

Patientsäkerhetsberättelse

Sektor Omsorg

Sammanställd av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska Christina Olsson

2016



Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska innehålla uppgifter om hur man under det gångna året arbetat med patientsäkerhetsarbetet och hur man samverkat för att förebygga risker och vilka egenkontroller man gjort för att mäta vårdkvalitén.

I berättelsen ska vårdgivaren redovisa avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt om händelser utretts enligt patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.



Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Risikanalys.....	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Klagomål och synpunkter	13
Sammanställning och analys	14
Samverkan med patienter och närstående	15
Resultat.....	16
Övergripande mål och strategier från föregående år.....	26
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	27



Sammanfattning

Det har hänt mycket under 2016!

Digitalisering Vårt arbete att digitalisera verksamheten har så smått kommit igång. I februari byttes alla analoga trygghetslarm ut till digitala och detta har fungerat bra. Alla har mobil uppkoppling. All legitimerad personal har nu möjlighet att både läsa och dokumentera mobilt. Legitimerad personal kan också med patientens samtycke söka information i NPÖ. Diskussion har påbörjats om nyckelfria och loggbara lås på läkemedelsskåp samt digitala signeringslistor.

Läkemedelshantering I februari bytte vi leverantör av dosläkemedel efter upphandling gjord av Västra Götalandsregionen. En oberoende granskning av vår läkemedelshantering är utförd av leg. farmaceut. Vi har byggt ett helt nytt läkemedelsrum på ett av våra äldreboenden vilket ger mycket säkrare läkemedelshantering.

Vårdhygien Vi har sett över hanteringen av personaltvätt och börjat bygga tvättstugor för att alla ska kunna byta om och tvätta sina arbetskläder på arbetsplatsen. Hygienombuden genomför fr.o.m. i år självskattning av basala hygienrutiner 4ggr/år. Följsamheten till basal hygienrutiner är hög.

Palliativ vård Vi har skapat lokal rutin för palliativ vård utifrån de nationella riktlinjerna och implementerat denna på APT ute i verksamheterna. Under 2017 kommer all personal att gå VG-regionens webbutbildning i palliativ vård.

Demensvård Ny personal på demensenheter har fått 2-dagarsutbildning i BPSD för att arbeta med och registrera i det nationella kvalitetsregistret.

Utbildningsinsatser

- Sårläggning och förbandsmaterial, sjuksköterskor och sårombud
- Intyg om nödvändig tandvård, sjuksköterskor
- PUCLAS - trycksårsbedömning, undersköterskor inför PPM mätning
- Förskrivning av inkontinensmaterial, särskild näring, madrasser och diabeteshjälpmiddel. Sjuksköterskor.
- Utbildning för Samverkande sjukvårdsuppdrag. D-HLR, RETTS, behandlingsriktlinjer. Sjuksköterskor.

Våra egenkontroller visar bra resultat! Nattfasta på SÄBO tex. Där har vi nått målet att alla boende har en genomsnittlig nattfasta på max 11h även om variationerna är stora. Kanske har det också påverkan på BMI där nu endast 15% har ett BMI mindre än 22. Förra året var den siffran 25%.

Trycksårsfrekvensen är nere på 4,5%. Alla dokumenterade trycksår är av grad 1, rodnad.

Resultaten i Palliativregistret har förbättrats väsentligt på nästan alla parametrar. Nu behöver vi bara lite hjälp från läkare att genomföra fler brytpunktsamtal.

Utifrån ett ökat antal läkemedelsavvikelser där 60% utgör bortglömda doser ska vi under kommande år se om det finns resurser att införa digitala signeringslistor. Då kommer en påminnelse om dos inte är signerad.

Även antalet fall är fler än förra året men antalet allvarliga skador är färre. Vi kommer fortsätta att satsa på balans- och styrketräning ihop med förebyggande åtgärder som halksockar, fallskyddsmattor och dyl.

Vi kunde se i socialstyrelsens mätning Öppna Jämförelser att inte tillräckligt många kände till vart man vände sig med klagomål och synpunkter. Vi har heller inte fått någon synpunkt eller klagomål som berör hälso- och sjukvård. En ny rutin har därför införts till 2017 där information ska lämnas oftare av både biståndshandläggare, kontaktpersoner och enhetschefer. Vid inskrivning, inflyttning och uppdaterande av genomförandeplaner.



Övergripande mål och strategier

I kommunens övergripande verksamhetsplan finns inga specifika mål för den kommunala hälso- och sjukvården. Men några mål påverkar patientsäkerheten i rätt riktning. Tex.

- God och vällagad mat i egna kök. När maten smakar bra äter man bättre och risken för undernäring minskar.
- att få bo tillsammans på äldreboendet även om bara den ena parten har omsorgsbehov ökar trygghet och nöjdhet och bidrar till en god psykisk hälsa.
- heltidstjänster inom äldreomsorgen ökar kontinuiteten i personalgrupperna vilket är positivt ur patientsäkerhetssynpunkt.

Äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården har fortsatt arbetat i linje med regeringens mål och VästraGötalandsregionens satsning på "Bättre liv för sjuka äldre".

Fokusområden är:

- SIP, Samordnad Individuell Plan där kommunen jobbar efter rutiner framtagna av regionen och använder regionens webbutbildning om SIP.
- Mobil närvård. Arbetet har påbörjats i regionen för att hitta en "Dalslandsmodell" där kommunerna kan ingå som part. Målet är att erbjuda de mest sjuka äldre primärvård/specialistvård via hembesök.
- Kunskapsbaserad vård. Vi arbetar enligt nationella och regionala riktlinjer och använder oss av kvalitetsregister för att kunna leverera en patientsäker vård av hög kvalitet.
- God och säker läkemedelsbehandling. Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enl. regionens medicinska riktlinje. Olämpliga läkemedel ska undvikas om de går. Patienterna ska få rätt medicin i rätt dos vid rätt tid! Hanteringen ska vara säker. Digitala signeringslistor och nyckelfria lås som kan loggas är bra hjälpmedel som vi hoppas att vi snart kan införa.
- Trygg och säker vårdövergång. Nya nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta blir ett område att jobba med den närmaste framtiden.

