

Patientsäkerhetsberättelse

2018

20190805

Verksamhetschef HSL Marie-Louise Forsberg-Fransson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Gunilla Andersson

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Linda Ingemarsson

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 3 |
| Inledning..... | 4 |
| Övergripande mål och strategier | 4 |
| Mål Senior Alert | 4 |
| Mål Trygg och säker in- och utskrivning | 4 |
| Mål Kvalitetsledningssystem..... | 5 |
| Organisation och ansvar | 6 |
| Vårdgivarens ansvar | 6 |
| Verksamhetschefens ansvar..... | 6 |
| Medicinskt ansvarigas ansvar (MAS/MAR) | 6 |
| Enhetschefens ansvar..... | 6 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar | 6 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador..... | 6 |
| Patienters och närståendes delaktighet | 7 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 7 |
| Avvikelse..... | 7 |
| Klagomål och synpunkter..... | 9 |
| Egenkontroll..... | 10 |
| Egenkontroller i ledningssystemet..... | 11 |
| PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten..... | 13 |
| Riskanalys..... | 13 |
| Utredning av händelser - vårdskador | 13 |
| Informationssäkerhet | 13 |
| RESULTAT OCH ANALYS..... | 14 |
| Egenkontroll | 14 |
| Avvikelse..... | 14 |
| Klagomål och synpunkter | 14 |
| Händelser och vårdskador..... | 14 |
| Riskanalys..... | 14 |
| Mål och strategier för kommande år..... | 14 |

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier för vår kommun innefattar mål inom bland annat Senior Alert där vi ökat användandet och riskbedömt fler personer än föregående år (sid 4). Arbetet kring Trygg och säker in- och utskrivning har resulterat i att hemtagning av utskrivningsklara patienter från slutenvården tagits hem på 1-2 dagar (sid 5).

Vi fortsätter att utveckla vårt kvalitetsledningssystem (sid 5). Vi beskriver i Patientsäkerhetsberättelsen organisation och ansvar för patientsäkerheten (sid 6), hur samverkan sker för att förebygga vårdskador (sid 6), patienter och närståendes delaktighet (sid 7) samt hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet (sid 7).

Under 2018 har sammanlagt 577 avvikelser registrerats inom HSL, SoL och LSS. Inga Lex Sarah eller Lex Maria är anmäla till IVO. Under 2018 har en analysgrupp skapats för att utreda, till MAS/MAR, inkomna avvikelser samt vid behov även klagomål/synpunkter (sid 7).

Vi redovisar hur kommunens egenkontroller genomförts samt redovisar resultat på enhetsnivå där vi bland annat kan se att 100 % av personer med insatser från äldreomsorgen anser att de blir bemötta med respekt (sid 10).

Egenkontroller i ledningssystemet visar bland annat att rutiner gällande avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål finns och är kända av personalen. Egenkontrollerna visar också på förbättringsområden, bland annat behöver verksamheterna säkerställa att alla enskilda individer har en utsedd kontaktperson (sid 11-12).

Vi beskriver mål och strategier för kommande år där bland annat införande av LEX-modulen i Viva nämns samt strategier för att öka följsamheten till hygienriktlinjerna och utveckla E-hälsa.

Inledning

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 ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

Övergripande mål och strategier

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

Mål Senior Alert

Identifiera risker och problemområden gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert.

Måluppfyllelse

Vi har totalt i kommunen riskbedömt 82 personer under 2018, utifrån områdena trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Av dessa så identifierades en risk hos 82 %. En åtgärdsplan upprättades i 95 % av fallen och i 95 % blev åtgärderna utförda

Koppargården

Riskbedömde 39 personer varav 77 % identifierades med en risk. En åtgärdsplan upprättades i 97 % av fallen och i 97 % blev åtgärderna utförda

Hemtjänsten

Riskbedömde inga personer under året.

