



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2016

Gunnel Svensson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/
Verksamhetschef

Diarienummer: Dnr 2017-280

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR VÅRDGIVARE	1
1. Sammanfattning	4
2. Allmänt	6
3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
4. Övergripande mål och strategier.....	8
5. Struktur för uppföljning och utvärdering	9
6. Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
6.1. Regionala mötesföreläringar i samverkan	10
6.1.1 Samordnad vårdplanering – SVPL	10
6.1.2. Läkarmedverkan	10
6.1.3. Samverkande sjukvård	10
6.1.4. Övriga avtal	11
6.2. Lokala mötesföreläringar i samverkan	12
6.3. Samverkan med patienter och närstående.....	12
7. Riskanalys	14
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15
9. Egenkontroller	16
10. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	17
11. Avvikelse	19
12. Sammanställning och analys av avvikelser	20
13. Resultat	21
13.1. Redovisning av kvalitetsarbete	21
13.1.1. Senior alert – ett förebyggande arbetssätt	21
13.1.2. Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	23
13.1.3. Palliativa registret	24
13.2. Redovisning av egenkontroll avvikelser	25

13.2.1. Egenkontroll läkemedelsavvikelser	25
13.2.2 Egenkontroll av avvikelser fall och fallskador	27
13.2.3. Egenkontroll avvikelser Medicin tekniska produkter(MPT)/	29
13.2.4. Nutrition - nattfasta	29
13.3. Egenkontroll basala hygienrutiner och klädregler	30
14. Övergripande mål och strategier från föregående år	32
15. Övergripande mål och strategier för kommande år	33

1. Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården har inte inneburit några stora förändringar under 2016. De nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Palliativregistret ger bra underlag för vad respektive verksamhet behöver arbeta med.

Palliativa registret

Under året har drygt 80 procent av alla dödsfall i den kommunala hälso- och sjukvården registrerats i palliativa registret. Kvaliteten på indikatorerna har ökat. Ett av årets mål har varit att öka målvärdet på indikatorerna och det målet är uppfyllt.

BPSD

Målet är att alla som bor på gruppboende för demenssjuka ska ha en BPSD registrering i nära anslutning efter inflyttning.

Det är 47 personer som har tre uppföljningar, en uppföljning av registreringen.

92 procent har en bemötandeplan.

Medelvärdet för vårdtyngd ligger i Munkedal på 26 poäng i genomsnitt och i riket är snittet 20 poäng.

Senior Alert förebyggande arbetssätt fall, undernäring, trycksår

Under året har 80 procent av de som bor på särskilt boende en aktuell riskbedömning. Det nationella målet är 90 procent.

I de fall det finns risk för fall, trycksår, undernäring och munhälsa har det satts i åtgärd i 76 procent på särskilt boende och 72 procent i hemtjänsten.

ROAG mätning av munhälsa

Hälften av alla patienter som är bedömda har inte ohälsa i munnen. Munhälsobedömningen visar att sjuksköterskor, undersköterskor har satt in en eller flera åtgärder hos patienter med ohälsa i munnen och cirka 30 procent har läkare eller tandläkare kontaktats.

Nattfasta

Nattfasta på särskilda boende ska enligt Socialstyrelsens riktlinjer vara 10–11 timmar. Det är omkring 30 procent av de personer som bor på våra särskilda boende som har nattfasta kortare än 11 timmar. Chefer, kökspersonal, kostombud, undersköterskor dag och natt har deltagit i möten som kostchef och MAS har initierat under hösten.

Fall

Antalet fall har ökat för varje år målet att minska antal fall har inte uppnåtts. Målet är inte uppnått. Höftskyddsbyxor erbjuds till vårdtagare som uppvisar fallrisk. Chef redovisar avvikelser på APT.

Läkemedel

Antal läkemedelsbedömningar har ökat, målet var att minska läkemedelsavvikelser. Den största delen avvikelserna beror på glömska,

och då är det en organisatorisk fråga. Målet är inte uppnått. Chef redovisar avvikelser på APT.

Hygien

Mätning av basala hygienrutiner följsamheten till korrekt handhygien har ökat men användning av skyddsförkläde har minskat något. Korrekt klädsel har ökat och uppfyller nästan målet 100 procent. Verksamheterna behöver arbeta med att tvätta händerna före omvårdnadsarbete och att använda skyddsförkläde vid omvårdnadsarbete. Personer som har eksem och måste använda ortos ska på grund av smittorisk inte arbeta med patientnära omvårdnadsuppgifter. Det innebär en risk både för arbetstagare och patient.

2. Allmänt

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska innehålla uppgifter om hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits, hur samverkan ska ske för att förebygga risker, vilka egenkontroller som gjorts för att mäta vårdkvaliteten.

I patientsäkerhetsberättelsen 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.