Dessutom ska vi i arbetet med äldre;

- Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande. Det politiska arbetet med mål och nyckeltal under 2016 resulterade i att en ny äldreplan kommer att tas fram i kommunen under 2017. Denna kommer beröra verksamheter även utanför sektor omsorg.
- Öka användningen av välfärdsteknologi och anpassa våra verksamheter till digitaliseringen. Ett långsiktigt mål där vi under 2016 bytte våra analoga trygghetslarm till digitala med mobil uppkoppling. Den legitimerade personalen har under året fått datorer som ger möjlighet att läsa och dokumentera mobilt.

□



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Kommunstyrelsen ansvarar för att;

- den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i Färgelanda kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

Socialchef/Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns

MAS ansvarar för att;

- rutiner för hälso- och sjukvårdsarbete finns och är kända av personalen
- behovet av läkarkontakt tillgodoses
- att delegeringar utförs så att patientsäkerheten bibehålls
- rutiner finns för säker läkemedelshantering
- anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada
- kontrollera så att krav och mål uppnås

Enhetschefer ansvarar för att;

- se de olika processerna i verksamheten
- att personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Stödfunktioner;

Vårdhygien - hygiensköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården

- utarbetar kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet
- erbjuder regelbunden utbildning och rådgivning
- skapar verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard

Tandvårdsenheten

- erbjuder årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård



Struktur för uppföljning/utvärdering

Resultat av egenkontroller och uppföljningar sammanställs fortlöpande och läggs in i kvalitetsledningssystemet.

MAS och enhetschefer analyserar först var för sig, och sedan tillsammans resultaten och presenterar på ledningsgrupp, äldrechefsmöten och APT. Personalens delaktighet med erfarenheter och förslag är viktig för att driva kvalitetsarbetet framåt.

Vid dessa möten på både lednings- och verksamhetsnivå, utvärderas resultaten och man tar ställning till hur det fortsatta arbetet skall bedrivas, om insatser behövs och vilka delar man ska satsa på.

På ledningsgruppsmöten deltar socialchef/verksamhetschef samt utvecklingschef och görs då uppmärksamma och delaktiga i verksamheternas resultat och planering av åtgärder.

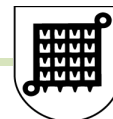
Åtgärder planeras och läggs in i kvalitetsledningssystemet där tidsplan och resultat visas.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs för kommunstyrelsen. Då redovisas det viktigaste och ev. nytt innehåll

Under 2016 provade vi "kvalitetsvecka" på några enheter. Det innebar att man i början av året samlade in verksamhetens "kvalitetsresultat" för året som gått och satte mål och skapade förbättringsåtgärder att jobba med under det kommande året.

Idén togs emot väl och ska under 2017 genomföras i alla verksamheter inom sektor omsorg. "Kvalitetsveckan" ger en tydligare koppling till vårt ledningssystem då det är ett tillfälle att se sammanhanget mellan aktiviteter, egenkontroller och åtgärder och resultaten som levereras.



Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroller i kommunal hälso- och sjukvård.

Regelbundna loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Magna Cura.

Journalgranskning av leg.personals journalföring.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) av fall-trycksår-nutrition-munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av fallrapporter/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

punktprevalensmätning av trycksår-frekvens på SÄBO enl. Senior Alert. (nationellt kvalitets register)

Registrering i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Registrering i BPSD (nationellt kvalitets register)

Uppföljning av läkemedelsavvikelser/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av regionen.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Utförs av leg. apotekare.

"Egenkontroll - vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg" planerad till våren 2017. Utarbetad av Vårdhygien, NU-sjukvården.

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. 4ggr/år

Deltar i HALT, Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar.



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

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- Modul för hälso- och sjukvårdsdokumentation enl. ICF är inköpt. Utbildning och implementering under 2017.
- All leg. personal har under året fått tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsinsatser som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- Ny personal på demensenheterna har fått utbildning för att jobba med registret.
- I slutet av året bestämdes att verksamheterna också ska börja dokumentera i Svedem-SÄBO. Svenskt demensregister. Uppstart med introduktion i februari 2017.

Fallprevention

- Under året har några fallskydd (en typ av enklare sänggrind) inköpts. Detta efter att fallrapporter visade att många "rullade ur sängen" på natten. Vanliga grindar hindrar vårtagaren att själv gå upp, det gör inte dessa.
- även fallskyddsmattor att lägga vid sängen för att mildra fall har inköpts.
- En modell av träningscyklar har inköpts för styrka- cirkulations träning. Dessa är nu tillgängliga på samtliga äldreboenden.

Nattfasta

- en satsning på att minska nattfastan för boende på SÄBO

Digitalisering

- Övergången till digital trygghetstelefoner är klar. Samtliga brukare fick sina trygghetstelefoner utbytta under februari 2016. Digital funktionsövervakning av larmen på minutnivå.
- leg. personal kan läsa och dokumentera mobilt.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. apotekare.
- Nytt beredningsrum för läkemedelshantering byggt på ett äldreboende.

Händelseanalys

- En rutin för händelseanalys har tagits fram enl. Socialstyrelsens riktlinjer. Tidigare finns rutin för riskanalys.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering
- MAS-möten med legitimerad personal 1g/mån.
- MAS-information på APT 1g/år i alla äldreomsorgens och ESS verksamheter
- Närsjukvårdsmöten 2ggr/termin. Hemsjukvård/vårdcentral/folktandvård/ambulansvården
- Avtal med primärvården om läkarinsatser för patienter i hemsjukvården och boende på SÄBO. Dessutom viss handledning och utbildning för personalen.
- Farmaceut från loala apoteket deltar på MAS-möte 1-2ggr/år.
- Möte med lokala IT-enheten 3-4ggr/termin.
- Årliga möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Regionalt

- Representanter från regionen bjuds in till lokala närsjukvårdsmöten. Inbjudan görs till den verksamhet där frågor behöver diskuteras. Regionen kan från sitt håll bjuda in sig till dessa möten för information och diskussion.
- Nätverk för;
 - legitimerad personal (rehab, palliativvård)
 - MAS:ar i Fyrbodals och VG-regionen
 - enhetschefer för legitimerad personal
 - socialchefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård
- Avtal med regionen för upphandling av Nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
- Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
- Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
- Vård & Omsorgscollege i Fyrbodals. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.