Solgården

Riskbedömde 45 personer varav 85 % identifierades med en risk. En åtgärdsplan upprättades i 96 % av fallen och 93 % av dessa blev utförda.

Treskillingen

Riskbedömde 2 personer som alla identifierades med en risk. Av dessa fick 50 % en åtgärdsplan men de utfördes aldrig.

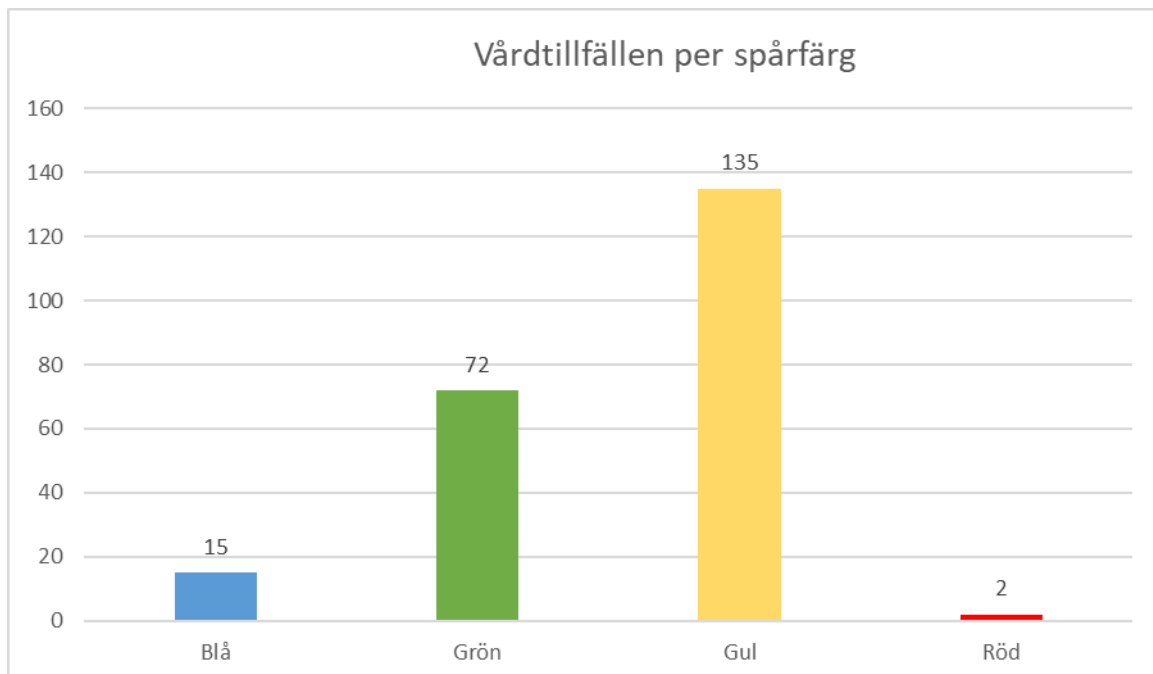
Mål Trygg och säker in- och utskrivning

Målet är trygg och säker in- och utskrivning enligt ViSam modellen.

Måluppfyllelse

Följsamheten har här mätts genom parametrarna ”Andel/Antal vårdtillfällen fast vårdkontakt utsedd och ”Antal betalningsansvarsdagar” inklusive medelvärde per månad/månader. På sammanlagt 224 vårdtillfällen så är medelvärden på antal dagar beräkning betalningsansvar för

Ljusnarsbergs kommun 1,1 dagar vilken är länets näst bästa resultat, länets snitt var 1,7 dagar (februari – december 2018) Portalen visar även antal blåa, gröna, gula och röda spår och av 224 vårdtillfällen var 135 gula, 72 gröna, 15 blåa och 2 röda.