3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

3.1. Kommunstyrelsens ansvar 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
- att det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i Munkedals kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

3.2. Verksamhetschef hälso- och sjukvård ansvarar för att;

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

3.3. 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.

3.4. Sektorchef ansvarar för att;

- har ansvar för drift, ekonomi, personal och kvalitet- och utvecklingsfrågor inom ramen för styr- och ledningssystem inom sektorn.
- ansvarar gentemot nämnd för ledningsfrågor.

3.5. Avdelningschef ansvarar för att;

- för verksamheter inom avdelning, ansvarar för drift, ekonomi, personal och kvalitet- och utvecklingsfrågor

3.6. Enhetschefs ansvar 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

3.7. Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

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

4. Övergripande mål och strategier

Sektors mål är att skapa trygghet och självständighet för den enskilde genom

- att arbetet utgår från en gemensam värdegrund
- att förutsättningar skapas för god hälsa och livskvalitet
- att insatserna ska förebygga ohälsa
- att den enskilde ska vara delaktig och ha inflytande över insatsernas utformning
- att vård och omsorg ges av kompetent personal

Målen överensstämmer med regeringens satsning för de mest sjuka äldre.

- samtliga patienter på särskilt boende erbjuds riskbedömning enligt Senior alert fall, undernäring, trycksår och munhälsa.
- hemsjukvården registrerar i palliativ registret
- samtliga vårdtagare på demensboende erbjuds skattning enligt BPSD-registret

Övriga mål

- att minska antal avvikelser fall och fallskador
- att minska antal läkemedelsavvikelser
- att minska nattfasta
- att öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler
- att kvalitetssäkra rengöring och säkerhetskontroll av medicintekniska produkter

5. Struktur för uppföljning och utvärdering

Resultatet av egenkontroller, avvikelser och riskbedömningar sammanställs fortlöpande och dokumenteras. Resultaten presenteras på SOL, Sektor Omsorgs Ledningsgrupp, avdelningarna Vård och äldreomsorg och Stöd. Enhetschefer ansvarar för att föra ut informationen till vård och omsorgspersonal.

Vid möten på både lednings- och verksamhetsnivå utvärderas resultaten och ledningen tar ställning till hur det fortsatta arbetet ska bedrivas, om insatser behövs och vilka delar som verksamheten ska satsa på. Åtgärder planeras och läggs in.

Munkedal har inget helt utbyggt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete där åtgärder, uppföljning, tidsplan och resultat kan visas.

Patientsäkerhetsberättelsen redovisas för kommunstyrelsen.

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

6.1. Regionala mötesföretag i samverkan

- Länsamverkan för äldre -LISA, Västkom, Vårdsamverkan Fyrbodalen, samverkan mellan kommun, region och primärvård.

Nätverk för

- legitimerad personal
- medicinskt ansvariga sjuksköterskor
- enhetschefer för legitimerad personal
- socialchefer/verksamhetschefer

6.1.1 Samordnad vårdplanering - SVPL

I Västra Götaland finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

SVPL Klara upphandling klar. SAMSA heter informationsverktyget som infördes hösten 2016

Analys

Kartläggning som samtliga kommuner i Fyrbodalen och Lilla Edet genomfört, för andra året i rad, visar brister när utskrivningsklara patienter skickade hem från NU-sjukvårdens avdelningar.

Drygt 20 procent av de patienter som blev utskrivningsklara saknade preliminäreplikriser, epikris efter en vecka, omvårdnadsepikris, rehabepikris, läkemedelsberättelse, läkemedelslista, hjälpmedel, läkemedel m m.

Förbättringsförslag för 2017

- Lägga in förberedd vårdbegäran i SAMSA för alla som har kommunala insatser, särskilda boende, hemtjänst, hemsjukvård, rehab, trygghetslarm

6.1.2. Läkarmedverkan

- Vi har ett lokalt avtal mellan Munkedals kommun och Närhälsan som uppdateras en gång per år.

Förbättringsförslag för 2017

- Uppdatera rutin för läkemedelsgenomgång

6.1.3. Samverkande sjukvård

Vision, mål och syfte med Samverkande sjukvård är att tillgodose invånarens behov av god sjukvård, samordna sjukvårdsresurserna som finns i invånarens närområde.

Kommunen har samtyckt till utökat uppdrag under 2017:
 - mellan hemtjänst och hemsjukvård

Samverkande sjukvård

Uppdragsgivare	Hemsjukvården Munkedal 2014	Hemsjukvården Munkedal 2015	Hemsjukvården Munkedal 2016
1177	23	5	21
Ambulanssjukvård	0	2	2
SOS Alam AB -IVPA	6	21	12
SOS Alarm AB - MÄVA			0
SOS Alarm AB – avbrutet uppdrag			20
Vårdcentral	7	1	2
Totalt	36	29	57
Uppdrag som ej kundetas	0	9	26

Analys:

Uppdragen från sjukvårdsrådgivningen 1177 har varierat under åren , uppdragen har ökat från föregående år. Under 2015 ökade IVPA-uppdrag i väntan på ambulans men de uppdragen har minskat med drygt 40 procent under året.

