



Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

2019-01-30
Ingela Lundberg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	6
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Risikanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador	10
Informationssäkerhet	10
RESULTAT och ÅTGÄRDER.....	11
Planering för 2019	18

Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs fortlöpande bl.a.

- Användande av kvalitetsregister
- Kvalitetsrapport: Ett dokument som möjliggör för medarbetarna både på enhets och ledningsnivå att följa resultat med färdiga diagram och tabeller
- Kvalitetsråd i varje särskilt boende i äldreomsorgen: Modell för systematisk uppföljning och utvärdering inom äldreomsorgen. Kvalitetsråden uppgift är att sammanställa och analysera de resultat som levererats via kvalitetsrapporten samt övrig information såsom brukarens erfarenhet, uppkomna frågeställningar från anhöriga etc. Kvalitetsråden ska sedan ge förslag på handlingsplaner/förbättringsarbete.
- Avvikelsehanteringen
- Egenkontroller

Några av de viktigaste åtgärderna som vidtagits i patientsäkerhetsarbetet 2018

God och säker vård

- Utarbetats ett Palliativt vårdprogram för Rehab
- Alla sjuksköterskor har utbildats i kliniska bedömningar

Säker läkemedelshantering

- Inköp av personliga/patientbundna läkemedelsskåp till alla särskilda boenden. Tillgång till skåpen har endast personal med delegation. Skåpen öppnas med SITHS-kort och loggranskas
- Inköp av medicingivare Evondos, tjänst som stöd och hjälp för en säker läkemedelshantering

Förebyggande arbete

- Deltagande i Svenska HALT som är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet. Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Ledningssystem för kvalitet

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.

Alla vårdgivare som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ansvarar för att det finns ett ledningssystem för kvalitet.

Syftet med Ledningssystemet är:

Att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheterna

Att denna är dokumenterat på ett strukturerat sätt

Att de dokumenterade rutinerna och riktlinjerna följs och utvecklas med förändrade behov.

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter

Modell för styrning

Mål och resultatstyrning sker i Robertsfors kommun genom balanserade styrkort. Kommunfullmäktige har antagit styrkort som kommunstyrelsen har att utgå ifrån.

Balanserade styrkort ska upprättas både på förvaltnings- som arbetsplatsnivå.

I balanserade styrkort för förvaltning och arbetsplatser ska anges vilka aktiviteter som ska genomföras för att uppfylla nyckelfaktorer och mål. Aktiviteterna ska ha en ansvarig person och det ska anges när och hur de ska följas upp.

Balanserad styrkort för hälso- och sjukvårdsenheten upprättas av ansvarig HSL-chef årligen

Värderingar

Socialutskottets balanserade styrkort har sin utgångspunkt i socialtjänstlagen, lag om särskilda insatser för vissa funktionshindrade samt hälso- och sjukvårdslagen samt i FN:s konventioner.

Vårt uppdrag är att utifrån beprövad erfarenhet och bästa tillgängliga kunskap möta människors behov. Det är i möte mellan den enskilde och den anställde som kvalitén i våra insatser sätts.

Vårt motto ska därför vara – **Alltid bästa möjliga möte!**

Utgångspunkten vid alla möten med den enskilda ska vara Allas lika värde

- Värdigt bemötande
- Respekt för den enskilde
- Delaktighet och självbestämmande

Bedömning samt utförande av den enskildes insatser ska ske utifrån ett jämställt och könsneutralt perspektiv oberoende av sexuell läggning och etnisk bakgrund.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Vårdgivare (kommunstyrelsen) har det yttersta ansvaret i att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Vårdgivarna har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Lex Maria anmälan till IVO utförs av MAS på delegation.

Verksamhetschef enligt HSL 29§ ansvarar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses

MAS ansvarar för patientsäkerhetsarbetet utifrån hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30)11 kap. 4 § och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

MAS har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Patientnämnden

är en fristående och opartisk instans dit den enskilde, anhöriga och personal kan vända sig till när det uppstått problem i vården som inte gått att lösa på plats eller när kontakt önskas direkt med en opartisk instans fristående från vården

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

- Kommunikation och informationsöverföring i vårdens övergångar mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunens hälso- och sjukvård i verktyget Prator.
- Läkemedelsgenomgångar ska genomföras 1 gång/år på alla dospatienter.
- Rutiner för avvikelshantering mot andra huvudmän, slutenvård, primärvård, dosapotek m.m.
- Avtal med vårdhygien med hygienutbildningar och hygienronder.
- Regelbundna träffar och avstämningar med Hälsocentralens personal angående hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan verksamhetschef HSL och Hälsocentralens verksamhetschef
- Överenskommelse om samarbete kring uppsökande munhälso-bedömning mellan västerbottenslänslandsting och Robertsfors kommun