Källa: Region Örebro läns resultatportal

Vid 213 av 224 vårdtillfällen var det en fast vårdkontakt utsedd (95,2%) men resultatet förbättrade under året. Första halvåret (februari – juni 2018) var motsvarande siffra 91,5% och andra halvåret juli – december 2018) hade siffran förbättrats till 97,6%

Mål Kvalitetsledningssystem

Målet är att utföra vård och omsorgsmetoder som är evidensbaserade och fortsätta att utveckla vårt kvalitetsledningssystem.

Måluppfyllelse

Tillsammans med kvalitetssamordnaren har verksamheterna under året fortsatt arbetat med att förbättra processerna i kvalitetsledningssystemet utifrån tidigare identifierade förbättringsområden.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren tillika kommunstyrelsen ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (Patientsäkerhetslagen 2010:659).

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen tillika Socialchef skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten erbjuder vård med hög patientsäkerhet och god kvalitet. Verksamhetschefen ansvarar även för att det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs så att styrning, uppföljning och utveckling av verksamheten är möjlig.

Medicinskt ansvarigas ansvar (MAS/MAR)

De medicinskt ansvariga delar ansvaret med verksamhetschefen för att verksamheten erbjuder vård med hög patientsäkerhet och god kvalitet. De medicinskt ansvariga utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Medicinskt ansvariga har också ansvar för att utreda och anmäla allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador och göra anmälningar enligt lex Maria.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för egenkontroller och analyser på enhetsnivå och att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvariga fastställt är väl kända och följs i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, samt arbeta enligt upprättade riktlinjer och rutiner. All personal ska rapportera risker för allvarliga vårdskador, missförhållande och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Länsdelgruppen som består av tjänstemän från Region Örebro län och kommunernas Socialchefer. Gruppen har träffats 10 gånger under året, varav 1 gång var gemensamt med vårdkedjegruppen. De tar fram mål samt beslutar om handlingsplaner rörande samverkan i Norra länsdelen.

Vårdkedjegruppen, som består av representanter från den specialiserade vården, närsjukvården och medicinskt ansvariga från kommunerna. De har träffats 10 gånger under året, varav 1 gång gemensamt med länsdelgruppen. Arbetet i gruppen har bestått av att utifrån länsdelgruppens mål upprätta och implementera nya arbetsätt och rutiner för att säkerställa vårdkedjan.

-
- Representanter från länets MAS/MAR nätverk har träffat patientnämnden.
 - I samverkansgruppen mellan Centrum för Hjälpmedel och länets kommuner har kommunens MAR deltagit som representant för Norra länsdelen.
 - MAS/MAR och verksamhetschef HSL har träffat representanter från närsjukvården 6 gånger under året.
 - Länets MAS/MAR nätverk har träffats 6 gånger under året.
 - Möten har skett i kvalitetsgruppen 2 gånger/mån för att arbeta med ledningssystem för kvalitet och säkerhet.
 - I länet har informationsöverföringssystemet Lifecare SP används för hemtagningsprocessen och Samordnade individuella planeringar.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Alla patienter som skrivs ut från slutenvården erbjuds en Sammanhållen Individuell Plan (SIP) när flera aktörer är inblandade i vården. Möjligheten erbjuds även om det inte är en sjukhusvistelse som föranleder behov av samordning. SIP och andra vårdplaneringar i våra verksamheter syftar till att stödja patientens och närståendes delaktighet i planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Vård- och omsorgspersonalen inklusive legitimerad personal rapporterar avvikelser enligt rutin. Enhetschefen gör omedelbar bedömning när en avvikelse inkommit så rätt åtgärder vidtas. Vid allvarigare händelser kontaktas MAS/MAR. MAS/MAR analyserar 1g/månad inkomna avvikelser för att eventuellt se mönster i arten av avvikelser och vidta revideringar, åtgärder, skapa nya rutiner.