Risikanalyt

Vår rutin följer rekommendationerna i Socialstyrelsens Handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk& händelseanalys. Rutinen är en kort beskrivning av hur riskanalys skall utföras. Handboken används som stöd vid genomförande av riskanalyser.

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalyt är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

Det är önskvärt att arbetet med riskanalyser påbörjas i samband med planering eller utveckling av en process, finns med under hela processens livscykel och justeras successivt när ny kunskap eller avvikelser kommer fram.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalyt.

En riskanalyt kan utföras både på lokal verksamhetsnivå och på övergripande organisatorisk nivå. Den kan avse en befintlig arbetsprocess eller göras inför en förändring.

En analys på lokal nivå utförs på enhetens egna processer eller i samarbete med närliggande enheter på gemensamma processer. Lättast att påverka är de egna, lokala processerna.

En analys på övergripande organisatorisk nivå kan göras inför större förändringar som påverkar flera verksamheter. Riskanalyt på övergripande nivå är ofta mer komplex och tidskrävande än en analys på lokal nivå.

Under 2016 har även rutin för händelseanalys tagits fram enl. socialstyrelsens riktlinjer. När en händelse inträffat som har, eller kunde ha, lett till patientskada ska en händelseanalys genomföras för att förhindra att händelsen upprepas.



Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i avvikelsemodulen i Magna Cura.

I rapporten beskrivs hur händelsen tas om hand, omedelbart samt på lång sikt. Här finns även möjlighet att kort beskriva orsak till händelsen om man vet detta.

Samtliga rapporter skall kvitteras av leg.personal, enhetschef samt MAS i nämnd ordning. Vid allvarliga händelser informeras MAS direkt som utreder och tar ställning till om en Lex Maria anmälan skall göras.

Avvikelser med medicintekniska produkter kan även bli aktuella för anmälan till Läkemedelsverket och tillverkare.

MAS gör varje månad en sammanställning av rapporterade hälsa- och sjukvårdsavvikelser som mailas ut till leg.personal och enhetschefer och redovisas i kvalitetsledningssystemet.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och vad man ev. skall åtgärda för att det inte skall inträffa igen.



Klagomål och synpunkter

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns. Dessa kan mottas både skriftligt och muntligt. Även anonymt, med då kan man inte få någon återkoppling. Blankett för klagomålshantering finns på kommunens hemsida, på medborgarkontoret, samt ute på boendeenheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar ev. åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärendena tas upp på APT och ev. ledningsgrupp eller äldrechefsmöten om de berör flera enheter eller hela verksamheten. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetssätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete.

Under 2016 har inga klagomål inkommit som berör kommunal hälso- och sjukvård.



Sammanställning och analys

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Ingen anmälningar är gjorda till/inkomna från IVO.

Inga inkomna klagomål har varit relaterade till kommunal hälso- och sjukvård.

Vårt eget system för avvikelshantering visar att;

Antalet fall har jämfört med förra året ökat med 8%. Under året har det varit 4 fall som lett till allvarliga skador. Det är en minskning med 20%. (från 5 till 4 allvarliga fall).

I 22% av alla dokumenterade fall bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en liten minskning totalt sett men på vissa äldreboenden har användningen ökat kraftigt. Allt fler har också halksockar, ffa på natten. Fortfarande sker 36% av fallen på natten.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat med 13%. Av dessa är 60% bortglömda doser. Ingen vårdskada har inträffat under året.

5 avvikelser med medicintekniska produkter

Vi har skickat

- tre avvikelser till dosleverantör

- 10 avvikelser till NU-sjukvården (avvikelser i samband med att vårdtagare kommer hem från sjukhus)

Vi har mottagit

2 avvikelser från NU-sjukvården.

Analys

Under 2016 har antalet avvikelser i den egna verksamheten ökat. Däremot har vi färre registrerade avvikelser som vi skickat till Nu-sjukvården. Från biståndsenheten meddelar man dock att man "ligger efter" med avvikelserapporteringen pga hög arbetsbelastning. Även sjuksköterskeheten bedömer att man inte alltid hinner lägga tid på att skriva avvikelser.

Antalet fallrapporter ökar men allvarliga skador minskar. Förhoppningsvis är det vårt arbete med Fallprevention som ger resultat. Höftskyddsbyxor (kostnadsfritt), halksockar, fallskyddsmattor och träning. I stort sett samtliga hemsjukvårdspatienter får också minst årligen en läkemedelsgenomgång av distriktsläkare.

Efter riskbedömningar i Senior Alert tar sjukgymnast fram individuella övningar till vårdtagarna som omsorgspersonalen hjälper till med. Regelbundet återkommande grupp-gympa arrangeras på några SÄBO och målet är att det ska snart erbjudas på alla äldreboenden i kommunen.

På demensheterna jobbar man med BPSD och den genomsnittliga NSI-poängen är lägre på våra boenden jämfört med riket. Rörelsefriheten är stor för personer med demenssjukdom och skyddsåtgärder används inte. Det gör att många fallrapporter handlar om att personer "rullat ur sängen", "kanat ur fåtöljen" eller går iväg och glömmer rollator eller att man faktiskt inte kan gå längre. Dessa incidenter genererar många fallrapporter men sällan skador.

Vi har under året köpt in enkla modeller av sänggrindar som minskar risken att "rulla ur sängen" men som inte hindrar personer att sätta sig på sängkanten och gå upp om man önskar. Även fallskyddsmattor att lägga vid sängen som dämpar fall har inhandlats.



Samverkan med patienter och närstående

Kommunens pensionärsråd ställer frågor och informeras om kommunal hälso- och sjukvård..

Enhetschefer anordnar närståendeträffar där även sjuksköterskor deltar med information och svarar på frågor.

Vårdtagare får upprepade erbjudande om riskbedömningar och förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist, riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion enligt Senior Alert.

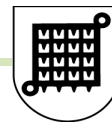
Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i vårdplaneringen.

Vid läkemedelsgenomgång skall vårdtagarens och ev. närståendes synpunkter och önskemål efterfrågas.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande. Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Möjlighet finns alltid att både skriftligt och muntlig framföra ris och ros för att bidra till kvalitetsutveckling av verksamheten.

Anhörigstödjare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga.