-
- Samverkan med Läke-medelscentrum, Läke-medelskommittén Västerbottens län för årlig revidering av Generella behandlingsanvisningar och innehåll i basförråd enligt GBA (läkemedel som bekostas av landstinget), samt för revidering av läns-gemensam rutin för landsting och kommuner gällande hantering av dos-dispenserade läkemedel och Pascal (ordination-verktyg).

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Ankomstsamtal
- Delaktighet i vård och genomförandeplaner
- Dialog med boende och närstående angående identifierade risker och ordination av specifika omvårdnadsåtgärder
- Boenderåd och anhörigträffar
- Anhöriga vid demensboenden ska erbjudas delaktighet i att utveckla vården enligt demensriktlinjerna.
- Kommunikation och relation är av största betydelse i palliativ-vård. Sjuksköterskan ansvarar för att erbjuda personen och eller anhöriga brytpunktssamtal med läkare detta dokumenteras i kommunens journal. Samtalet kan ske tidigt, när vården byter riktning och upprepas efter behov.
- Vårdtagare/närstående informeras om de nationella kvalitetsregistren. Samtycke efterfrågas gällande informationsöverföring mellan vårdgivare/apotek/tandvård/kvalitetsregister.
- För att bättre bemöta stödjande och hjälpa anhöriga erbjuds ett efterlevandesamtal med den sköterska som skött om den anhörige på boende
- Information om möjlighet att framföra synpunkter och klagomål

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens har skyldighet att rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada

Medarbetarna ska även ta del av erfarenheter och återkopplingar från avvikelshanteringen inom verksamheten

Informationen om denna skyldighet ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas. Information-en ska ges både muntligt och skriftligt av närmaste chef/arbetsledare.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

För att vår verksamhet ska hålla god kvalitet ska vi hantera klagomål utan dröjsmål. Vi ska också sörja för en uppföljning som innefattar systematiskt hantering och dokumentation av hur medborgarna uppfattar kvaliteten i vår service och våra tjänster. Årlig sammanställning av inkomna klagomål redovisas utskottet årligen

Policy för klagomålshantering finns att tillgå på Robertsfors kommuns hemsida eller efter kontakt.

Klagomålen hanteras främst i verksamheten och MAS utreder om ärendet föranleder en Lex Maria anmälan till IVO.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroller som ska genomföras enligt rutiner och årscykel

- Kvalitetsråd i varje särskilt boende i äldreomsorgen:
Modell för systematisk uppföljning och utvärdering inom äldreomsorgen. Kvalitetsråden uppgift är att sammanställa och analysera de resultat som levererats via kvalitetsrapporten samt övrig information såsom brukarens erfarenhet, uppkomna frågeställningar från anhöriga etc. Kvalitetsråden ska sedan ge förslag på handlingsplaner/förbättringsarbete
- Sammanställningar av fall och läkemedelsavvikelser
- Riskbedömningar, specifika omvårdnadsordinationer och uppföljningar i Senior alert sker minst var 6:e månad för alla våra boende och de som vistas på korttids
- Registreringar i Palliativa registret sker på alla som avlidit i våra särskilda boenden och på korttids. Resultaten analyseras för att identifiera delar i den palliativa vården som enligt analysen behöver förbättras på individ, grupp och organisatorisk nivå.
- Registreringar i BPSD-registret som är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat för personer med demens. Resultaten analyseras för att identifiera delar i demensvården som enligt analysen behöver förbättras på individ, grupp och organisationsnivå.
- Egenkontroll för vårdpersonalens efterlevnad av basala hygienrutiner
- Årlig jämförelse av verksamhetens resultat i Öppna jämförelse samt jämförelse med andra kommuner
- Loggranskning av verksamhetssystemet för dokumentation
- Loggranskning av verktyget för informationsöverföring mellan kommun Prator
- Kontroll av läkemedelshantering och läkemedelsrum
- Hantering av klagomål och synpunkter
- Kunskapstest vid delegeringar
- Vägning av de boende Var 3:e månad (om inget annat anges)
- Mätning nattfasta 1 gång/år (även vid behov)
- Enkät till de äldre 1 gång/år
- Observation av måltidssituation 2 ggr/år

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

- **Svenska HALT**

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet

- **Registreringar i Senior alert**

Senior alert är ett kvalitetsregister som är tillgängligt via webben där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa

- **Registreringar i Svenska palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

- **Registreringar i BPSD registret**

BPSD är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling, och resultat. Detta gör att varje enhet kan följa sin verksamhet. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sittsammanshang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel.