Vid allvarliga händelser där patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada sker lex Maria anmälan. MAS/MAR ansvarar för att utreda och göra anmälan. En analysgrupp har skapats som har i uppdrag att tillsammans se över utredningen och analysera samt presentera förslag på åtgärder till verksamheterna. Avvikelsestatistik redovisas 2ggr/år till bildning och sociala utskottet (BoS). Verksamheterna har regelbundna träffar där avvikelser analyseras och åtgärder diskuteras.

Avvikelser

Under 2018 registrerades totalt 577 avvikelser enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Inga Lex Sarah eller Lex Maria är anmälda till IVO år 2018.

I Vårdkedjan har vi rapporterat 8 avvikelser och mottagit 5.
Inget ärende gällande vår kommun är anmält till patientnämnden.

| Område | 2018 | | | 2017 | | |
|----------------|------------|------------|----------------|------------|------------|----------------|
| | Totalt | Fall | Läke- medel | Totalt | Fall | Läke- medel |
| Solgården | 98 | 81 | 15 | 37 | 33 | 4 |
| Koppargården | 174 | 160 | 12 | 186 | 163 | 19 |
| Treskillingen | 198 | 56 | 117 | 60 | 38 | 15 |
| Hemtjänsten | 98 | 77 | 13 | 89 | 81 | 7 |
| Dagrehab | 4 | 4 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Funktionsstöd | 4 | 2 | 2 | 10 | 6 | 0 |
| Andra utförare | 1 | 1 | 0 | 12 | 6 | 2 |
| Totalt | 577 | 381 | 159 | 395 | 328 | 47 |

Antal fallskador år 2018: Av 381 fall var 3 frakturer. Inga avvikelser angående sår har inkommit, vilket är anmärkningsvärt då vi har ett flertal omläggningar som utförs i verksamheten.

Solgården

Har totalt 98 avvikelser, 17 HSL avvikelser och 81 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Flera av fallen har skett av olyckshändelser, inte på grund av benägenhet att falla. Flertalet av fallen är av en och samma person.

Koppargården

Har totalt 174 avvikelser, 14 HSL avvikelser, och 160 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Koppargården är ett särskilt boende med 41 hyresgäster.

När det gäller fallolyckor så arbetar vi förebyggande med Senior Alert med åtgärder och uppföljningar. Analys av avvikelserna sker på kontinuerliga teamträffar med arbetsterapeut, sjuksköterska och kontaktperson i personalgruppen där avvikelserna sker. Det har varit stor sjukfrånvaro i den ordinarie personalstyrkan och med många tillfälliga vikarier vilket har resulterat i minskad rehabilitering. Det är några boende som står för flertalet fall. Trots stor frånvaro på ordinarie personal så har avvikelserna minskat en del från 2017 till 2018 och personalen fortfarande noggranna med att skriva avvikelser.

Vi arbetar fortlöpande med rutiner runt medicinhanteringen för att komma så nära noll läkemedelsavvikelser som möjligt.

Treskillingen

Har totalt haft 198 avvikelser, 135 HSL, 7 SoL avvikelser och 56 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Många rapporterade fall har orsakats av att de som sköter sig själv glidit ur stol eller säng vid förflyttningar eller aktiviteter så som exempelvis städning och diskning. Vid de ärenden där det varit aktuellt har arbetsterapeut gjort hembesök och rekommenderat vissa förändringar, vid andra ärenden har man samtalat om vikten av att använda de hjälpmedel som finns både av kunder och personal. Det har även satts in extra tillsynsbesök vid behov.

SOL avvikelserna handlar om brister i utförande pga. tidsbrist. Detta har åtgärdats i form av att sätta in extra resurser hos mycket vårdkrävande kunder samt samtal med personal om vikten av kommunikation åt flera håll.

HSL avvikelserna har handlat om bortglömda läkemedel, både på grund av tidsbrist och stress. Detta har åtgärdats genom att delegeringsutbildning genomförts för både vikarier och ordinarie personal.

