdplanering sker vid de flesta tillfällen via video på distans

Mål: Förebyggande arbetssätt och rehabilitering

- Samtliga fyra kommuner ska registrera minst 90 % riskbedömningar med planerade åtgärder i hemsjukvård, särskilda boenden och på korttidsboenden
- Minska risk för trycksår och fall på särskilt boenden och korttidsboenden
- Utbildningsinsats i bedömningsinstrumentet COPM (Canadian Occupational Performance Measure) regionalt i december 2016
- Blåsdysfunktion- och inkontinensmodulen i Senior alert ska användas inom relevanta verksamheter
- Arbetet med vårdhygien ska följas av alla verksamheter genom årliga mätningar,
- Antal vårdrelaterade infektioner ska minska

Mål: God vård vid demenssjukdom

- Alla personer med BPSD-symtom ska bedömas enligt NPI skattning (skattning av symtom) och bör registreras i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).
- Att personalen har kunskap och grundläggande utbildning om demensvård/ omvårdnad, enligt DemensSams utbildningsmodell
- Berörda verksamheterna tar del av och använder Nollvision

Mål: God vård vid livets slut

Täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativregistret ska vara minst 70 procent.

Samtliga kommuner och Regionen ska förbättra värdet för de fyra indikatorerna:

- Brytpunktssamtal
- Smärtskattning
- Munhälsa
- Ordination av injektionsmedel mot ångest vid behov med minst 5 %

Mål: God läkemedelsbehandling för äldre

- För de som är 75 år och äldre ska en minskning ske av användandet av olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och av anti-inflammatoriska läkemedel under 4 månader av 6 jämfört med föregående år
- Alla personer inom särskilt boende och hemsjukvård ska årligen genomgå en fördjupad läkemedelsgenomgång

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivare

Vårdgivaren tillika socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (Patientsäkerhetslagen 2010:659). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. (SOSFS 2011:9). Denna föreskrift ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659). Vårdgivaren ska årligen dokumentera patientsäkerhetsarbetet i en patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren ska fortlöpande dokumentera arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och Medicinskt ansvariga

Socialchefen är verksamhetschef för hälso- och sjukvården och har ett övergripande ansvar för att ledningen ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Medicinskt ansvariga har ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Verksamhetschefen och medicinskt ansvariga har tillsammans ansvar för att övergripande upprätthålla och utveckla patientsäkerhet och kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska medicinskt ansvariga och verksamhetschef för hälso- och sjukvården övergripande leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Medicinskt ansvariga skriver den årliga patientsäkerhetsberättelsen utifrån hur verksamheterna bedrivit det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och vilka resultat som uppnåtts under föregående år.

Områdeschef

Områdeschefen har ett övergripande ansvar för att leda och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och är ansvarig för resultatet inom sitt verksamhetsområde. Områdeschefen ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvariga och verksamhetschef för hälso- och sjukvården. Områdeschefen ansvarar för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts blir implementerade i verksamheten. Områdeschefen ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Enhetschef

Enhetschefen har ansvar för att leda, bedriva och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom sin enhet och är ansvarig för resultatet.

Enhetschefen ansvarar för att under året dokumentera hur det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs samt vilka resultat som uppnås. Resultat och förbättringsåtgärder ska regelbundet rapporteras till områdeschef och medicinskt ansvariga. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens personal arbetar enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls genom att arbeta i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet och medverka i verksamhetens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.

Struktur för uppföljning/utvärdering

- Verksamhetsberättelser görs årligen av enhetschef som uppföljning av de olika enheternas verksamhet.
- Egenkontroll sker av processer eller delar av processer samt utifrån identifierade utvecklingsområden i patientsäkerhetsberättelsen. Egenkontroll ska göras av enhetschef i samverkan med teamledning utifrån egenkontrollplan. En handlingsplan med prioriterade åtgärder upprättas av teamledningen. Resultatet följs upp av områdeschef, MAS och MAR tre gånger per år genom verksamhetsuppföljning. Enhetscheferna ska också i verksamhetsberättelsen redogöra skriftligt för patientsäkerhetsarbetet.
- Verksamheternas resultat analyseras och diskuteras utifrån mål och budget på socialnämndens och ledningsgruppens sammanträden. De olika kvalitetsredovisningarna t.ex. egna och nationella brukarundersökningar, öppna jämförelser, äldreguiden, kommunens kvalitet i korthet, resultat från kvalitetsregistren Senior alert, Palliativa registret och BPSD används i planering av mål och budget för verksamheten.
- Uppföljning av avvikelser sker genom att teamledningen gör en övergripande systematisk granskning av avvikelser 3 gånger per år som även rapporteras till områdeschefer och medicinskt ansvariga i samband med verksamhetsuppföljning. Enhetschef ansvarar tillsammans med sjuksköterska och arbetsterapeut för att regelbundet informera om åtgärder och återföra erfarenheter från avvikelserapporteringen till personalen på enheten. Medicinskt ansvariga gör en övergripande uppföljning av avvikelser i patientsäkerhetsberättelsen.
- Medicinskt ansvariga skriver årligen en patientsäkerhetsberättelse.

Uppföljning genom egenkontroll

Journalgranskning

För att följa upp dokumentationens kvalitet inom kommunens hälso- och sjukvård görs journalgranskningar. Arbetsterapeuters och sjuksköterskors journaldokumentation granskas årligen för att hitta förbättringsområden och få en kvalitetsutveckling i syfte att säkra att patienten får en god och säker vård. Utifrån analys av journalgranskningen 2016 så framkommer att det är svårt att få en helhetsbild vilket beror på systemet. Det finns en del dubbel-dokumentation och osäkerhet under vilka sökord des ska dokumenteras. Det finns brister i uppdatering av status. Hälsoplaner med målformuleringar finns inte alltid. Det är fullgod dokumentation utifrån varje hälsoproblem med åtgärder och uppföljning. Under våren 2017 planeras flera halvdagsutbildningar för sjuksköterskor och arbetsterapeuter utifrån vad som framkommit på journalgranskningen. Under hösten 2017 planeras en studiecirkel om personcentrerad vård som kommer tillföra kunskap om vikten av att utgå från patientens egna mål vilket kommer att öka kunskapen och förbättra dokumentationen och få till personcentrerade hälsoplaner.

Loggkontroller

Loggkontroller för upptäckt av felaktig eller obehörig åtkomst till personuppgifter utförs i verksamhetssystemet ProCapita samt NPÖ varje månad genom stickprov. Från år 2016 finns en loggkontrollrutin för loggning av omvårdnadspersonalen. Under 2017 behöver det följas upp att rutinen följs.

Medicintekniska produkter

Funktionskontroll av medicinteknisk utrustning görs av ansvariga arbetsterapeuter, sjuksköterskor och hjälpmedelstekniker. Under 2016 påbörjades inventering av alla omvårdnadshjälpmedel och ett jobb med att lägga in i hjälpmedelsmodulen i ProCapita pågår, detta kommer ge möjlighet till spårbarhet och ökad kontroll av hjälpmedlen.

Basal hygien och klädregler

Hygienronder genomförs varje år på särskilda boenden, ofta tillsammans med hygiensjuksköterska. Hygienrondsprotokoll ska föras vilket ibland inte görs. Hygienombud ansvarar för att utföra stickprovskontroller under året som enhetschef ska återkoppla till personalgruppen. Basal hygien och klädregler följs inte fullt ut. För att få en bättre koll planeras under 2017 en punktprevalensmätning avseende basal hygien och klädregler - PPM-BHK. Under 2017 planeras utbildning i basal hygien och klädregler för legitimerad personal och chefer. Finns även behov av en utbildning för hygienombud.

Läkemedel

Internkontroll

Internkontroll sker en gång i månaden på narkotikaklassade och övriga särskilda läkemedel från kontrollansvariga sjuksköterskor på särskilda boenden, hemsjukvårdsområdena och korttidsavdelningen. Sammanställning görs av MAS en gång per år till förvaltningschef.

Under år 2016 har 88st av 132st (67%) internkontrollrapporter lämnats in till MAS från kontrollansvariga sjuksköterskor. Inom 4 områden har internkontrollen fungerat i stort sett varje månad och inom 6 områden har inte internkontroll gjorts varje månad. MAS har haft kontakt med områdeschef angående detta för att finna en lösning. Under dec har rapporteringen fungerat bättre.

På 26st av de 88st (29%) inskickade rapporterna förekom någon form av anmärkning/avvikelse. Av dessa 25st så var 6st avvikelser i akut- och buffertförrådet. Det är en minskning både av totalen avvikelser och avvikelser i akut- och buffertförrådet om man jämför med året innan. MAS har följt upp brist i akut- och buffertförrådet med förrådsansvarig sjuksköterska under året.