- **Kompetensutveckling:**

Personals deltagande i utbildningar, konferenser och nätverk etc.

- **Förbättringsarbeten:**

Förbättringsarbetet ska göras utifrån resultat och kvalitetsrådets arbete och dokumenteras i respektive enhets kvalitetsberättelse och verksamhetsberättelse

- **Införande, revidering av metoder/arbetsätt/ rutiner riktlinjer**

Under året har patientsäkerhet belysts vid införande, revidering av metoder/arbetsätt/ rutiner riktlinjer

- **Årliga läkemedelsgenomgångar**

- Läkemedels genomgångar görs som ett teamarbete med läkare sköterska och omvårdnadspersonal och med tillgång även farmaceutisk skolad personal när behov finns.

- **Avvikelsehantering**

- **Värdegrundsarbete i äldre och handikappomsorg**

Värdegrundsarbetet är ett långsiktigt arbete som handlar om attityder, bemötande och förhållningssätt.

Kontinuerlig handledning ges till omvårdnadspersonal av värdegrundshandledare

- **Delegeringar:**

Användande av webbaserad utbildning ”Jobba säkert med läkemedel” som komplement vid delegeringar.

- **Teambaserade utredningar**
- Vid MNA <8 (ett screening- och bedömningsverktyg som kan användas för att identifiera äldre patienter som löper risk för undernäring) och Norton <20 (instrument för riskbedömning om en patient löper risk att utveckla trycksår) görs en teambaserad utredning.
- **Dokumentation**
Dokumentation enligt ICF i HSL journal i verksamhetssystemet Pulsen Combin
- **Kvalitetsråd, kvalitetsrapport och utvecklande av boenderåd**
med syfte:
Föra ut resultat på boende nivå
Skapa forum på boendenivå för att få en samlad bild
Ge förutsättningar för förbättringsarbete
Skapa plattform för brukarmedverkan
Närstående delaktighet
- **Händelseanalyser**
Genomförs med syftet att upptäcka brister som kan finnas i organisationen när det gäller till exempel kommunikation, samarbete, utrustning eller rutiner, och att bidra till en säkrare verksamhet.
Granskning av dokumentation görs i samband med händelseanalyser
- **Utbildning Demens ABC**
För god baskunskap hos omvårdnads, HSL personal och biståndshandläggare om olika demenssjukdomar och dess konsekvenser: ska alla som möter personer med demenssjukdomar genomfört Demenscentrum webbaserade utbildning ABC och/ eller Demens ABC plus inventering av behov av utbildning ska genomföras årligen
- **Kommunala demensteamet**
God demensvård genom handledning.
- **Kommunala palliativa teamet Orkidé**
God Vård och Omsorg i livets slutskede kontinuerlig handledning och förbättringsarbete
- **Palliativvård Webbaserad utbildning**
- För all personal. Organiserar av ansvariga chefer i enheterna

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Att analysera risker är ett förebyggande arbete som syftar till att vidta åtgärder innan något har inträffat. Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser
Verksamheterna använder förutom mallen ”Att göra en riskanalys” ett flertal verktyg för riskbedömningar ex. via kvalitetsregister. Arbetsmetod och ansvarsfördelning för dessa beskrivs närmare i respektive upprättade rutiner.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket
Inga Lex Maria anmälningar under året

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

1. *de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse:*

Ingen händelsestyrd uppföljning av informationssäkerheten har gjorts under året.

2. *de riskanalyser som har gjorts,*

Under året har riskanalyser gällande informationssäkerhet gjorts som en del av den genomgång av data inför GDPR-lagstiftningens införande. De har i första hand dokumenterats som en del av förteckning och bedömning.

Riskanalyser har genomförts inom verksamhetssystemet för

- Insatskalender
- LSS-processen
- Systemet i sin helhet i dialog med leverantören uppdelat i dessa områden
 - sekretess och patientsäkerhet
 - drift
 - funktionalitet
 - administration
 - information

Dialog med leverantören utifrån ovan givna riskanalys.

3. *de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,*

En stor genomgång har under året gjorts för att tydliggöra rollerna i SITHS-organisationen. Rutinen gälla de användare och avslutning av dessa har även uppdaterats.