Resultat

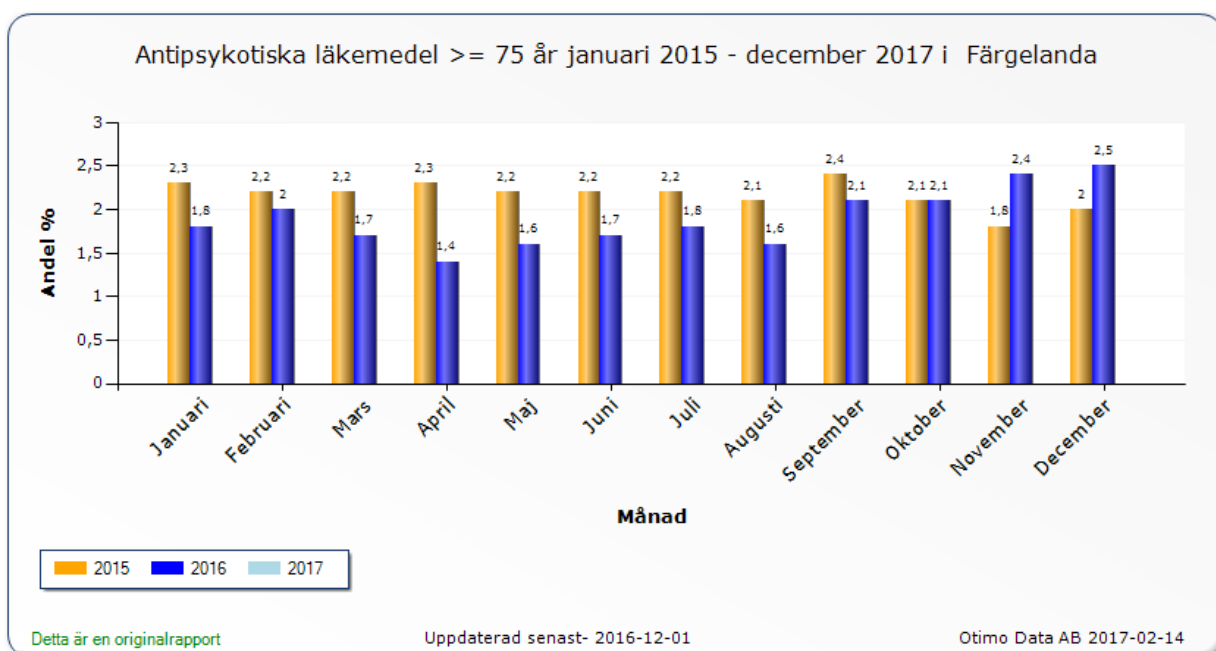
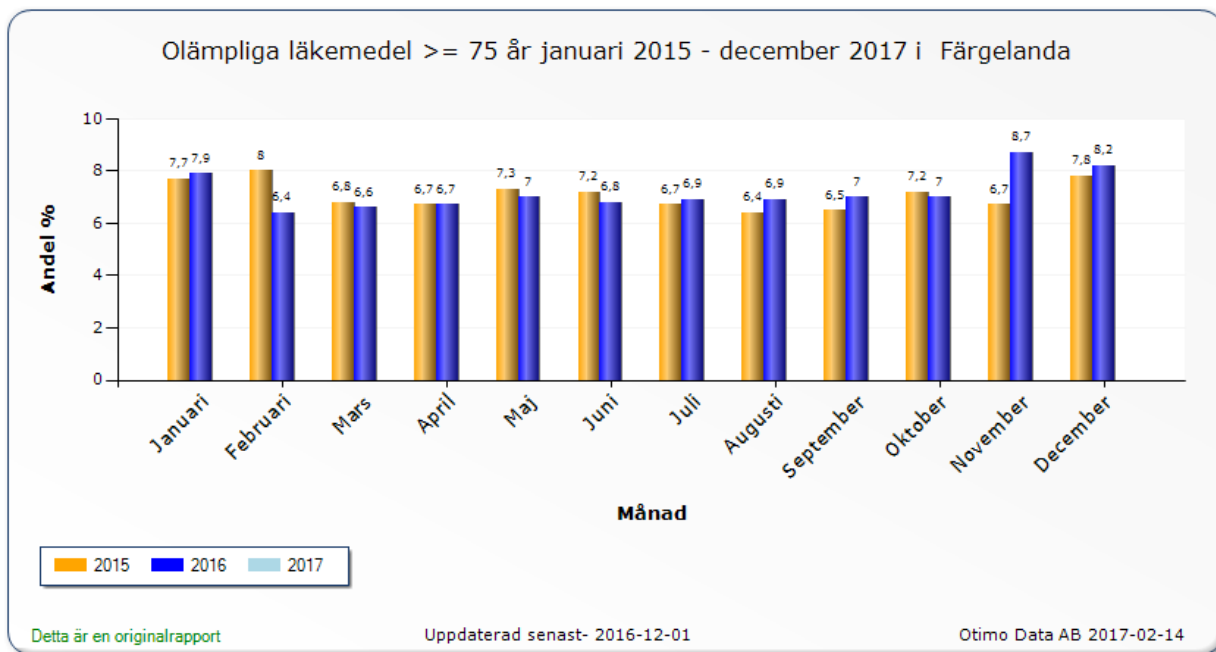
Redovisning av kvalitetsarbete