De avvikelser som förekommer mest är brist eller överskott av läkemedel och det är ofta kopplat till brister i dokumentation i narkotikajournal d.v.s. att det är uttaget/tillfört läkemedel som inte är dokumenterat i narkotikajournalen och att läkemedel ibland är uttaget ur förrådet utan att det kontrollräknas. Vissa brister eller överskott har i efterhand gått att härleda av ansvarig sjuksköterska och vissa inte. 11st brister av läkemedel har inte gått att härleda orsaken till. De flesta av dessa är i det stora läkemedelsförrådet på Syrenen där många olika ssk hämtar ut läkemedel. Återkopplingen till MAS från förrådsansvarig sjuksköterska saknas för hälften av anmärkningarna/bristerna.

Åtgärder:

- Det är viktigt att ansvarig sjuksköterska följer upp internkontrollen på sitt område, utreder alla brister/anmärkningar och orsaker till avvikelserna och därefter återkopplar skriftligt till MAS.
- Rutinen för att kontrollansvariga ssk ska göra internkontroll varje månad måste bli bättre.
- Vid uttag och tillförsel av läkemedel till förrådet, ska alltid läkemedlet kontrollräknas och dokumenteras i narkotikajournal. Extra noggrannhet krävs vid uttag och tillförsel i akut- och buffertförrådet p.g.a. att det är så många olika sjuksköterskor som hämtar läkemedel där. Signaturlista med namnförtydligande ska finnas i akut- och buffertförrådet som alla sjuksköterskor ska skriva på.
- Åtgärdsförslag lämnas till områdeschef för HSL

Kvalitetsrevision av läkemedelshantering

Kvalitetsrevision av läkemedelshantering och en kvalitetsdiskussion med sjuksköterskor omkring läkemedel görs årligen av MAS från annan kommun. Kvalitetsgranskningsprotokoll förs och åtgärder tas upp med berörda enhetschefer och sjuksköterskor. Kvalitetsrevisionen gjordes inte under 2016.

HALT

HALT är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende. Syftet med mätningen är att stödja arbetet med att förebygga infektioner förvärvade på särskilt boende samt optimera antibiotikaanvändningen. Askersunds kommun deltog i HALT mätningen första gången 2016.

Samverkan för att förebygga vårdskador

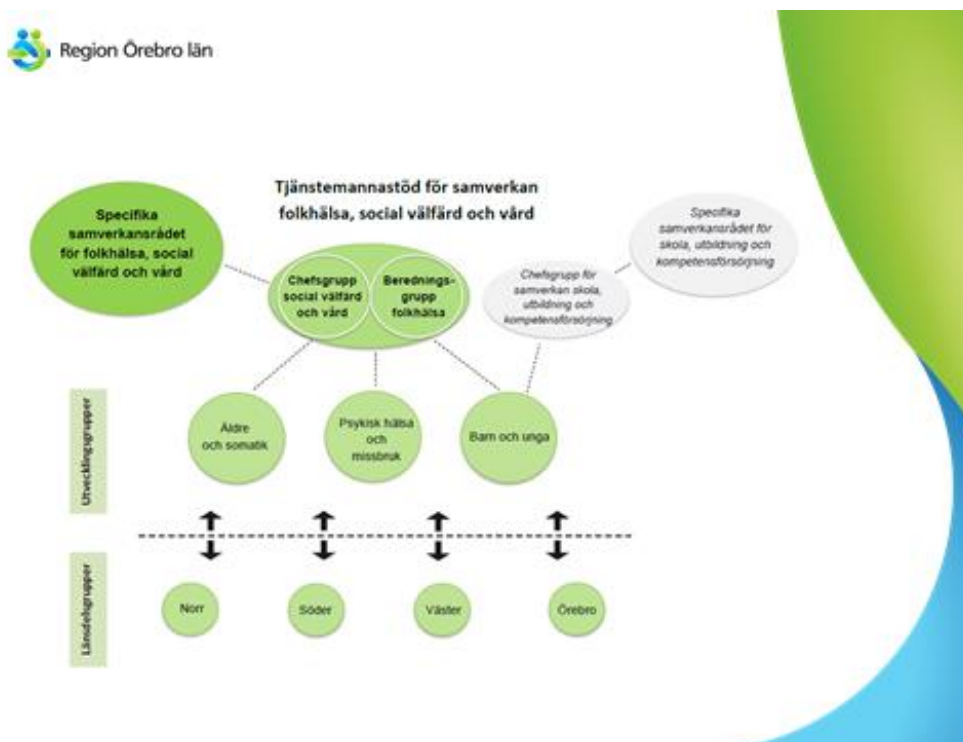
Det finns en samverkan mellan Askersunds kommun och Askersunds vårdcentral för att följa upp och förebygga vårdskador. Uppföljning av vårdens övergångar sker i samverkan mellan kommunen och Region Örebro län. På teamträffar, Meddixträffar och vid vårdplanering sker samverkan på individnivå för att förebygga vårdskador. I länet används informationsöverförings-systemet Meddix för vårdplaneringsprocessen.

Samverkansorganisation mellan kommunerna i Örebro län och Region Örebro län

Ett väl fungerande samarbete med länets kommuner och Region Örebro län är en förutsättning för ett framgångsrikt regionalt utvecklingsarbete.

Regionala samverkansrådet är ett organ för information, samråd och samverkan i frågor som är av gemensamt intresse. Till rådet är ett tjänstemannastöd i form av en chefsgrupp knutet för samverkan social välfärd och vård.

I varje länsdel finns en länsdelsgrupp med representanter från Region Örebro läns länsdelsverksamheter, inklusive psykiatriens öppenvård och representanter från länsdelens samtliga kommuner. Länsdelsgruppernas uppgift är att stödja det lokala utvecklingsarbetet, bland annat utifrån handlingsplanen "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre i Örebro län".



Risakanalys

Risakanalys, handlingsplan och konsekvensbeskrivning utifrån patientsäkerheten ska göras vid planer på större förändringar eller händelser i verksamheten och i samband med identifiering av processer.

En riskanalys av patientsäkerhet och arbetsmiljö i hemsjukvården gjordes av medicinskt ansvariga och områdeschef för hälso- och sjukvården i november 2016. Riskanalysen innefattar områdena: planering av delegerade arbetsuppgifter, planering av teamträffar, sjukfrånvaro, omvårdnadspersonalens kompetens, deltagande i planerade utbildningar, delegering, kontinuitet, processer och rutiner, basal hygien, dokumentation och rapporteringsskyldighet. Riskanalysen överlämnades till socialchef och projektledare med ansvar för översyn av hemtjänsten.

Personalens rapporteringsskyldighet

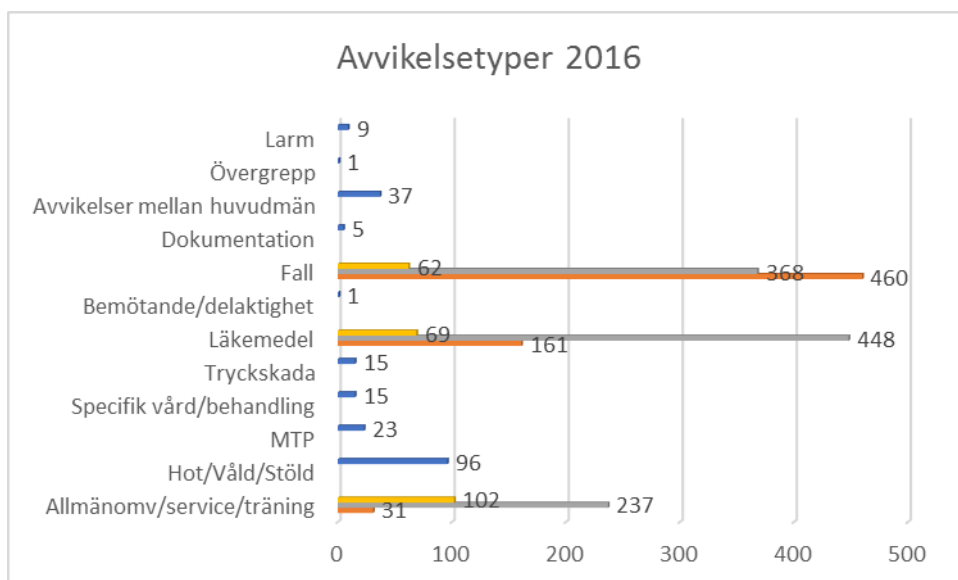
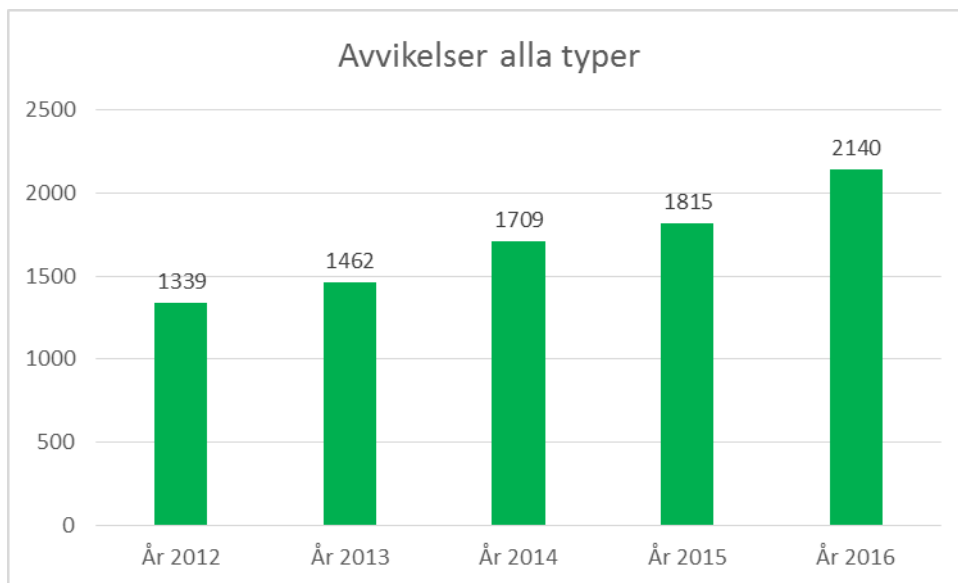
Avvikelser