4. *den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,*

Saknar uppgifter

5. *den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.*

Loggranskning gjord för november månad, omvårdnadspersonal och HSL-personal är granskade. Resultat delgivits till enhetschefer, vissa fall både skriftligt och muntligt.

Loggranskning på specifik medarbetare gjord vid efterfrågan från enhetschef.

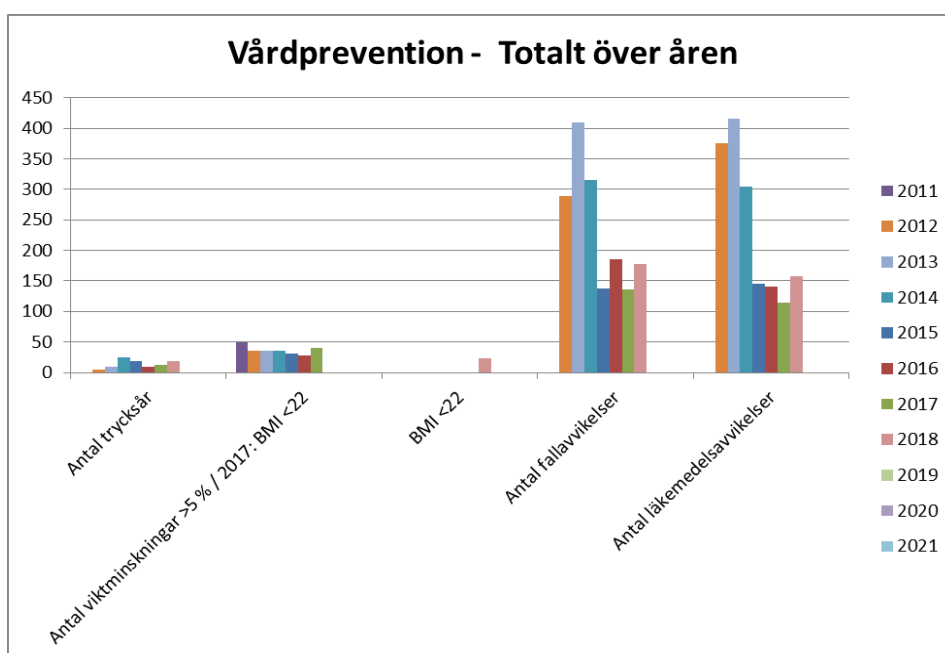
RESULTAT och ÅTGÄRDER

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Varje verksamhet i äldre- och handikappomsorgen redovisar sina resultat i sina kvalitets- och verksamhetsberättelser som redovisas till ledningen 1 ggr/år

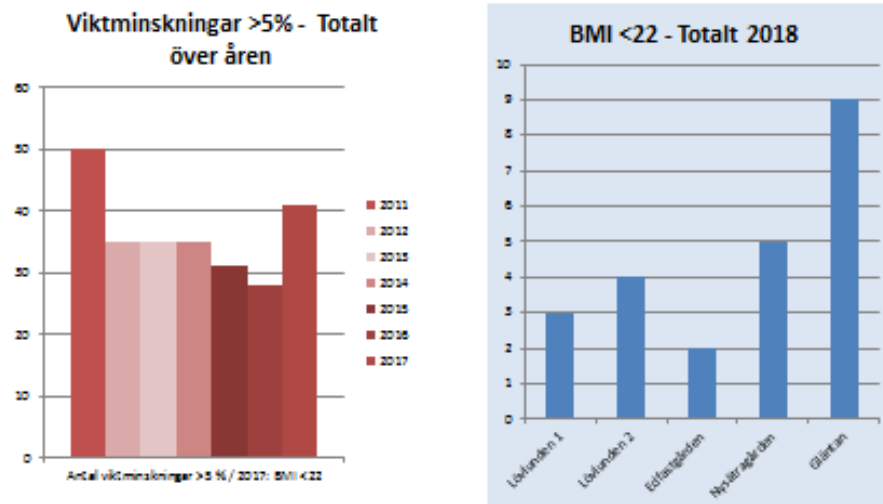
Kvalitetsrapport Robertsforskommun äldreboende

Område	Mått	Mål
Vårdprevention	Antal tryck sår	Halvera antalet
	BMI<22	Halvera antalet
	Antal läkemedelsavvikelser	Halvera antalet
	Avvikelser på rehabiliteringsnivå	



Trycksåren har ökat i kommunen från 13 trycksår år 2017 till 19 trycksår år 2018.