Hemtjänsten

Har totalt haft 98 avvikelser, 18 HSL, 3 SoL avvikelser och 77 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Majoriteten av de inrapporterade fallen har skett i hemmen då kunden ramlat vid olika förflyttningssituationer och oftast utan att personal funnits på plats. Vi ser återkommande att det är en mindre grupp kunder som står för majoriteten av fallen och åtgärder såsom arbetsterapeutinsatser och ökad hemtjänst har satts in med varierande resultat.

SOL avvikelserna handlar om brister i utförande pga. tidsbrist. Detta har åtgärdats i form av att sätta in extra resurser samt samtal med personal om vikten av kommunikation åt flera håll.

HSL avvikelserna har handlat om bortglömda läkemedel, både på grund av tidsbrist och stress. Detta har åtgärdats genom att delegeringsutbildning genomförts för både vikarier och ordinarie personal.

Funktionsstöd

Har totalt haft 4 avvikelser, 2 HSL och 2 rapporterade fall.

Kommentar av enhetschef

Inkomna klagomål och synpunkter återkopplas, analyseras och tas upp på arbetsplatsträffar. En direktkontakt tas via Enhetschefen med personen som lämnat in klagomålet. Vi värdesätter dessa synpunkter och tillvaratar dem i verksamheten.

Klagomål och synpunkter

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

Utredning, analys och sammanställning

- Antalet klagomål/synpunkter som gäller hälso- och sjukvård är få till antalet.
- Utredning efter klagomål/synpunkter redovisas till verksamhetschefen HSL.

- Enhetschef och personal lämnar informationsmaterial till patient och/eller närstående hur klagomål/synpunkter kan framföras inklusive information om patientnämnden.
- Alla klagomål utreds av den/de chefer som är ansvariga för berörd verksamhet.
- Klagomål som inkommer till MAS/MAR utreds av dessa.
- Klagomål/synpunkter kan ge anledning till granskning av verksamhet.
- En analysgrupp har skapats, som i de fall MAS/MAR eller verksamheten har behov av stöd i utredning och/eller analys samt framtagande av åtgärder till verksamheterna, på inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

Egenkontroll

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

Egenkontroller som genomförs har till syfte att tillföra systematik och ökad patientsäkerhet i våra verksamheter.

Egenkontrollen innefattar:

- Öppna jämförelser och resultat i kvalitetsregister analyseras.
- Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) baseras på nationell statistik och redovisas i registret kolada.se som ägs av Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).
- Årliga egenkontroller i ledningssystemet enligt fastställd manual.
- Kollegial strukturerad journalgranskning.

KKiK visade att 100 % av personer med insatser från äldreomsorgen, både på boende och inom hemtjänsten, anser att de blir bemötta med respekt. Se nedan för fler nyckeltal.

Hemtjänst

| Styrkor | Hemtjänst (%) | Riket (%) |
|-------------------------|---------------|-----------|
| Bemötande | 100 | 97 |
| Få kontakt med personal | 90 | 77 |
| Trygghet | 94 | 85 |

| Förbättringsområden | Hemtjänst (%) | Riket (%) |
|---|---------------|-----------|
| Tillräckligt med tid | 68 | 82 |
| Möjligheter att påverka tider | 38 | 60 |
| Information om tillfälliga förändringar | 57 | 67 |

Särskilt boende

| Styrkor | Särskilt boende (%) | Riket (%) |
|-------------------------|----------------------------|------------------|
| Bemötande | 100 | 93 |
| Förtroende för personal | 95 | 85 |
| Trygghet | 95 | 88 |

| Förbättringsområden | Särskilt boende (%) | Riket (%) |
|---|----------------------------|------------------|
| Trivsel rum/lägenhet | 68 | 74 |
| Personer 65 år + med bedömd risk för trycksår grad 1 med ordination av tryckutjämnande underlag | 25 | 36 |
| Få kontakt med personal | 80 | 83 |