Avvikelser är ett samlingsbegrepp på allt som avviker från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Från 2015 finns nya riktlinjer och rutiner gällande rapport av vårdskador, missförhållanden, synpunkter och klagomål inom socialtjänsten, LSS och hälso- och sjukvården. Teamet ska göra en gemensam utredning av dessa avvikelser utifrån ett antal punkter och beslut ska tas om lämpliga åtgärder för att undvika att händelsen upprepas. En bedömning av allvarlighetsgraden ska göras. Vid hög allvarlighetsgrad görs en vidare utredning av MAS/MAR/områdeschef och därefter görs eventuell lex Maria eller lex Sarah anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg - IVO.

Avvikelser

De senaste åren har det arbetats aktivt med avvikelshantering. Det finns en mall för teamledningens systematiska granskning av avvikelser. Teamledningsgrupperna ska inom sin verksamhet ta fram och analysera data utifrån mallen 3 gånger per år.

Utifrån riktlinjer och rutiner omkring avvikelshantering görs nu grundligare mer väldokumenterade utredningar av rapporterade missförhållanden och vårdskador. Under 2016 har sammanlagt 2140 st avvikelser inrapporterats. I jämförelse med 2015 har det totala antalet avvikelser ökat med 325 st. Inom områdena fall, läkemedel, hot och våld och allmän omvårdnad och avvikelser mellan huvudmän är ökningen störst. Inom övriga områden ingen större förändring från 2015.



Orange - SÄBO, Grå – Hemtjänst, Gul – Funktionsstöd, Blå - Gemensamt

Avvikelser mellan huvudmän

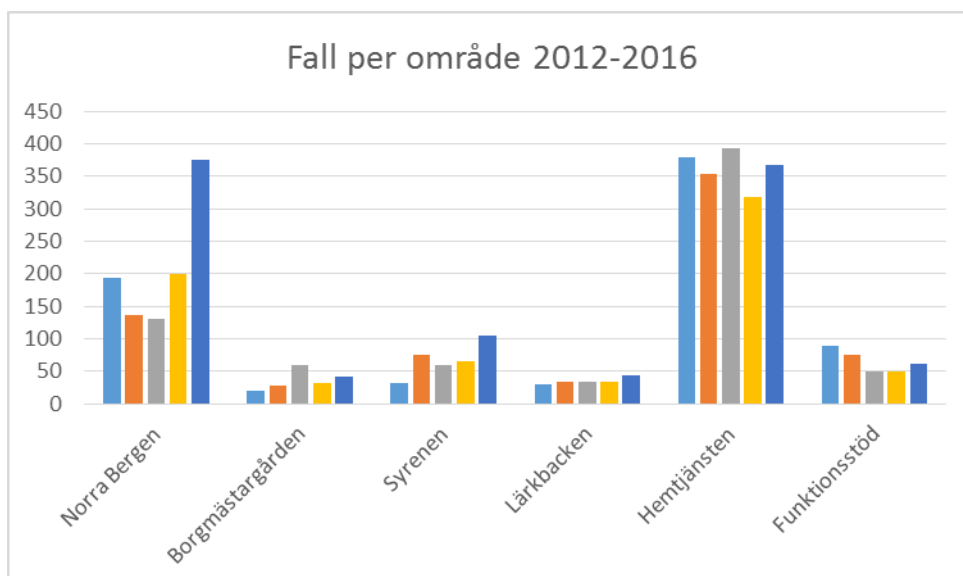
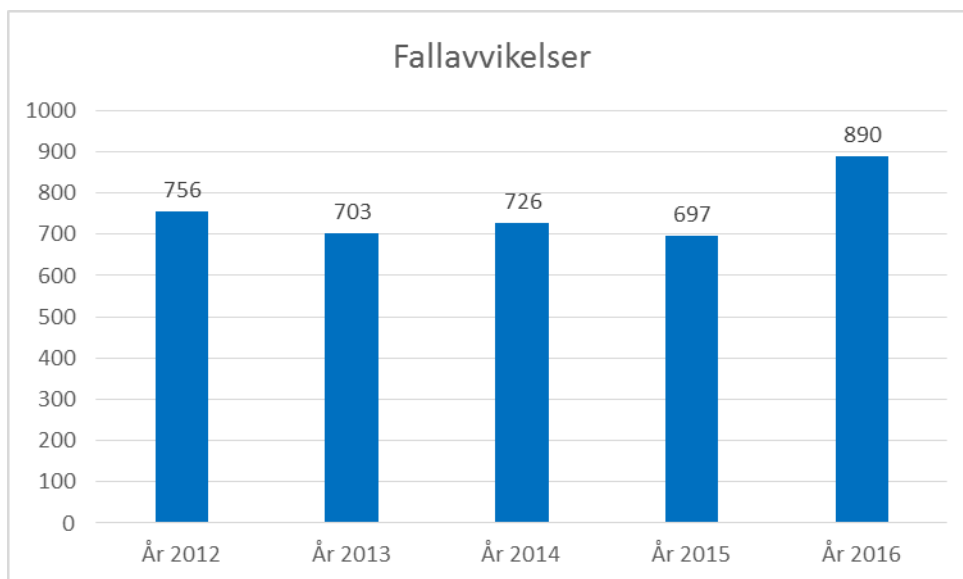
37 st avvikelser avseende brister i vårdkedjan mellan de olika huvudmännen och brister i utförande av ordinationer från fysioterapeut. 26 st gäller avvikelser till primärvård och sjukhus, 11 avvikelser gäller brister hos kommunen som annan vårdgivare uppmärksammat.

Avvikelser i allmän omvårdnad, service och träning

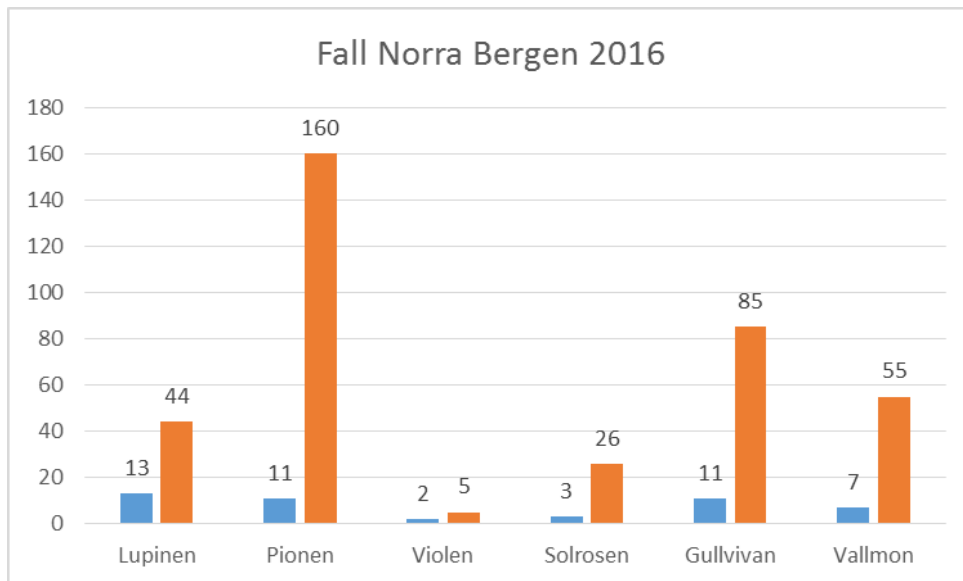
370 st avvikelser har rapporterats under 2016. Det är en ökning av antalet rapporter inom framförallt Funktionsstöd. 34% av rapporterna från hemtjänsten handlar om brister i planeringen (81st).