Sotenäs har fler uppdrag i samverkande sjukvård. De har fler 1177 uppdrag, sammanlagt 27 uppdrag och fler IVPA uppdrag, sammanlagt 73 uppdrag.

6.1.4. Övriga avtal

Det finns en samverkansöverenskommelse med Hälso- och sjukvårdsnämnden, det är upphandlat munhälsobedömningar och utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård från folk-tandvården.

Det finns ett förslaget till samarbetsavtal för inkontinens och nutritionsprodukter det innebär ett utvecklat samarbete i jämförelse mot tidigare avtal. Distributionen föreslås ske i Västra Götalandsregionens regi (och inte som idag via upphandlad part). Avtal börjar gälla under 2018.

Kommunen kommer få tillgång till dietist under 2017. Det kommer anställas 30 dietister i primärvården i Västra Götaland.

Förband- och sjukvårdsmaterial är upphandlat i samverkan med norra Bohuslän och trestadskommuner genom Trollhättans kommun. Nytt avtal träde i kraft 1 mars 2017, det är OneMed som är ny leverantör.

Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning). Hygiensjuk-sköterska håller i hygienmöte i kommunen en gång per år.

Vård & Omsorgscollege i Fyrbodal. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.

6.2. Lokala mötesfora i samverkan

Teammöte på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i riskbedömning, åtgärder, uppföljning, utvärdering och planering

MAS- samverkan med legitimerad personal

Möte med Närhälsan, Närhälsan Rehab och hemsjukvården 2 gånger per termin

Avtal med primärvården om läkarinsatser för patienter i hemsjukvården och boende på särskilt boende. Läkare ska ge handledning och utbildning för personalen.

Möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Lokala nätverk

- Palliativa gruppombud
- Lokala koordinatörer i Senior Alert
- BPSD administratörer
- Hygienombud/hjälpmiddelsombud
- Kostombud

6.3. Samverkan med patienter och närstående

Kommunens pensionärsråd och funktionshinderråd informeras om kommunal hälso- och sjukvård.

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

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

Vid läkemedelsgenomgång skall patientens och eventuellt närståendes synpunkter och önskemål efterfrågas.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med patient, och om hen 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 synpunkter och klagomål "Säg vad du tycker" ligger på hemsidan, allt för att bidra till kvalitetsutveckling av verksamheten.

Kontaktperson, PAS, arbetsterapeut och fysioterapeut kan hjälpa till med kontakter och information så att patienter i och närstående hittar rätt och känner sig trygga.

7. Riskanalys

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.

Riskanalys 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 patientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalys.

En riskanalys kan utföras både på enhetsnivå, 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, enhetens processer.

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

Analys

Analys har inte genomförts på övergripande organisatorisk nivå:

- vid planering av flytt av dagrehab. Dagrehabilitering är ingen lagstadgad verksamhet.
- riskanalys av arbetsmiljö och patientsäkerhet vid flytt av korttidsboende från Allégården till Dinglegården har inte utförts.

8. Hälso- 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.

Samtliga avvikelserapporter skall kvitteras av legitimerad personal, enhetschef samt MAS i nämnd ordning. Vid allvarliga händelser informeras MAS direkt. Händelse utreds och MAS tar ställning till om en Lex Maria anmälan skall göras.

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

MAS gör en sammanställning av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelse som redovisas i patientsäkerhetsberättelse.

Analys

Det finns rutin för hur avvikelseprocessen ska efterlevas. Omvårdnadspersonalen är bra på att registera avvikelser. Legitimerad personal kvitterar delvis avvikelserapporter. Chefer är i låg grad inne och kvitterar avvikelserapporter. På de flesta enheter tar chefer med avvikelser på APT och diskuterar åtgärder och förbättringsmöjligheter. Analyser vid avvikelser bör förbättras för att utveckling av förbättringsarbete ska formas.

9. Egenkontroller

Egenkontroll i kommunal hälso- och sjukvård.

Genom stickprov genomförs loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Magna Cura.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) av falltrycksår-nutrition-munhälsa

Mätning av nattfasta på särskilt boende

Kontrollera rengöring och säkerhetsbedömning av medicintekniska produkter

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

Registrering i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Uppföljning av läkemedelsavvikelser/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

Uppföljning av medicintekniska avvikelser/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

Uppföljning av omvårdnadshändelser/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

Granskning av läkemedelsskåp på särskilt boende, genomgång av signeringslistor, dosrecept, kasserade läkemedel, dosetter.