Flest trycksår återfinns på Lövlunden 1 (10 st) av dessa är 8 st registrerade på samma person. Sjuksköterska och undersköterska uppger att det inte stämmer (felvärde)



Måttet Viktminskningar >5% har försvunnit ut Senior Alert. Numera följs måttet BMI <22.

BMI<22 ska ge möjlighet att fånga upp riskpatienter i ett tidigare skede jmf viktnegång > 5%.

Genom att aktivt erbjuda mellanmål och kartlägga nattfasta, och vid behov erbjuda näringsintag för att korta nattfastan så har också näringsintaget optimerats, vilket har haft gynnsam effekt på att hålla vikten. Sjuksköterska initierar läkemedelsgenomgång hos läkare när en patient går ner i vikt.

Korttids Gläntan är den verksamhet, som har flest patienter med BMI<22, 9 stycken.

Fall och läkemedelsavvikelser

Under hösten 2017 slutade avvikelsemodulen i MagnaCura att uppdateras. För att minska belastningen så fattades beslutet att vikarierna inte skulle få behörighet till avvikelse modulen och att all ordinarie personal ska vara behjälplig att skriva ner de avvikelser som vikarierna har under sina arbetspass. Under hösten 2018 var vi tvungna att återgå till att dokumentera avvikelserna på papper. Detta har lett till stor osäkerhet om och hur avvikelser registrerats Det kan även finnas avvikelser i det gamla systemet som vi inte kommer åt.

Analys: Statistiken är under 2018 inte tillförlitlig och jämförbar med föregående år.

Behov av en ny avvikelsemodul

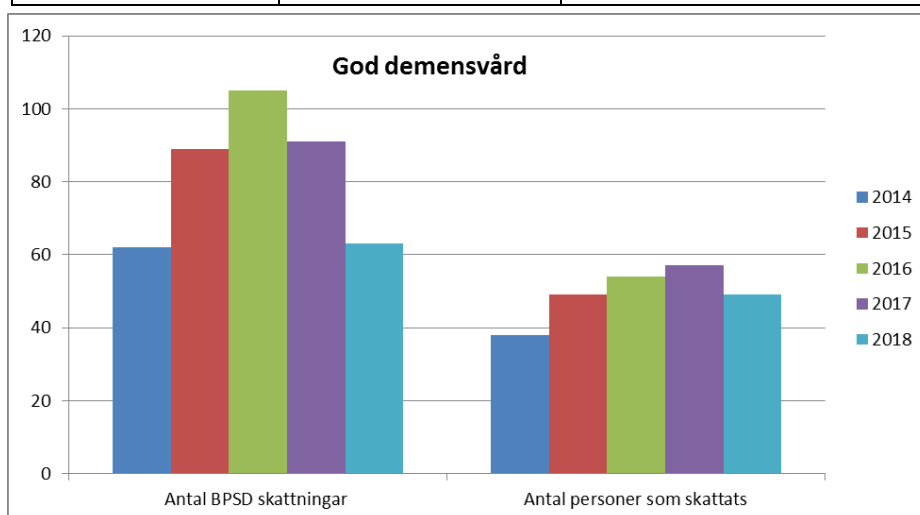
Avvikelser på rehabiliteringsnivå

Inga avvikelser under 2017-2018

MAS tydliggjort riktlinje om att avvikelse ska skrivas när signering saknas på rehabilitering/ledvård.

Oklart om avvikelser alltid skrivs när signering uteblivit.

Område	Mått	Mål
God demensvård	Antal BPSD skattningar	100%
	Antal personer som skattats	