Fallavvikelser

Det var 890 st avvikelserapporter om fallolyckor, det är en ökning av antalet fall med 193 st sedan förra året. Störst ökning av fall är på Norra Bergen. Konsekvenser av totala antalet fall blev bl.a. 10 st höftfrakturer och 3 st andra typer av frakturer och 12 skullskador. Vid 4 tillfällen fick läkare kontaktas och vid 21 tillfällen fick patienten åka till sjukhus. 149 st rapporterades ha smärta efter fallet och 535 av de 890 fallen fick ingen konsekvens.



Ljusblå=2012, Orange=2013, Grå=2014, Gul=2015, Blå=2016



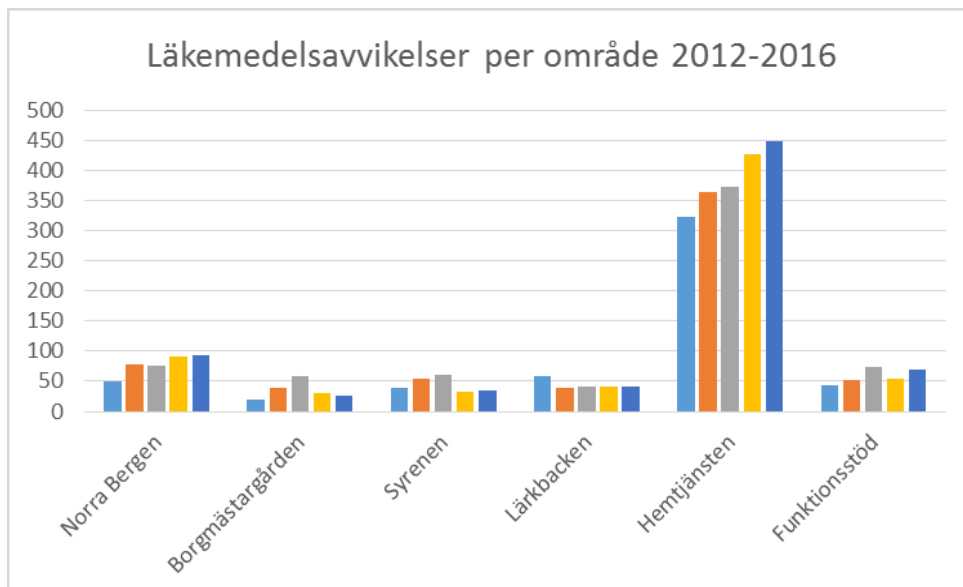
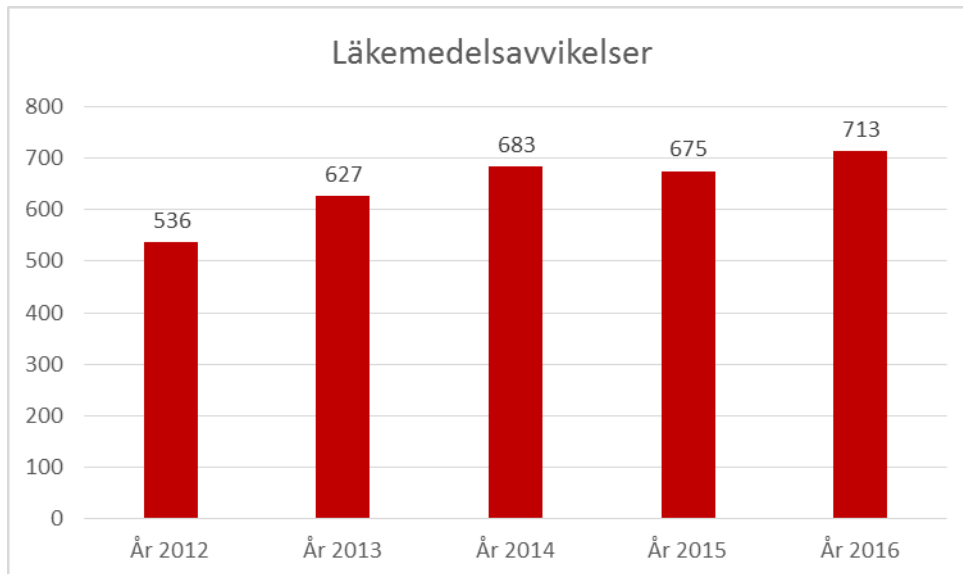
Blå – Antal olika personer som fallit per enhet
 Orange – Antal fall per enhet

Totalt antal fall på Norra Bergen är 375 st, det är 47 olika personer som har fallit under året. Utebliven gångträning trots ordination är en orsak till en del av de ökade fallen på Norra Bergen men framförallt är det några personer som har hög fallrisk som ramlar ofta. Det är 4 personer som står för nästan hälften av fallen - 174 st.

Alla fallförbyggande åtgärder som t.ex. läkemedelsgenomgång, träning, skor, höftskyddsbyxor mm är insatta och uppföljning görs systematiskt genom att ett aktivt arbete med Senior alert ändå kvarstår fallrisk och att fall sker.

Läkemedelsavvikelser

713 st avvikelser gällande läkemedelshantering rapporterades 2016, vilket är en ökning med 38 st mot föregående år. 513 avvikelser gällde utebliven läkemedelsdos. Orsaker till läkemedelsavvikelserna var glömska 174 st, missförstånd 52 st, stress 64 st, brist i ordination från ssk 5 st.



Ljusblå=2012, Orange=2013, Grå=2014, Gul=2015, Blå=2016

Anmälningar lex Maria och lex Sarah

Under 2016 har tre rapporterade allvarliga missförhållanden anmälts enligt lex Sarah och en rapporterad allvarlig vårdskada anmälts enligt lex Maria till IVO. IVO har efter att ha tagit del av kommunens utredningar och vidtagna åtgärder avslutat ärendena.

Vi ser som medicinskt ansvariga att det behöver alltid finnas en handlingsplan med planerade åtgärder, vem som ansvarar för att åtgärderna genomförs och när de ska genomföras. Bättre uppföljning behövs av att åtgärderna genomförs efter lex Sarah och lex Maria anmälningar.

Rapportering bör ske regelbundet till ledningsgruppen om vilka resultat åtgärderna fick i verksamheten, om risken minskat för att allvarlig vårdskada eller missförhållande ska inträffa igen.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet ska utredas. Utredningen ska leda till att den som bedriver verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten. Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade.

Enhetschef ska inom en vecka skicka skriftlig bekräftelse till ingivaren och meddela vem som är handläggare. Så fort en muntlig eller skriftlig synpunkt eller klagomål har tagits emot ska enhetschef åtgärda eventuella missförhållanden. Enhetschef ansvarar för all kontakt med ingivaren samt är den som återkopplar efter utredningen. Om innehållet i klagomålet eller synpunkten bedöms som ett missförhållande eller en risk för missförhållande ska en rapport upprättas av enhetschef. Då kommer klagomålet/synpunkten att utredas både som ett klagomål/synpunkt och som ett missförhållande. Om innehållet i klagomålet eller synpunkten är en vårdskada eller en risk för vårdskada ska en rapport upprättas av enhetschef. Då kommer klagomålet/synpunkten att utredas både som ett klagomål/synpunkt och som en vårdskada. De åtgärder som framkommer i utredningen ska verkställas och följas upp innan ärendet kan avslutas. För åtgärder som inte vidtas omedelbart ska en tidplan upprättas. Genomförda utredningar bör återkopplas och diskuteras i verksamheten.

Synpunkter och klagomål under 2016

Det har under 2016 inkommit 39 synpunkter och klagomål från brukare och/eller deras anhöriga, vilket kan jämföras med 17 stycken under föregående år.

Kategori	Antal
Bemötande/vikarier	3
Planering/personalbrist	11
Utförande	2
Utförande/vikarier	8
Mottagande vid hemkomst efter vård	2
Personalkontinuitet	7
Informationsbrist	7
Miljö	1
Otrygg	5
Handling	2
Sekretess	1

(Ett klagomål kan redovisas i flera olika kategorier)

De synpunkter och klagomål som kommit in under året speglar de avvikelser som registreras. Ett antal synpunkter handlar om planering, personalkontinuitet samt att man inte får hjälp den tid man önskar. Även informationen kring dessa omständigheter har varit bristfällig. Vidare har ett antal synpunkter kommit in angående vikarier under sommarperioden. Även detta är tydligt i utvärderingen av sommaren inom vård och omsorg. Vikarier som togs in sent i rekryteringsprocessen hade inte möjlighet till en så omfattande introduktion som hade varit nödvändig.

I Socialstyrelsens brukarenkät (*"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"*) har framkommit att 60 % av de svarande brukarna inom hemtjänsten i Askersunds kommun vet var de ska vända sig med synpunkter och klagomål (61% 2015). Bland brukare och/eller anhöriga på särskilt boende har 44 % i kommunen uppgett att de vet var de ska vända sig (38% 2015). Dessa siffror visar att vi har ett arbete framför oss att ytterligare tydliggöra för brukare och deras anhöriga var de kan vända sig med sina synpunkter och klagomål.