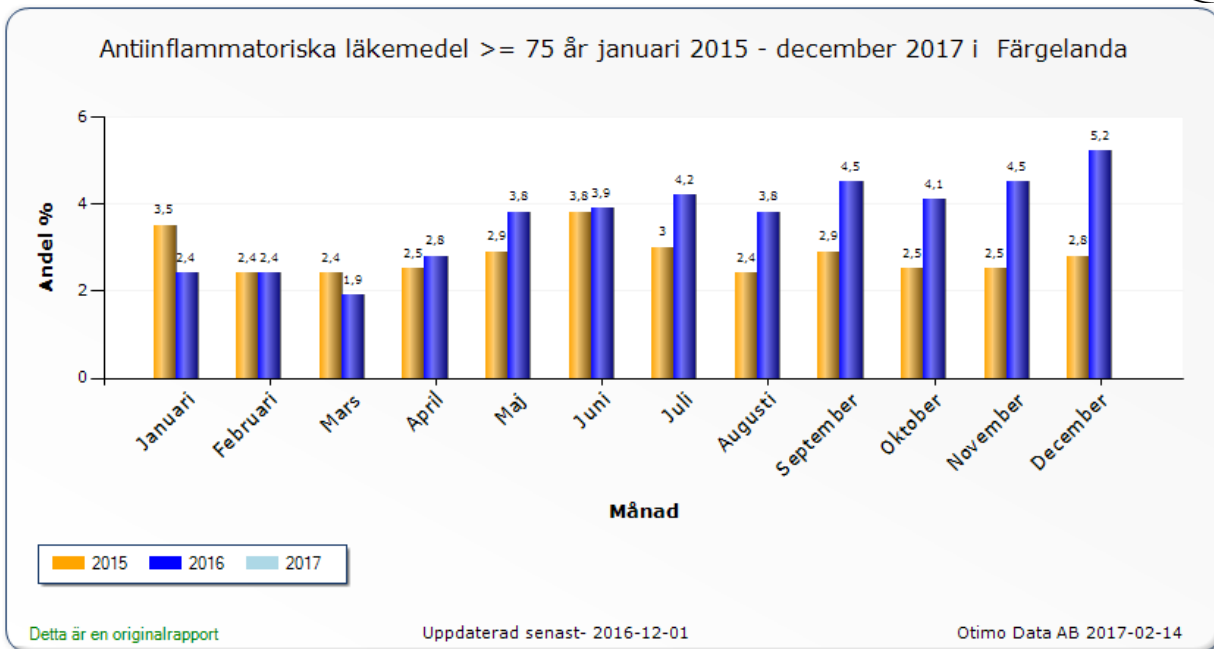
Läkemedel och äldre

Statistik från Kvalitetsportalen

Receptbelagda läkemedel som förskrivs och också hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Aktuell månad jämförs med samma månad föregående år. Källa: Kvalitetsportalen.se

OBS! Resultatet gäller för alla = 75 år och äldre i Färgelanda kommun. Den kommunala hälso- och sjukvården kan bara påverka de som vi har ett övertageläkemedelsansvar för. Övriga sköts via primärvården.





Redovisning av genomförda egenkontroller

Avvikelsehantering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Omhändertagande av avvikelserapporter i Magna Cura	Halvår	Legitimerad personal, enhetschefer och MAS skall läsa, vb kommentera och alltid kvittera alla avvikelser. Avvikelseerna skall användas som underlag för förbättringsarbete.	Vid kontroll av avvikelserna under nov-dec 2016 (89st) är 23% kvitterad av leg.,personal och endast 16% av chef. Förra årets siffror var 42 resp 22%. I avvikelserapporten finns utrymme för att göra en kort händelseanalys. Varför hände det? Vad ska vi göra för att förhindra att det händer igen? Rapporterna ska användas i förbättringsarbetet och i dessa ska man kunna se att incidenterna är uppmärksammade och omhändertagna av legetimerad personal och chef.

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Kunskapstest	År	Kvalitén på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller	Under våren 2017 kommer ny författning om läkemedelshantering vilket innebär att undervisning och kunskapstest inför delegation



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
		enkäter.	behöver omarbetas och uppdateras. Den teoretiska undervisningen och kunskapstesterna ska dessutom kompletteras med en webbutbildning på ca 2h.

Demensvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudas en skattning var 6:e mån.	Under året har 42 vårdtagare skattats utifrån beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Man har genomfört totalt 82 skattningar. I genomsnitt har det gjorts 2 skattningar /boendeplats under året. Genomsnittlig NPI-poäng är på våra boenden 14 jämfört med rikets 23 poäng. Högre poäng = fler symtom.

Magna Cura - verksamhetssystem

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll i Magna Cura	Kvartal	Kontroll görs så att ingen personal tar del av information som man inte behöver i sitt yrkesutövande.	Under året har loggkontroller utförts ca var 3:e månad. Ingen olovlig läsning eller andra överträdelser har påträffats.

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Journalgranskning	År	Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.	Under hösten genomfördes en granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Resultatet visar att det är svårt att hitta dokumentation i vårt system. Inga direkt brister i dokumentationen kunde påvisas. En uppdatering med ny modul för ICF-dokumentation inkl. utbildning är planerad under 2017. Ingen ny granskning innan nya journalen tagits i bruk.