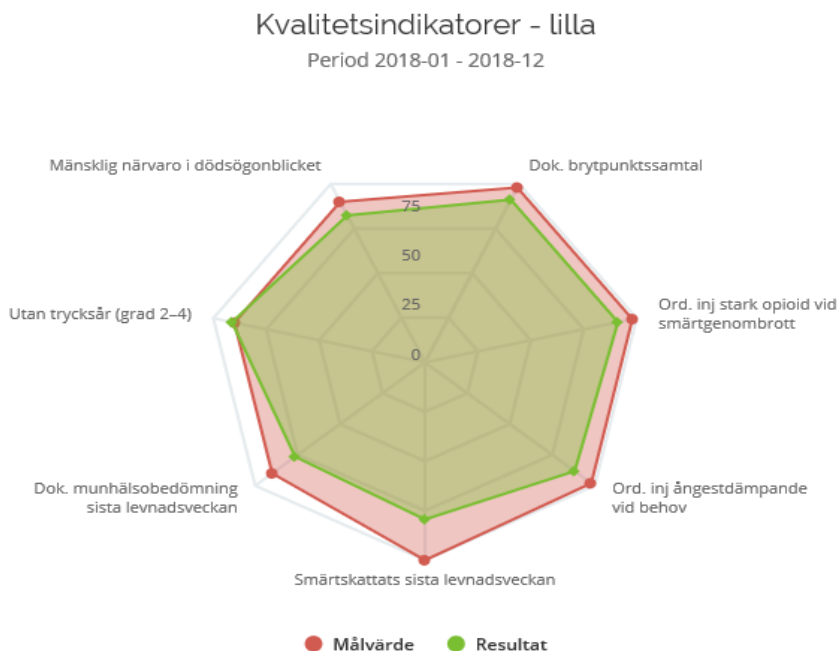


Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Det jobbas systematiskt med NPI-skattningar, åtgärdsplaner, bemötandeplaner och aktivitetsplaner. Fortsatt utveckling under 2018 med att analysera dem egna resultaten och hur dem kan användas.

Område	Mått	Mål
God vård i livets slut	Antal registrerade dödsfall	100 %
	Bedömd munhälsa	100 %
	Validerad smärt-skattning	100 %
	Brytpunktssamtal	100 %
	LM-mot ångest	100 %

God vård i livets slut



Palliativa registret håller på att utveckla sin plattform. Det går därför inte att få ut statistik specifikt för varje enhet. Detta är ett diagram över alla enheter inom Robertsfors kommun. Antal dödsfall är 34 st. Smärtskattning och munhälsobedömning ska arbetas med under kommande år i styrkortet

Svenska Halt 2018

Antal deltagande kommuner (kommuner som har någon inlämnad enhet): 142

Totalt antal deltagande enheter: 2241

Antal inkluderade personer i mätningen: 25 923 personer

Detaljerade rapporter se <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43942>

Totalt 75 vårdtagare fördelat på 9 avdelningar deltog i Robertsfors kommun. Edfastgården deltog inte

Resultat:

Totalt 1 vårdtagare med antibiotika behandling pga urinvägsinfektion .