Samverkan med patienter och närstående

Individuella hälsoplaner och genomförandeplaner upprättas tillsammans med den enskilde och ibland dennes närstående. Det förebyggande arbetet med riskbedömning och åtgärder i Senior alert samt vårdplanering och samordnad individuell plan – SIP sker i samverkan med patienten och ibland även närstående.

Hur patientsäkerhetsarbete bedrivs samt åtgärder och resultat för 2016

Ledningssystem för kvalitet

Socialförvaltningen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet finns på kommunens intranät. Under våren 2015 introducerades processverktyget Ensolution. Ett arbete med att identifiera verksamheternas huvudprocesser startades upp. Ledningssystemet är ett av Socialnämndens och ledningens verktyg för att styra samt verksamheternas verktyg för att säkra kvaliteten i arbetet. Ledningssystemarbetet leds av processledare tillsammans med socialförvaltningens ledningsgrupp. Ledningssystemet kommer på sikt att övergå enbart till Ensolution, där processerna kommer finnas med kopplade rutiner. Under 2016 har arbetet med att identifiera verksamhetens huvudprocesser minskat betydligt och det beror på oro och trötthet i organisationen samt att det har varit många chefsbyten.

För varje process och rutin som ska göras utses ansvarig chef som ska utse nyckelpersoner och sammankalla en arbetsgrupp. Processer och rutiner som jobbat fram i arbetsgrupp tas upp på ledningsgrupp för beslut. Enhetscheferna ansvarar för implementering av beslutade processer, rutiner och riktlinjer i verksamheten.

Egenkontroller för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet med handlingsplaner används för uppföljning 2 gånger per år av hur rutiner införs och fungerar i verksamheten. Detta ingår som en del i socialförvaltningens årshjul. På detta sätt bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Teamarbete

Det finns en rutin för hur teamledning och teamträffar ska fungera. Syfte med teamledningsträffar är att enhetschef, arbetsterapeut och sjuksköterska träffas regelbundet och planera övergripande för enhetens verksamhet. Syfte med teamträffarna är att få en gemensam helhetsbild av brukarens behov och insatser samt hur insatserna ska utföras och regelbundet följas upp. Genomförandeplaner och hälsoplaner ska initieras och uppdateras. Läkemedelsgenomgångar ska initieras.

På teamträffar ska avvikelser och åtgärder till förbättringar diskuteras och analyseras. Erfarenhetsåterföring till hela personalgruppen ska ske på verksamhetsträffar där hela personalgruppen, enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och vid behov sjukgymnast deltar.

Senior alert med riskbedömning, åtgärder och uppföljning av fall, trycksår, undernäring och munhälsa ska initieras och följas upp på teamträff. Uppföljning och utvärdering efter dödsfall och registrering i Svenska palliativregistret ska ske.

Basal hygien och klädregler

Riktlinje för basal hygien och klädregler finns och ska skrivas under och följas av all personal inom vård- och omsorg och funktionsstöd. I samband med introduktionsutbildning så får nyanställda en kort utbildning i basal hygien och klädregler. Ordinarie personal får ingen återkommande utbildning eller uppföljning gällande basal hygien om det inte sker på verksamhetssträffar. Rökning i arbetskläder förekommer trots att det inte är tillåtet. Basal hygien är ett viktigt patientsäkerhetsområde som ska hållas aktuellt. Som medicinskt ansvariga ser vi att det finns ett behov av att riktlinjen följs. Enhetscheferna har ansvar för att återkommande information och uppföljning görs i verksamheten.

Kontroll, underhåll och service av omvårdnadshjälpmedel

Arbetsterapeuterna gör alltid en kontroll av ett omvårdnadshjälpmedel innan utlämnande så att patienten får ett välfungerande och säkert hjälpmedel. Kontinuerlig kontroll av lyftselar sker utifrån i länet framtagen manual. En hjälpmedelstekniker finns anställd på 50% inom kommunen för att utföra systematiskt underhåll och service utifrån i länet framtagna riktlinjer. Arbeta pågår med att hitta arbetsrutiner för rengöring av hjälpmedel i den enskildes hem. Det har varit svårt att få bra rutiner för regelbunden rengöring när den enskilde har hjälp med detta av hemtjänstpersonal.

Dokumentation

Upphandling av verksamhetssystemet Procapita blev klart 2015. Uppbyggnad och införande av nya moduler pågår fortfarande under 2016. Under hösten 2015 gjordes ett utbildningsmaterial för införande av omvårdnadspersonalens dokumentation enligt SoL och HSL i Procapita. Arbetsterapeuter, sjuksköterskor och chefer har fått utbildning i dokumentation för att som teamledning kunna utbilda omvårdnadspersonalen. Utbildningen till omvårdnadspersonalen genomfördes under våren 2016 och planen var att all personal skulle vara inne i systemet och dokumentera innan sommaren. En utvärdering av omvårdnadspersonalens dokumentation gjordes genom en journalgranskning i januari 2017. Den visade att inte alla är inne i systemet och dokumenterar eller läser dokumentation än. Detta är en stor kvalitets och patientsäkerhetsbrist. En del personal dokumenterar mycket och med god kvalitet. Andra dokumenterar lite och med varierande kvalitet.

Nutrition

Det finns en nutritionspolicy för särskilda boenden som är beslutad i socialnämnden. Sedan 2016 så finns det två stycken sjuksköterskor med specialområdet nutrition. Under 2016 har ett arbete påbörjats omkring nutritionsvårdsprocessen och hur man ska arbeta med nutrition i verksamheten. Arbetet fortsätter under våren 2017.

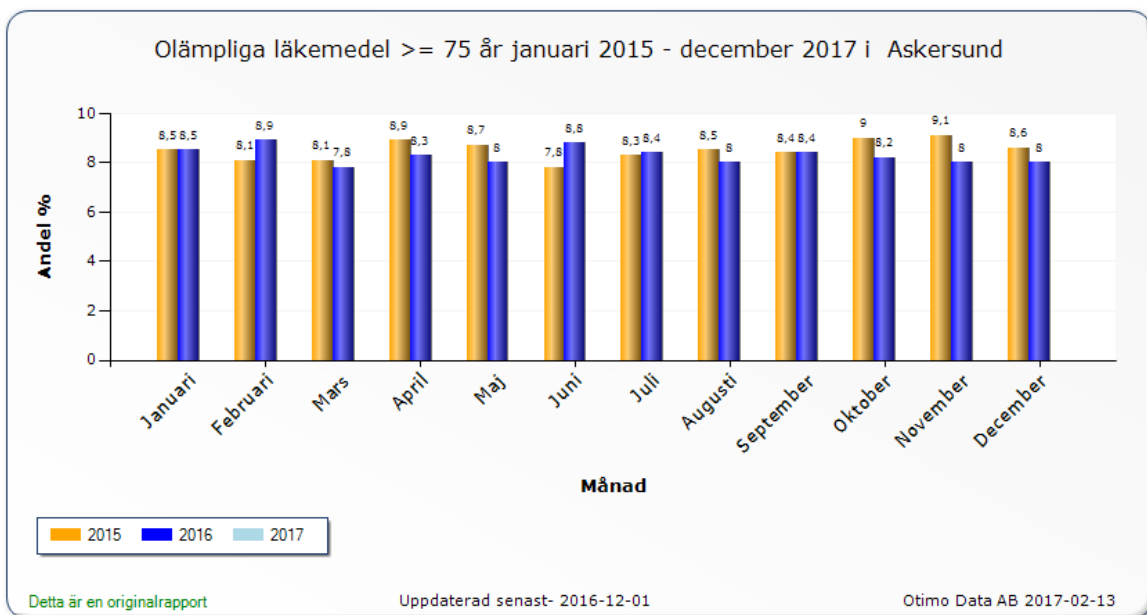
Mål i nutritionspolicyn för särskilda boenden är att nattfastan för de boende inte ska överstiga 11 timmar och att ingen boende ska lida av ofrivillig undernäring.

Läkemedel

Fördjupad läkemedelsgenomgång - Alla patienter som är inskrivna i kommunens hemsjukvård ska enligt rutin erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång 1 gång per år. 2016 har 66 st fördjupade läkemedelsgenomgångar gjorts.

Enkel läkemedelsgenomgång – Ska erbjudas de patienter som är över 75 år och ordinerade minst 5 läkemedel vid besök hos läkare i öppenvård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård och vid inflyttning på särskilt boende för äldre eller bostad med särskild service, LSS. 2016 har 113 st enkla läkemedelsgenomgångar gjorts.

Olämpliga läkemedel ska minskas för äldre som är 75 år och äldre. Det har i Askersund skett en minskning med 2,7 % mellan år 2015 och 2016.