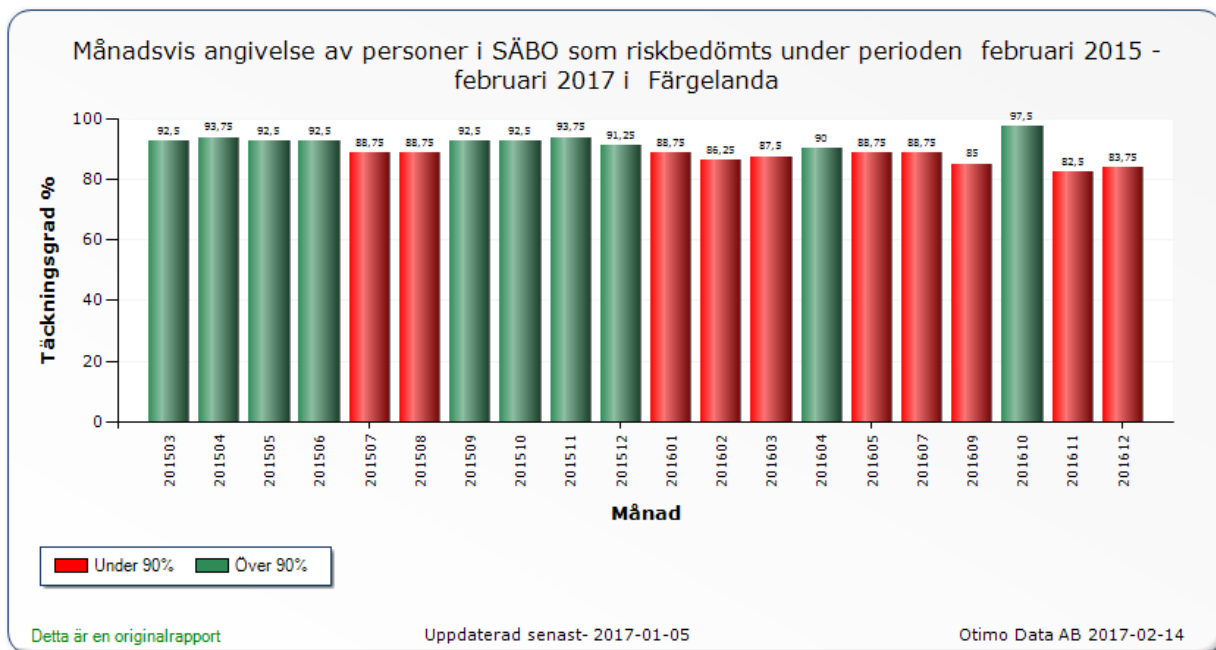
Senior Alert

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h.	Vid senaste mätningen, hösten 2016 har vi nästan nått målet! Medeltiden för nattfasta på SÄBO var 11,5h! Variationen är stor, mellan 5 och 16 timmars nattfasta uppmättes. 60% av brukarna på SÄBO har nu en nattfasta som inte överstiger 11h. Vid vår första mätning 2013 var det bara 11%.
● Uppföljning av fallrapporter/statistik	År	Målet är att antalet fall skall minska	Antalet fall har jämfört med förra året ökat med 8%. Under året har det varit 4 allvarliga fall varav 2 med frakturer. En tumme och en femurfraktur. Det är en minskning med 20%. (från 5 till 4 allvarliga fall) I 22% av fallen bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en liten minskning totalt sett men på vissa äldreboenden har andvändningen ökat kraftigt. Allt



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			fler har också halksockar, ffa på natten. Fortfanade sker 36% av fallen på natten.
Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	Halvår	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	Trycksårsmätningen v.40 visade att antalet trycksår minskar. 4,5% av de boende på SÄBO hade trycksår. (3 personer). Alla trycksåren var av grad 1 = rodnad. Motsvarande siffror för riket är 7,6% trycksår och 65% är av grad 1.
Uppföljning av nutritionsbedömning i Senior Alert	Halvår	Senior Alert ger information om antalet vårdtagare med BMI <22 och vikt nedgång med >5% sedan senaste mätning. Resultaten ska följas upp regelbundet och vara en del av utvärderingen av kvalitetsarbetet inom området nutrition.	Andelen personer på SÄBO med risk för undernäring har minskat betydligt jämfört med förra året. Vid senaste mätningen hade drygt 15% ett BMI mindre än 22 mot tidigare 26%. kanske har vår satsning på att minska nattfastan haft viss effekt.
Uppföljning av munhälsobedömningar i Senior Alert	År	Har alla på SÄBO erbjudits munhälsobedömning? Visar resultatet att förbättringsåtgärder behövs?	Under 2016 har 158 munhälsobedömningar gjorts. 91 stycken visade ingen risk för ohälsa i munnen. 42 riskbedömningar ledde till att åtgärder sattes in. Vid 24 tillfällen bedömdes att kontakt med tandläkare behövdes.
Uppföljning av bedömd blåsdysfunktion	År	Egenkontrollen ska vara ett underlag för bedömning av om utredning och utprovning sker i tillräcklig omfattning.	Under året har 94 riskbedömningar gjorts. Hos 67 individer uppmättes risk för blåsdysfunktion. För 53 stycken planerades åtgärder. Man gjorde 30 basala utredningar, vilket är en fördubbling jämfört med förra året. För 35 personer gjordes individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel.

Andel patienter på SÄBO med aktuell riskbedömning i Senior Alert.





Mätning av nattfasta under 2016

grönt= bättre än förra året

Okt - 16	Totalt antal brukare	Kvällsmat ca kl	Frukost ca kl	Brukare m nattfasta <11h	Brukare m nattfasta > 11h	Kortaste nattfastan	Längsta nattfastan	Medeltid nattfasta	Brukare m nattfasta > 11h som tackat nej
Medel	74	18,00	8,30	↑40%	↓60%	5h	15h45m	11.5h	↑10-12%



Dokumenterade fallrapporter under 2016

Enhet	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Tot	pp/år
Hävestensgården	16	10	21	16	7	18	17	31	21	23	10	12	202	6,3
Lillågården	0	2	2	1	5	2	2	1	2	1	1	3	22	0,8
Solgården	2	1	1	1	3	2	11	7	3	4	4	6	45	2,5
HT söder	4	2	6	5	2	5	2	1	3	2	1	2	35	
HT norr	8	3	3	3	0	1	9	1	3	1	2	1	35	
Oasen/Kärnan														
LSS														
Totalt	30	18/48	33/81	26/107	17/124	28/152	41/193	41/234	32/266	31/297	18/315	24/339	339	
Allvarlig	0	0/0	2/2	0/2	0/2	0/2	0/2	2/4	0/4	0/4	0/4	0/4	4	
Höftskydd totalt	27%	28%	24%	4%	18%	35%	15%	24%	25%	16%	22%	25%	22%	
Höftskydd Hävest	50%	50%	38%	6%	0	0	6%	27%	28%	13%	10%	17%	20%	
Höftskydd Solgår	0	0	0	0	33%	50%	55%	28%	66%	50%	75%	67%	35%	

Statistik från SKL fall/person/år på särskilt boende 2.0-4.2 psykiatrika avd. 4.0-5.2

Plats	Tidpunkt					Totalt
	Morg 6-9	Fm 9-12	Em 12-18	Kväll 18-22	Natt 22-06	
säng/sovrum	28	9	31	26	69	163
Toalett vid/till/från	10	12	17	6	38	83
kök	3	3	8	11	3	28
Tv/dagrum		11	13	17	5	46
hall/korridor	1	1	3	4	9	18
utomhus			1			1
annan plats						
Antal/totalt	42	36	73	64	124	339

FALLSTATISTIK 2016

- 1 subarachblödning
- 1 femurfraktur på SÄBO
- 1 axelluxation
- 1 fraktur på tumme

- VT utan HSV
- 2 höftfraktur
- 1 handledsfraktur

Trycksårsmätningar och nutritionsbedömningar 2016

PPM Fall och Trycksår rapport Punktprevalensmätning v 40 2016

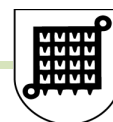
Enhet	Sammanlagt antal personer på enheten	Antal registreringar	Antal personer med trycksår	Antal trycksår	Antal Kategori 1	Antal Kategori 2	Antal Kategori 3	Antal Kategori 4	Antal personer med fall	Antal fall	Antal personer med BMI < 22
Färgelanda kommun	64	64	3	4	4	0	0	0	3	5	10

v.40 3 personer med trycksår = 4,5% (11% 2015)

alla trycksår är grad 1 (kvarstående rodnad)

10 av 64 vårdtagare hade ett BMI<22 = 15,5% (25% 2015)

Färre personer med lågt BMI skulle kunna bero på en satsning på att korta nattfastan på alla SÄBO.