Källa - Kolada som sammanställt resultat från:

- Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen
- Senior alert (den rödmarkerade punkten)

Gruppboestad LSS

| Styrkor | Gruppboestad (%) | Riket (%) |
|---|-------------------------|------------------|
| Personal bryr sig om den enskilde | 83 | 82 |
| Personalen pratar så den enskilde förstår | 60 | 70 |
| Trygghet med personal | 83 | 76 |

| Förbättringsområden | Gruppboestad (%) | Riket (%) |
|---|-------------------------|------------------|
| Den enskilde får bestämma om saker som är viktiga hemma | 17 | 75 |
| Den enskilde trivs alltid hemma | 50 | 81 |

Källa - Kolada som sammanställt resultat från:

- SKL:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning.

Egenkontroller i ledningssystemet

Den övergripande årliga egenkontrollen innefattar 19 stycken olika kategorier med underfrågor. Enhetschefen besvarar egenkontroller i samråd med medarbetare. Utifrån svaren på egenkontrollen får enhetschefen indikatorer på inom vilka områden verksamheten behöver förbättra. Nedan följer en sammanfattning av styrkor och förbättringsområden inom sjuksköterskeorganisation, hemtjänst, särskilt boende och gruppboestad enligt LSS.

Under 2018 framkommer det bland annat att verksamheternas styrkor finns inom dessa områden:

- Rutiner gällande Lex Sarah, avvikelshantering samt hantering av synpunkter och klagomål finns och är kända av personal

-
- Kunskap och hantering av dokumentation
 - Identifiera nya och följa befintliga processer i ledningssystem för kvalitet
 - Följa befintliga rutiner kring bristande läkemedelshantering, HSL-insatser och hantering av medicintekniska produkter
 - Personals nöjdhet gällande tillgänglighet i kontakt med legitimerad personal
 - Genomförda regelbundna hygienronder

Det framkommer även att verksamheterna har vissa förbättringsområden.

Verksamheterna behöver säkerställa att:

- alla enskilda individer har en utsedd kontaktperson
- alla enskilda individer har en genomförandeplan, att den är tillgänglig för den enskilde och att den revideras inom angiven tidsram
- alla enskilda individer har kännedom om årlig munhälsobedömning
- teamträffar upplevs givande och relevanta för medverkande parter
- vikarier har kännedom om ledningssystem för kvalitet
- använda ledningssystem för kvalitet i det dagliga arbetet
- all personal använder intranät, e-post och aktuella mappar på G:
- all personal signerar signeringslistor
- personal har rätt kompetens för sitt arbete
- journalgranskning genomförs årligen

Enhetscheferna ska även genomföra journalgranskning en gång per år. Det är enbart en verksamhet som har rapporterat in resultat av journalgranskning i ledningssystemet och därmed kan inget övergripande resultat utläsas.

De årliga egenkontrollerna ger verksamheterna indikationer på vilka styrkor och svagheter som enheten har och dessa ger styrning kring hur den egna Aktivitetsplanen för nästkommande år bör riktas.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Risikanalyt

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

För närvarande finns olika former av strukturerade riskanalyser t.ex. Senior Alert, rutiner för avvikelshantering, rutin för instruktion och delegering.

När en händelse uppmärksammas som medfört eller kunnat medföra en vårdskada utreds detta av MAS/MAR eventuellt med stöd av utsedd analysgrupp genom:

- Journalgranskning
- Tar del av aktuell avvikelserapportering inklusive åtgärder.
- Intervjuer med berörd vårdtagare, personal och eventuellt närstående.
- Analys av informationen för att hitta orsaker och att säkerställa att tillräckliga åtgärder är genomförda.
- Förebyggande åtgärder sätts in och eventuellt införa nya rutiner så att detta inte återupprepas.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Under året har inga händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utretts.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamheterna kontrollerar tillsammans med IT-avdelningen aktuell personals behörigheter och kommunens IT-säkerhetsinstruktion ingår i samtliga verksamheters introduktion av ny personal.