Rehabiliterande förhållningssätt

Utbildning i rehabiliterande förhållningssätt sker vid introduktion av nyanställd personal samt vid introduktion för semestervikarier. Det finns en broschyr att lämna till brukare och anhöriga för information om förhållningssättet. Arbetsterapeuterna håller i uppföljande diskussioner omkring rehabiliterande förhållningssätt minst en gång per år i arbetsgruppen.

Kompetens

All personal på enheterna ska ha lyftkörkort. Utbildning i lyftkörkort erbjuds 1 gång i månaden med målet att all personal ska ha utbildningen. Kunskapstest för läkemedel, diabetes och insulingivning ska genomföras innan delegering kan bli aktuell. Legitimerad personal genomför vid behov vårdlagsutbildningar för att höja personalens kompetens. Introduktion av semestervikarier sker inför varje sommarsemester. Introduktion av nyanställd personal ska ske ytterligare 3 gånger per år.

Nationella kvalitetsregister

Det är ett pågående systematiskt kvalitetsarbete sedan 2011 i verksamheterna med kvalitetsregistren Senior Alert (i Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärdering gällande trycksår, fall, undernäring och munhälsa) och Svenska palliativregistret. Norra Bergen använder BPSD-registret som är ett arbetssätt vid BPSD-symtom (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens).

E-hälsa

All legitimerad personal, även vikarier har e-legitimationer för säker inloggning i det nya ordinationsverktyget för läkemedel - Pascal, Nationell Patient Översikt (NPÖ), och Meddix. Under 2015 övergick verksamheten helt till digitala larm. Ett utbyte av mobiltelefoner gjordes under 2015 för att förbereda för kommande teknik för att kunna se planering och göra journalanteckningar via mobil. Sedan flera år tillbaka har verksamheten nyckelfri hemtjänst. Under 2016 har Lifecare mobil hemsjuksvård (mobil journalåtkomst) testats med varierat resultat, testen pågår fortfarande. Under 2016 har det påbörjats ett arbete med olika moduler i Procapita som kommer införas under 2017, bl.a. hjälpmedel plus, boende modulen, Lifecare handläggare, digitala bilder och genomförandeplan.

Klinisk bedömning och Beslutsstöd

Sjuksköterskorna i Askersund använder beslutsstödet för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats. Vi har två st utbildade instruktörer i klinisk bedömning. Instruktörerna håller på att utbilda alla sjuksköterskor i klinisk bedömning och beslutsstöd.

Vårdplanering

Askersunds kommun följer ViSams modell för säker utskrivning.

Vårdplanering på distans

Askersunds kommun har under 2016 gjort vårdplaneringar via webb där det har varit möjligt. Under 2016 har antalet avdelningar på sjukhuset utökats med teknik för att kunna genomföra vårdplaneringar via webb. Under 2017 ska alla avdelningar på sjukhuset ha möjlighet att göra vårdplaneringar via webben.

SIP

Vårdplaneringar görs alltid men SIP har inte kommit igång inom vård och omsorg. Inom funktionsstöd görs fler SIP. Ett utvecklingsområde är att alltid använda verksamhetssystemet Meddix öppenvård vid SIP.

SBAR

Enhetschefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonalen har fått utbildning i SBAR, samt fått egna SBAR-kort.

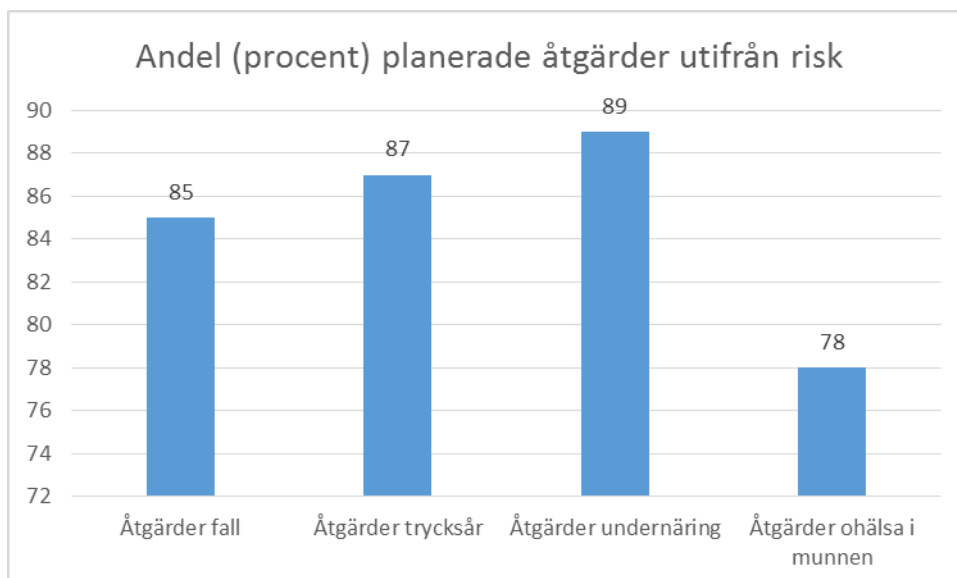
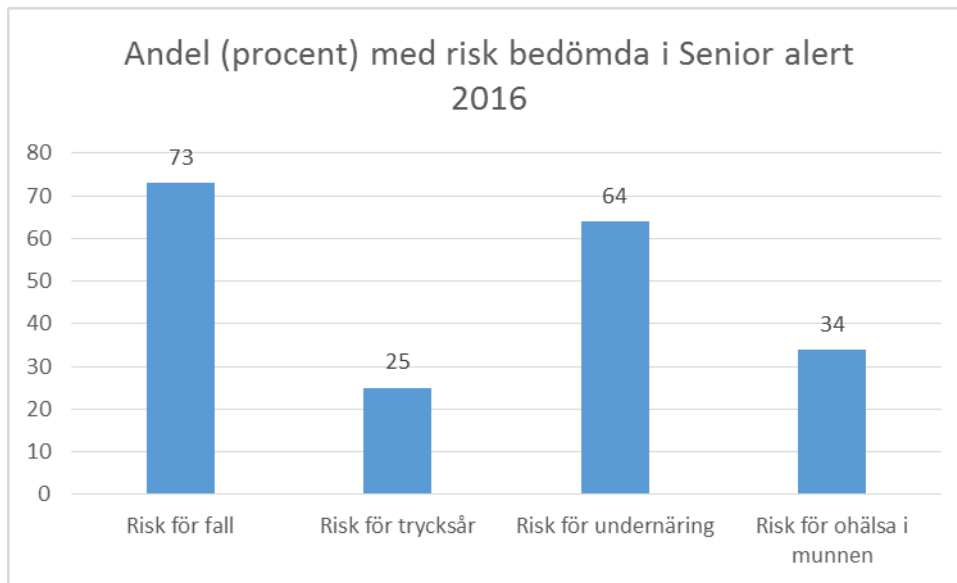
COPM

Alla arbetsterapeuter fick i december en utbildningsdag gällande i länet bestämde bedömningsinstrument.

Riskbedömningar i Senior alert

Målet att registrera minst 90 % riskbedömningar med planerade åtgärder i särskilda boenden och på korttidsboenden är inte uppnått.

Under 2016 har 329 patienter med hemsjukvård fått en riskbedömning i Senior alert.

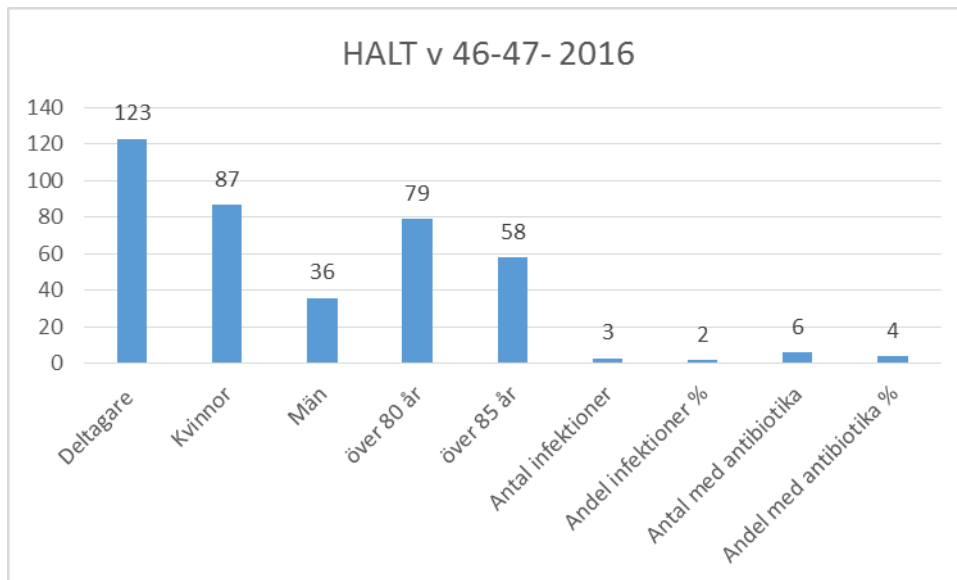


Blåsdysfunktion

Blåsdysfunktion- och inkontinensmodulen i Senior alert har börjat användas till viss del på Norra Bergen under 2016.