HSL enhetens styrkort

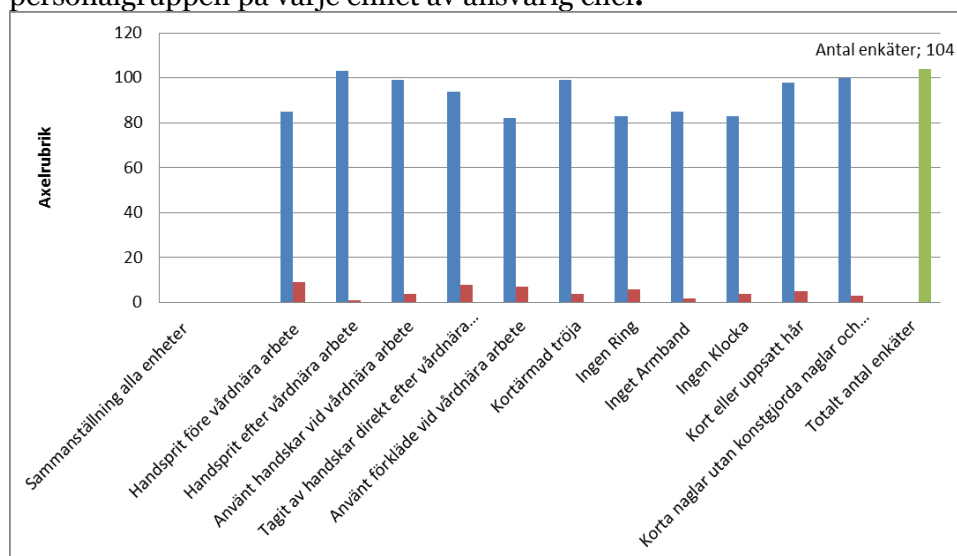
Arbetsplatsens mål	Aktiviteter/strategier för att nå arbetsplatsens mål	Resultat /måluppfyllelse
BNI > 85 Öka resultat i Utförd validerad smärtskattning i palliativa registret till 95% (jmf 87,2% 2016)	När brytpunkt är satt ska sjuksköterska ansvara för att bedömning sker under varje arbetspass. <ul style="list-style-type: none"> Smärta Övrig symtomskattning, ex ESAS Munhälsa 	Avstämning Ja Palliativ resultat rapport 170430: 100% 180104 93,8% Utförd validerad smärtskattning 85,7% dec 2018.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hudkostym • Närståendes behov av stöd/information • Dokumentera ovan i journal • Kontinuerliga teamträffar/avstämningsmöten 	
<p>BNI > 85</p> <p>Öka resultat i <i>Munhälsa bedömd</i> i palliativa registret till 95% (jmf 64,1% 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Använda ROAG • Dokumentera • Göra en lathund 	<p>Avstämnings Ja</p> <p>Palliativ resultat rapport</p> <p>170430: 71%</p> <p>180104 87,5%</p> <p>Dec 2018: Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan 82,1%</p>
<p>BNI > 85</p>	<p>Kliniska bedömningar för sjuksköterskor, utb våren 2018</p> <p>Visam</p>	<p>Kliniska bedömningar genomför. BRA!</p>
<p>BNI > 85</p>	<p>Utarbeta diabetesriktlinjer och rutiner samt implementera dessa.</p>	<p>Följer anvisningar vi får från läkare. Väntar på att det lokala vårdprogrammet ska bli klart. Utkast till lokalt vårdprogram presenterat dec 2018.</p>
<p>BNI > 85</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teamarbete vid palliativ vård ska vara ett självklart arbetssätt i hälso och sjukvård i hemmet 	<p>Edf: Går igenom vid varje tillfälle.</p> <p>Ng, kort, HSO, natt: Jobbar på det.</p>
<p>BNI > 85</p>	<p>Tydliggöra fysioterapi vid palliativ vård.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ge förslag på en uppdaterad palliativ rutin • 	<p>Palliativ rutin är klar.</p>
<p>BNI > 85</p> <p>Bibehålla förmåga</p>	<p>Arbetsterapeut gör en tidig bedömning i samband med nyinflytt på särskilt äldreboende.</p>	<p>April: Sämre om tid, görs i mån av möjlighet. Behov av att träffas för att klargöra kriterier / tidsram.</p> <p>November: ingen inflytt</p>
<p>BNI > 85</p>	<p>Arbetsterapeut och sjukgymnast ska kallas i samband med att utredning av bakomliggande orsaker/aktiviteter/åtgärdsplan i samband med att NPI skattningar görs.</p>	<p>April och november: om tid finns att vara med på omvårdnadsträffar.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Efterfråga kallelser HSLchef/MAS informerar 	
BNI > 85	Utföra en tidig bedömning av egen förmåga hos nyinflyttade patienter på ssb som ej har en aktuell bedömning.	Epikris från korttids? Rutin ej klar. Alla ska bedömas.
BNI > 85	100% av de som bor på LSS-boende ska vara bedömda utifrån Tidiga tecken. Skapa rutin/stärka processerna för detta.	Alla som ska bedömas är bedömda. Rutin ej skriven.
BNI > 85	Informera, inspirera och handleda omvårdnadspersonal i samband med att rörelseträning införs på säbo.	Genomfört.
Nöjd medarbetarindex >5,2	Bibehålla resultat MEA 2016 på NMI 5,3 samt Hälsa > 5,1 <ul style="list-style-type: none"> Skapa en hälsofrämjande arbetsplats Tydliggöra hälsoombudens roll. Arbeta förebyggande för att förhindra sjukskrivningar, fånga upp tidiga signaler 	2018: NMI 5,2. Hälsa 5,1. Hälsoombud bra! Vad är gemensamt för sjukskrivningar? Vad behövs? Kartläggning? Forma aktivitet efter behov.

Följsamhet till basala hygienrutiner 2018

God följsamhet till basala hygienrutiner i stort. Egen kontroll genom självskattning basala hygienrutiner görs årligen på enheterna och resultaten hanteras på enhetsnivå. De brister som visat sig tas upp med personalgruppen på varje enhet av ansvarig chef.



Säker läkemedelshantering

- Inköp av personliga/patientbundna läkemedelsskåp till alla särskilda boenden. Tillgång till skåpen har endast personal med delegation. Skåpen öppnas med SITHS-kort och loggranskas
- Nya lås till alla ssk exp med möjlighet till loggranskning.
- Inköp av medicingivare Evondos, tjänst som stöd och hjälp för en säker läkemedelshantering
- Granskning av sjuksköterskeexpeditioner, läkemedelsrum och förvaringsmöjligheter för sterilt och höggradigt rent material genomförd av hygienssjuksköterska på Nysätragården och korttids Gläntan Granskningen visade på några mindre brister. Arbetet med att åtgärda bristerna påbörjas 2018, ansvar enhetschef HSL
- Sommarens värmebölja har lett till för höga temperaturer i läkemedelsrum och läkemedelsskåp.