Munhälsobedömningar i Senior Alert

Månad	JAN16	FEB16	MAR16	APR16	MAJ16	JUN16	JUL16	AUG16	SEP16	OKT16	NOV16	DEC16	JAN17	Total
Färgelanda kommun Antal riskbedömningar totalt av munhälsa	2	10	49	7	12	6		14	26	20	8	5		159

Under 2016 genomfördes 159 munhälsobedömningar på SÄBO. 53 st av dessa ledde till minst en planerad åtgärd.

Blåsdysfunktion

Månad	JAN16	FEB16	MAR16	APR16	MAJ16	JUN16	JUL16	AUG16	SEP16	OKT16	NOV16	DEC16	JAN17	Total
Färgelanda kommun Antal riskbedömningar blåsdysfunktion	2	8	33	2	6	6		12	10	6	5	4		94
Antal med riskbedömningar där blåsdysfunktion konstaterats	2	4	27	1	6	4		6	7	3	3	4		67
Antal bedömningar med minst en planerad åtgärd	1	4	20	0	3	6		9	6	2	2	0		53
Antal basala utredningar enligt nikola	1	1	13		2	4		4	1	3	1			30
Antal bedömningar med planerad individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel	1	3	14		2	3		4	6	0	2			35

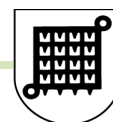
Under 2016 genomfördes 94 st riskbedömningar för blåsdysfunktion.

I 67 fall konstaterades blåsdysfunktion = 71%

35 st fick individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel

VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	Under 2016 hade 108 personer tackat JA till en munhälsobedömning i hemmet. Tanvården genomförde 74 st. 27 personal fick utbildning i munhålsvård av tandhygienst.



MTP-medicintekniska produkter

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Under året har 5 incidenter rapporterats som berör medicintekniska hjälpmedel. Ingen allvarlig värdskada har inträffat. Incidenterna har varit t.ex. trasiga läs på medicinskåp. Kanyler på förfyllda sprutor har varit böjda. En trasig rollator.

Samverkande sjukvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Riskanalys inför verksamhetsförändring	Halvår	Samverkande sjukvårds påverkan på den kommunala hemsjukvården ska följas upp regelbundet. Man ska titta på volym av uppdrag, tidpunkt för uppdrag, antal uppdrag som nekats samt efterhöra personalens uppfattning.	Under året har kommunens sjuksköterskor fått 125 uppdrag från Samverkande sjukvård. Av dessa kunde 77 st utföras. = 62%. Närmare hälften av de uppdrag som inte utfördes var nattetid då det sällan finns resurser. Trots detta har nattsköterkorna utfört ca 20% av de uppdrag som kommit nattetid. 12% av ärendena har inte utförts då larmcentralen bedömt att ambulans hunnit fram först.

Läkemedelshantering, från ordination till kassation

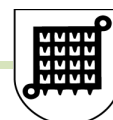
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Läkemedelsavvikelser	Kvartal	MAS sammanställer läkemedelsavvikelseerna i Magna Cura månadsvis. Resultatet redovisas här som egenkontroll.	Antalet bortglömda doser har ökat med 13%. Av dessa är 60% bortglömda doser. Ingen värdskada har inträffat under året. För att komma till rätta med dessa bortglömda doser samt de 15% av avvikelserna som beror på att signering saknas vore det lämpligt att införa digitala signeringslistor som direkt påminner om doser som ska ges och om de inte blir signerade.
● Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. Åtgärder ska planeras och vara klara innan nästa granskning.	Farmaceut från Apoteket AB gjorde i september en granskning av läkemedelshanteringen i hemsjukvården. Samtliga förbättringsförslag från granskningen året innan var genomförda. Läkemedelshanteringen godkändes och endast små påpekande om justeringar fördes fram. Ny granskning om ett år.

KAF - Kommunala Akutläkemedels Förrådet

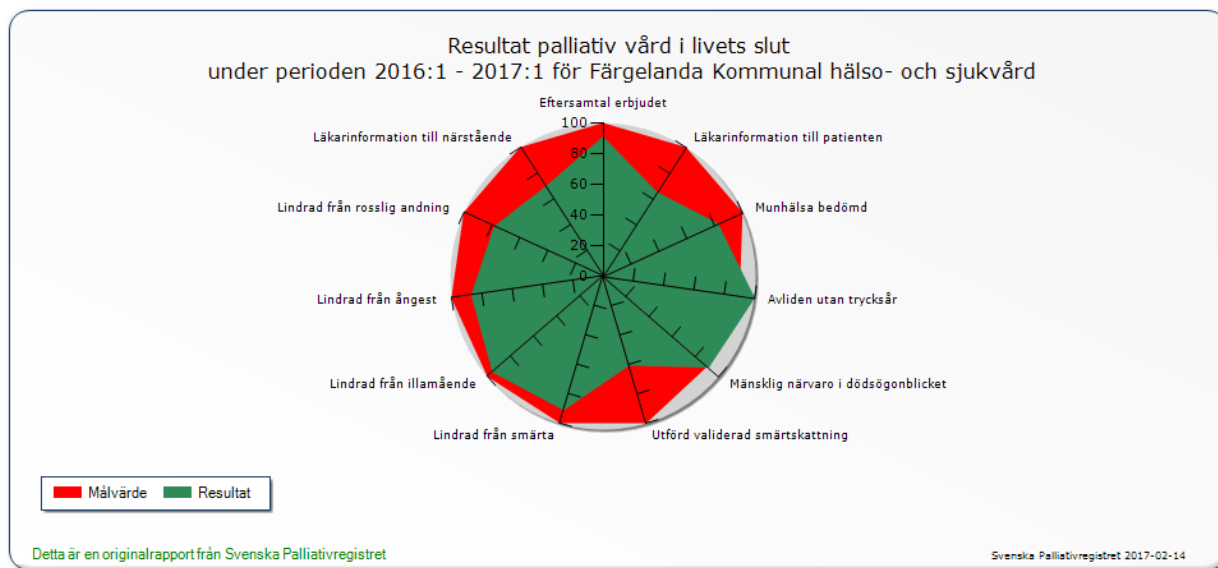
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Kvalitetskontroll av KAF	År	Svaren som mailas in bedöms av apotekare och MAS får kommentarer om vad som behöver förbättras.	En miss i utskick av enkät har gjort att vi inte har något resultat för 2016.