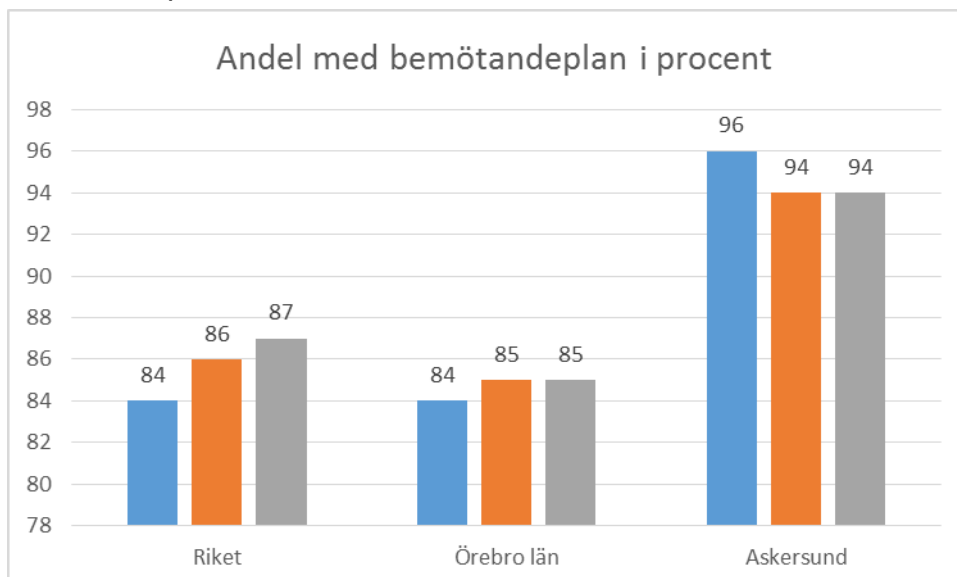
Vårdrelaterade infektioner

Resultatet i HALT mätningen visar att andel infektioner och andel patienter med antibiotika är låg.



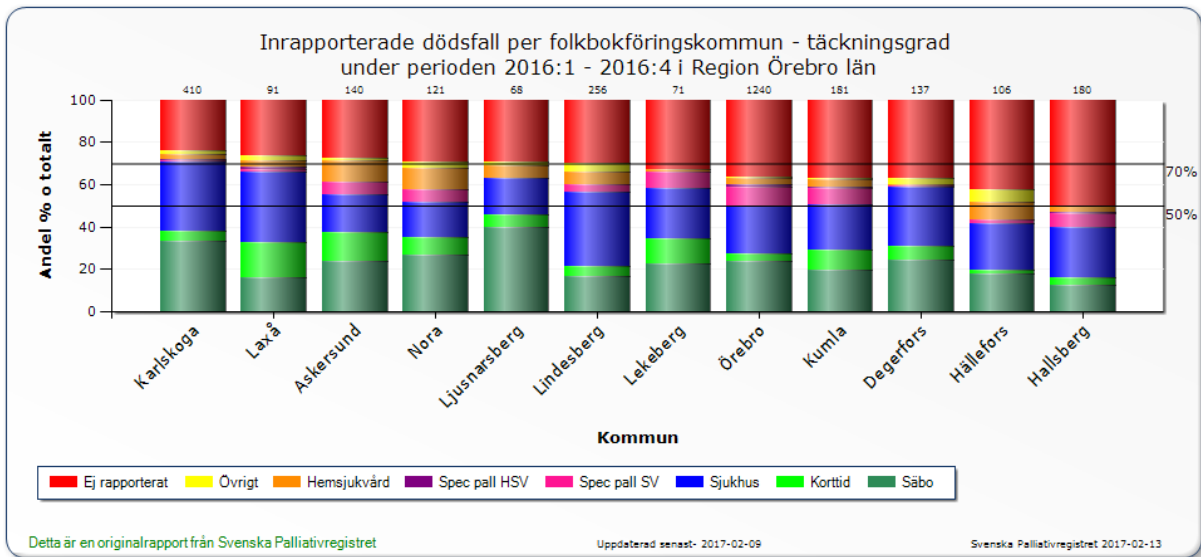
BPSD

Antal registreringar i BPSD-registret är 57 st. Andelen personer som har bemötandeplan är 94%.

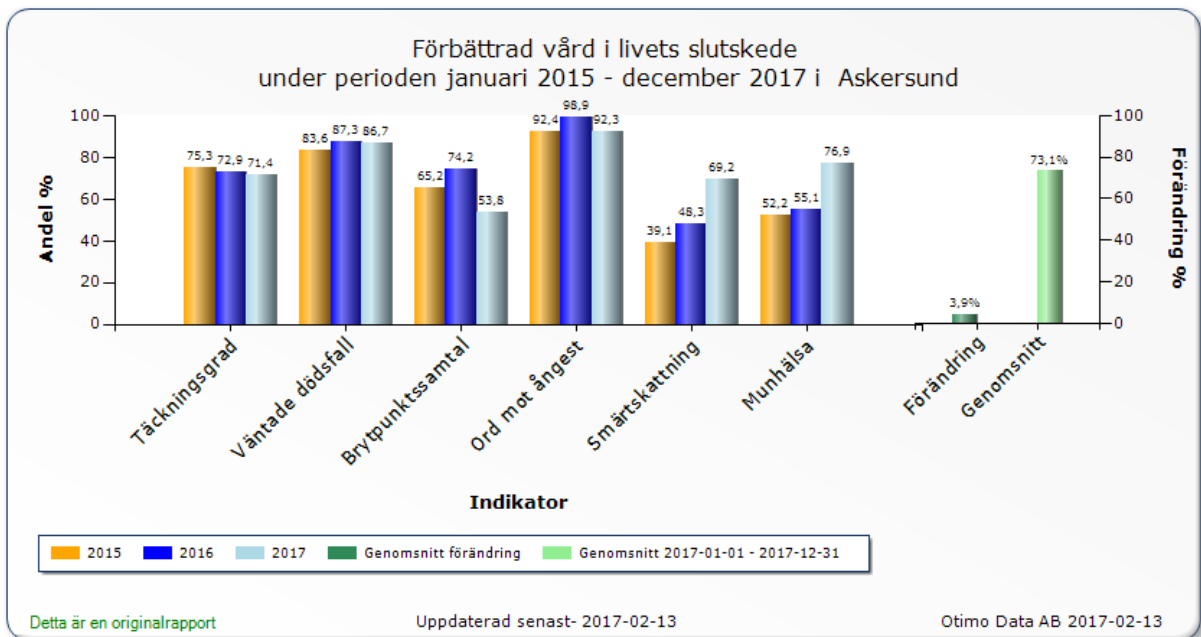


Blå – År 2014, Orange – År 2015, Grå – År 2016

Palliativ vård



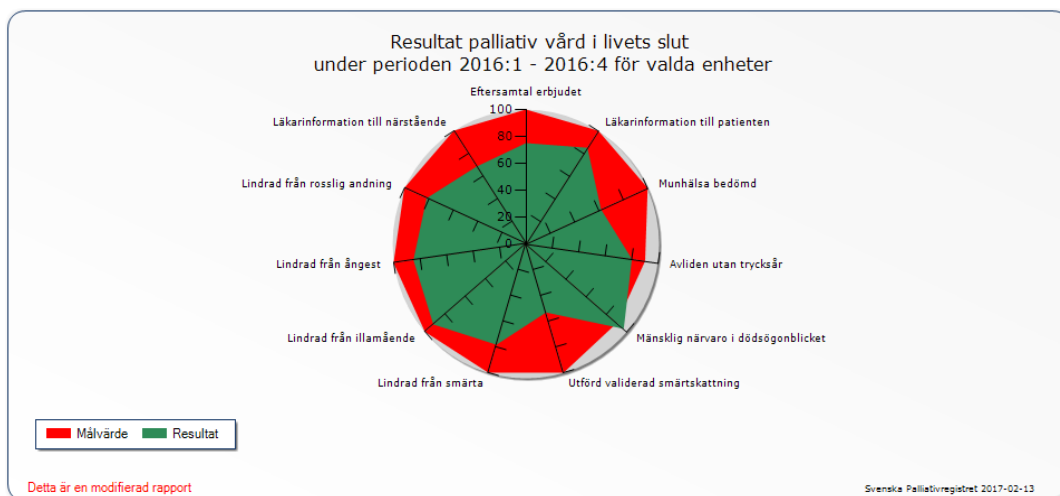
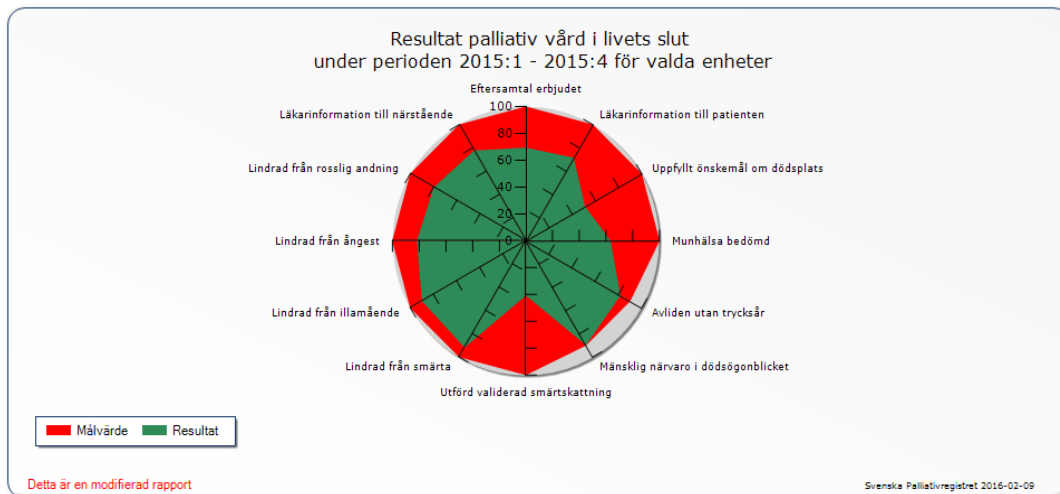
Täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativregistret ska vara minst 70 procent, vilket Askersund har uppnått.