Behov: Inköp av portabel luftkonditionering gjordes under v 30 som en tillfällig lösning: En permanent åtgärd behöver vidtas innan nästa sommar.

Planeringskalender

Risk för allvarlig vårdskada. Upptäcktes av händelse när sjuksköterskan skulle kontrollera sin registrering av ny insats i insatskalendern, att den återkommande planerade insatsen inte fanns i kalendern 2019.

Kontakt togs med företaget och det visade sig vara ett fel i verksamhetssystemet. Arbetet med att kontrollera genomfördes av kommunen.

Bristen är åtgärdad och riskanalys och händelseanalys påbörjad

Risk och Händelseanalyser

Genomförda analyserna ledde bl.a. till att till alla sjuksköterskor genomförde utbildningen ”Sjuksköterskans kliniska bedömning”

Behov: Analyserna visade på brister i dokumentation främst vid beredskapstjänstgöring. Behov av översyn/organisationsförändring

Informationsöverföring/kommunikation

All kommunikation som omfattas av Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västerbotten i denna rutin ska ske via IT-tjänsten Prator.

Från verksamheterna upplevs svårigheter och brister i informationsöverföring från slutenvården till kommunens hälso- och sjukvård

Uppmärksammade brister externt:

- Datum för utskrivningsklar flyttas både framåt och bakåt vilket gör att planeringen i kommunen blir svår
- Undermåliga rapporter eller saknas helt
- Muntliga överrapporteringar via telefon kan sakna relevans visar det sig när patienten kommer
- Information om att patienter som skrivits ut till korttids varit i ett palliativt skede har inte rapporterats
- Remisserna är skrivna men ej signerade på sjukhuset. Övertagande av medicinskt primärvårdsläkarens ansvar blir bekräftat trots det.
- Patienter där det inte finns någon ansvarig läkare i primärvården

-
- Sjukhuset ringer direkt på boendet (följer inte rutinen) och säger att patienten är klar och ska skickas hem varefter patienten tagits emot påboendet
 - MAS ska kontaktas för att säkerställa patientsäkerheten om SIP behöver göras före eller efter utskrivning. Hitintills aldrig skett
- Behov av samverkan med HC verksamhetschef

Uppmärksammade brister internt:

- Beställningar från biståndshandläggare är försenade vilket gör att leg personal inte kan inhämta viktig information i NPÖ (nationell patientöversikt)
- *Det skrivs få avvikelser*
Behov av att verksamheterna skriver avvikelser vid bristande informationsöverföring/kommunikation

Samverkan

Årliga läkemedelsgenomgångar

Läkemedels genomgångar ska göras som ett teamarbete med läkare sköterska och omvårdnadspersonal 1 gång/år

Brister i hemsjukvården: ställts krav på sjuksköterskor att inte ha så många rondärenden, vilket gjort att de prioriterat bort läkemedelsgenomgångar där det inte varit så många läkemedel inblandat. Uppskattning att ca 1/3 inte har gjorts.

Behov av samverkan med HC verksamhetschef

Planering för 2019

Ledningen i socialförvaltningen ska minst en gång/år genomföra en uppföljning av ledningssystemet. Analys och beslut om korrigerande, förebyggande och förbättrande åtgärder tas. Vid mötet ska materialet analyseras och beslut tas om korrigerande, förebyggande och förbättrande åtgärder utifrån evidensbaserad praktik.

- Kvalitetsberättelser/enheternas verksamhetsberättelser. Hur väl har enheterna uppnått planerade resultat (processer/aktiviteter) och hur har tjänsterna uppfyllt ställda krav?
- Patientssäkerhetsberättelse (Hälso- och sjukvården).
- Resultat från nationella och regionala kvalitetsregister.
- Resultat från interna och externa revisioner.
- Resultat från mätning och hantering av klagomål, förbättringsförslag, incidentrapporter och avvikelser (även Magna Cura).
- Resultat från genomförda medborgar- och medarbetarundersökningar.
- Information om relevanta förändringar av lagar och andra krav.
- Uppföljning av åtgärder beslutade vid ledningens tidigare genomgångar.
- Förändringar som skulle kunna påverka ledningssystemet.
- Rekommendationer till förbättringar.