Palliativ vård och Palliativregistret

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
--------------	--------------	-----------------------------	-----------



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Resultat i palliativregistret	År	Resultaten skall förbättras vid varje mätning. Målet är 100% på alla parametrar som redovisas i "spindelnätet".	Resultaten i palliativregistret har förbättrats inom nästan alla parametrar och förbättringen är stor. Patienter som har smärtskattats har t.ex. ökat från 20% till 70% och bedömd munhälsa har ökat från 55 till 85%! 5 parametrar har förbättrats mycket, fem visar samma värde som förra året och de värdena är bra förutom läkarinformation till patient (65%) vilket vi har svårt att påverka.



2015

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	75,0
Läkarinformation till patienten	100	43,8
Munhälsa bedömd	100	50,0
Avliden utan trycksår	90	93,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	87,5
Utförd validerad smärtskattning	100	18,8
Lindrad från smärta	100	81,3
Lindrad från illamående	100	87,5
Lindrad från ångest	100	93,8
Lindrad från rosslig andning	100	50,0
Läkarinformation till närstående	100	68,8
Antal vårdtillfällen i urvalet: 16		



2016

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	91,3
Läkarinformation till patienten	100	65,2
Munhälsa bedömd	100	82,6
Avliden utan trycksår	90	100,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	91,3
Utförd validerad smärtskattning	100	60,9
Lindrad från smärta	100	91,3
Lindrad från illamående	100	95,7
Lindrad från ångest	100	8,4
Lindrad från rosslig andning	100	78,3
Läkarinformation till närstående	100	69,6
Antal vårdtillfällen i urvalet: 23		

Grönt = bättre än förra året!

MTP - MedicinTekniskaProdukter

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Under året har 5 incidenter rapporterats som berör medicintekniska hjälpmedel. Ingen allvarlig vårdskada har inträffat. Incidenterna har varit t.ex. trasiga läs på medicinskåp. Kanyler på förfyllda sprutor har varit böjda. En trasig rollator.

Kommunala riktlinjer för vårdhygien

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Självskattning av basala hygienrutiner	Kvartal	MAS sammanställer resultaten och målet är 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna.	Fortsatt goda resultat. Följsamheten till, basalhygienrutiner är hög.
● "Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infektionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	Vid mätningen av vårdrelaterade infektioner på SÄBO hösten-16 gjordes 54 registreringar. Av dessa hade 3% (2st) en vårdrelaterad infektion som behandlades med antibiotika. Hud-, resp. öron/näsa/hals-/infektion. Frekvensen är samma som riket, 3% trots att Färgelanda har högre vårdtyngd och fler riskfaktorer än riket. Som vårdtyngd räknas desorientering, sängliggande/rullstolsburna samt inkontinens. Till riskfaktorer räknas bl.a. urinkateter där frekvensen i Färgelanda är något högre än för riket. 11 resp. 9%.
■ Checklista SÄBO	År	<ul style="list-style-type: none"> Egenkontrollen har fokus på centrala och aktuella vårdhygieniska områden Genomförs av ansvarig chef tillsammans med sjuksköterska och enhetens hygienombud Rekommendationen är att egenkontroll genomförs regelbundet, minst en gång/år Vid "nej" i någon av frågorna upprättas handlingsplan för förbättringsarbete 	Första kontrollen görs under våren 2017.



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
<p>■ Inventering av madrasser</p>	<p>År</p>	<p>Utifrån resultat ska madrasser bytas ut så att samtliga är godkända. Både överdrag och madrass.</p>	



Övergripande mål och strategier från föregående år

- att genomföra journalgranskningar enl. mall
- att förbättra resultaten i palliativ registret
- att starta upp styrke- och balansträning för vårdtagare med fallrisk
- att implementera det nya lokala vårdprogrammet för palliativ vård
- att utbilda vård- och omsorgspersonal i säker kommunikationsstruktur. SBAR.
- att minska nattfastan
- att inom området vårdhygien jobba med;

- självskattning av basala hygienrutiner

- egenkontroll av vårdhygienisk standard

- införa system för hantering av personaltvätt

Dessutom ska vi i arbetet med äldre;Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.Se till att äldre har en fast vårdkontakt.Se till att äldre blir delaktiga och medskapare till sin egen vård.Använda välfärdsteknologi och anpassavåra verksamheter till digitaliseringen

Måloppfyllelse 2016

Samtliga mål som sattes för 2016 är uppfyllda med några undantag;

- Utbilda personal i säker kommunikationsstruktur. SBAR har inte hunnits med.
- Egenkontroll av vårdhygienisk standard börjar under våren 2017.

Välfärdsteknologi

Digitala trygghetslarm började användas och utbildning och inköp av utrustning för vårdplanering på distans har förberetts. Startar i början av 2017.



Övergripande mål och strategier för kommande år

- införa ny modul i verksamhetssystemet för att dokumentera enligt ICF
- förbereda verksamhetssystemet för statistikrapporter med KVÅ-koder som ska rapporteras till socialstyrelsen fr.o.m. 2018.
- Börja använda rehabbedömningar enl. COPM i Senior Alert
- jobba vidare med styrke- och balansträning på SÄBO
- byta till nyckelfria läkemedelsskåp som kan loggas
- börja med digitala signeringslistor
- införa webbutbildning som en del av delegationsutbildningen för läkemedelsdelegation
- alla verksamheter ska gå igenom Vårdhygiens checklista av vårdhygienisk standard
- all personal skall göra VG-regionens webbutbildning i Palliativvård.
- de uppdaterade lokala nutritionsrutinerna ska implementeras i verksamheterna och kostombud ska få utbildning