- En genomgång av behörigheter till journalsystemet genomförs årligen för att säkerställa att personal endast har behörighet till personer de har en vårdrelation till. Enhetschef ansvarar för att meddela administratörer vid förändringar.
- Genomgång av samtlig personals behörigheter i kommunens nätverk.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Genom analys av beslutsstödet kan vi se att vi tillsammans med Region Örebro län kunnat ge våra patienter vård på rätt nivå. Vi använder Lifecare SP för samordnade individuella planer. Genom vårt arbetssätt med Faxbo och har vi lyckats att ta emot våra utskrivningsklara patienter inom ca 1-2 dagar (genomsnitt för året var 1,1 dagar). Kommunen har under 2018 inte haft några dagar med betalningsansvar.

Egenkontroll

Under året har kvalitetsregister används i högre utsträckning än föregående år men ytterligare ökning behövs för att säkerställa att vi identifierar risker, åtgärddar och sedan följer upp dessa. Egenkontrollerna i kvalitetsledningssystemet visar på styrkor men också förbättringsområden som ger indikationer på nästkommande års riktning på verksamheternas aktivitetsplaner. Verksamheterna behöver bland annat arbeta med kontaktmannaskap, rutiner för upprättande av genomförandeplaner och användande av IT baserade system.

Avvikelser

Antalet registrerade avvikelser har ökat från 395 stycken 2017 till 577 stycken 2018 och den störta ökningen står läkemedelsavvikelser på Treskillingen för (från 15 till 117, det vill säga en ökning på 112 stycken). En markant ökning har även skett av fall på Solgården (från 33 till 81 stycken), den ökningen beror dels på en utökning av korttidsplatser samt att flertalet av fallen är av en och samma person.

Klagomål och synpunkter

Antalet klagomål och synpunkter är få och samtliga utreds och återkopplas till anmälaren enligt rutin.

Händelser och vårdskador

Under året har inga utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador gjorts då inga sådana anmälningar inkommit.

Risikanalys

Risikanalys görs enligt rutin men är få till antalet vilket gör att generella slutsatser inte kan dras.

Mål och strategier för kommande år

- Fortsätta att öka användandet av kvalitetsregistret Senior Alert och analysera resultaten och att åtgärder sätts in på enhetsnivå.
- Fortsätta arbetet med att stärka samverkan mellan kommunen och Region Örebro län gällande sammanhållen vård och omsorg.

-
- Fortsätta arbetet med kvalitetsledningssystemet:
 - Förbättra processerna i ledningssystemet
 - Säkerställa att aktuella dokument finns i ledningssystemet
 - Utveckla arbetet med avvikelshantering både gällande tydliggörande av rutin samt utveckla arbetet kring verksamhetens egna analyser samt skapa en analysgrupp för mer strukturerade analyser vid behov.
 - Införa och följa upp användandet av LEX-modulen i journalsystemet för att systematisera hanteringen av Lex-utredningar, klagomål och synpunkter.
 - Utveckla och delta från fler verksamheter i punktprevalensmätningar avseende trycksår och hygien.
 - Utveckla arbetssättet utifrån BPSD registret.
 - Utveckla arbetet med jämlik hälso- och sjukvård, bland annat genom att arbeta med prioriteringsordningar och behovsbedömning. Utveckla användandet av nationella riktlinjer för att minska risken för regionala skillnader i vård, omsorg och rehabilitering.
 - Öka följsamheten till hygienriktlinjerna genom ytterligare utbildningssatsningar under året i samarbete med hygienläkare och hygiensköterskor från Region Örebro län.
 - Öka andelen läkemedelsgenomgångar.
 - Utveckla E-hälsa:
 - Använda mobil dokumentation.
 - Digitalisering av olika larmsystem.
 - Börja med digital signering.