Askersund har förbättrat värdet för de fyra indikatorerna brytpunktssamtal, ordination mot ångest, smärtskattning och munhälsa med 6,9 procent sedan föregående år, vilket innebär att målet är uppnått.

Jämförelse av resultat palliativ vård mellan åren 2015-2016

De flesta indikatorer ligger ungefär på samma nivå eller är lite förbättrade 2016 mot föregående år. Det som sticker ut mest är att smärtskattningen utförs oftare och att läkarinformationen till patienten har förbättrats. Läkarinformation till närstående har dock minskat något.

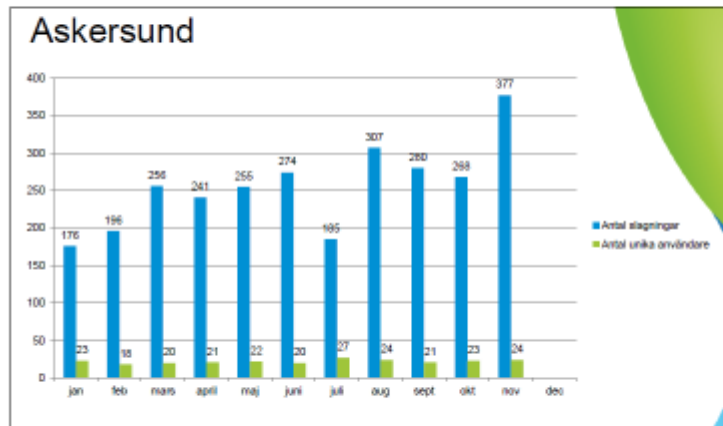


NPÖ – Nationell patientöversikt

NPÖ används av all legitimerad personal i Askersund.



NPÖ 2016



Övergripande mål för 2017

Socialnämndens mål

- Att arbeta systematiskt med kvalitet och patientsäkerhet i förvaltningen.
- Ur socialnämndens värdegrund särskilt fokusera på hög delaktighet i verksamheterna.
- Att arbeta aktivt med det salutogena ledarskapet och förhållningssättet
- Att värdighetsgarantierna efterföljs
- Ta tillvara och utveckla det friska och ha ett rehabiliterande förhållningssätt i verksamheten

Handlingsplan med mål gällande sammanhållen vård- och omsorg för äldre i södra länsdelen 2016-2018

MÅL: Sammanhållen vård och omsorg

- Samtliga fyra kommuner använder strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats
- Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd i samtliga fyra kommuner under 2016
- All vårdplanering sker enligt beslutad ViSam modell för vårdplanering inför utskrivning
- All samordnad individuell planering (SIP) sker enligt beslutad ViSam modell.
- Vårdplanering sker vid de flesta tillfällen via video på distans
- NPÖ ska användas av legitimerad personal i kommunerna för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar. Samtliga fyra kommuner i södra länet har utarbetat rutin för inhämta information via NPÖ i samband med övertagande av vårdansvar

Mål: Förebyggande arbetssätt och rehabilitering

- Samtliga fyra kommuner ska registrera minst 90 % riskbedömningar med planerade åtgärder i hemsjukvård, särskilda boenden och på korttidsboenden
- Minska risk för trycksår och fall på särskilt boenden och korttidsboenden
- Att fler patienter görs delaktiga i sin rehabiliteringsprocess genom COPM (Canadian Occupational Performance Measure)
- Blåsdysfunktion- och inkontinensmodulen i Senior alert ska användas inom relevanta verksamheter

- Arbetet med vårdhygien ska följas av alla verksamheter genom årliga mätningar,
- Antal vårdrelaterade infektioner ska minska
- Personer med risk, ska få riskbedömning i samverkan mellan kommun och vårdcentral

Mål: God vård vid demenssjukdom

- Alla personer med BPSD*-symtom ska bedömas enligt NPI skattning och bör registreras i BPSD registret.
- Att personalen har kunskap och grundläggande utbildning om demensvård/ omvårdnad, enligt DemensSams utbildningsmodell
- Berörda verksamheterna tar del av och använder Nollvision
- Personalen har kunskap om miljö inom demensvård

Mål: God vård vid livets slut

- Täckningsgraden för registrering av förväntade dödsfall i Svenska palliativregistret ska vara minst 70 procent.
- Samtliga kommuner och Regionen ska förbättra värdet för de fyra indikatorerna; brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa, ordination av injektionsmedel mot ångest vid behov med minst 5 %
- Alla verksamheter använder e-utbildning i allmän palliativ vård

Mål: God läkemedelsbehandling för äldre

- För de som är 75 år och äldre ska en minskning ske av användandet av olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och av anti-inflammatoriska läkemedel under 4 månader av 6 jämfört med föregående år
- Alla personer inom särskilt boende och hemsjukvård ska årligen genomgå en fördjupad läkemedelsgenomgång

MÅL: God psykisk hälsa för den äldre

- Under 2017-2018 ska det i Örebro län genomföras utbildningar i "Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre". I Örebro län ska det finnas minst en "Första hjälpen instruktör" i varje länsdel

Utvecklingsområden

- Att utveckla processtänkande i ledningssystemarbetet med hjälp av Ensolution som verktyg och kontinuerligt jobba fram verksamhetens huvud och ledningsprocesser.
- Att utveckla arbetssättet i teamledningen för att införa nya rutiner och arbetssätt enligt processer i ledningssystemet.
- Börja göra riskanalyser när processer kartläggs.
- Alltid göra riskanalyser för både patientsäkerhet och arbetsmiljö vid förändringar i verksamheten.
- Att teamträffar och teamledningsträffar är väl fungerande på alla enheter inom vård- och omsorg och inom funktionsstöd.
- I teamen fortsatt utveckling av hur avvikelser och risker analyseras, utreds, åtgärdas och följs upp.
- Att teamledningen tar fram och analyserar data från avvikelssystemet och att statistik och resultat används i det fortsatta förbättringsarbetet.
- Att teamledningen tar fram och analyserar data från kvalitetsregistren Senior alert, palliativa registret och BPSD och att statistik och resultat används i det fortsatta förbättringsarbetet.
- Enhetschef behöver i samverkan med teamledningen följa upp att alla i omvårdnadspersonalen kan logga in i ProCapita. Att personalen dokumenterar både enligt SoL och HSL, läser dokumentation samt att dokumentationen är av god kvalitet
- Bättre uppföljning behövs av att beslutade och planerade åtgärder vid lex Sarah och lex Maria genomförs.
- Fortsatt arbete med att utföra fler smärtskattningar.
- Fortsatt arbete med att utföra fler munvårdsbedömningar.
- Börja göra punktprevalensmätningar (PPM) för basalhygien och klädregler (PPM-BHK).
- Påbörja planering för att börja använda rehabiliteringsmodulen i Senior alert.
- Utöka användandet av modulen för blåsdysfunktion/inkontinens i Senior alert.
- Planering av grundläggande utbildning i förflyttningsteknik för omvårdnadspersonal inom vård- och omsorg och funktionsstöd.
- Göra handlingsplanen för södra länsdelen 2016-2018 gällande sammanhållen vård- och omsorg för äldre känd i verksamheten och prioritera vilka områden som ska finnas som nedbrutna mål i verksamhetsplanerna.