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av regionen via webben.

Egenkontroll – skattning av följsamhet till basala hygienrutiner genomförs 1 gång om året. Utarbetad av Vårdhygien, NU-sjukvården.

Journalgranskning legitimerad personal (stickprov)

BPSD registret – följa registreringen (kvalitetsregister).

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

Hypergene

I styr och ledningssystemet Hypergene planeras att kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvårdens ska redovisas i vård och omsorgsdelen när den byggts ut. Riskbedömningar, egenkontroller, avvikelser åtgärder ska följas upp och resultat redovisas men arbetet har avstannat. Kvalitetsgrupp som arbetar på uppdrag av kommunchefen och kommunledningsgruppen har inte fått några uppdrag att utveckla Hypergene under 2016.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är ofullständigt.

Dokumentation

Planeringen är att införa dokumentation enligt ICF förlegitimerad personal.

NPÖ (Nationell patientöversikt) har tagits i bruk.

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 t.ex. oro.

Fallprevention

Höftskyddsbyxor erbjuds till patienter som visat risk för fall vid riskbedömning i Senior Alert.

Trycksårsprevention

Trycksår bedöms i samband med riskanalys av kontaktperson på alla boende. Nortons skala används vid trycksårsbedömning. Åtgärder som genomförs är lägesändringar, att använda dynor, madrasser, se på nutritionsstatus så patienten inte är undernärd och bedöma munhälsa så patienten inte har tugg och svalgsvarigheter.

Undernäring

Använda skattningsskala MNA vid risk för undernäring. En del är att granska måltidsordningen och vad äter patienten, minska nattfastan så den understiger 11 timmar. Munhälsan är också en del som påverkar om vad personen kan äta. ROAG är instrumentet som används vid bedömning av munhälsa.

Läkemedelshantering

Kontroll av läkemedelsskåp på särskilda boende sker varje månad.

Läkemedelsskåp lånas ut till patienter i eget boende som har läkemedelsövertag.

Övertaget läkemedelsansvar ska vara dokumenterat i läkarjournal. Ett läkemedelsövertag kan vara helt eller delvis övertaget.

Vid byte av vårdgivare ska patienten ha en läkemedelsgenomgång.

Medicintekniska produkter

Rengöring och säkerhetskontroller ska genomföras på medicintekniska produkter. Under 2016–2017 är det rullator, lift och liftsele som ingår i internkontroll.

Varje enhet kontrollerar även övriga medicintekniska produkter. En gång per månad eller vid behov ska hjälpmedel som är förskrivna på individnivå kvalitetssäkras.

11. Avvikelser

Det finns avvikelserapportering på olika nivåer samt interna och externa avvikelser som ska granskas:

- avvikelse och tillbud som drabbar patienter (personnivå interna avvikelser)
- på vårdkedjenivå inom Vårdsamverkan Fyrbodal
- apoteket
- tandvården
- organisatoriska avvikelser
- avvikelser när uppsatta mål inte nås
- synpunkter och klagomål "säg vad du tycker"

Inkomna synpunkter och klagomål "Säg vad du tycker" från kommunmedborgare och anhöriga diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar eventuella åtgärder och återkopplar till den som lämnat synpunkt eller klagomål inom en månad. Klagomål på hälso- och sjukvårdsfrågor från IVO diarieförs och utreds och återrapporteras av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Patientnämnden rapporterar avvikelser som kommunmedborgare anmält en gång per år.

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

Analys

Avvikelser i sektor Omsorg ska lyftas regelbundet för att se vilka förbättringsområden som ska lyftas som förbättringsarbete, egenkontroll eller ett mål att arbeta med kommande år. Arbetet med avvikelser har delvis kommit i gång.

12. Sammanställning och analys av avvikelser

I verksamhetssystemets Magna Curas avvikelserapportering är följande registrerat

Antal fall har ökat under de sista 5 åren. Under 2016 har det planat ut och registrerats 920 fall, föregående år var det 913.

Läkemedelsavvikelser har ökat de sista åren. Under 2016 var antalet läkemedelsavvikelser 462, under föregående år var det 408.

Anmälda medicintekniska produkter har under de sista 5 åren varit konstant 3 avvikelser.

Vårdkedjeavvikelser inom Vårdsamverkan Fyrbodal

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

Det har tagits emot 1 avvikelser från NU-sjukvården

Hälso- och sjukvårdsnämnden har rapporterat 3 avvikelser från folktandvården. Patient har inte aktuell adress. Det är i ett fall som patient tackat nej till munhälsobedömning när folktandvården varit på plats.

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Lex Maria en anmälan har lämnats till IVO.

Det kom in 3 synpunkter och klagomål som har varit relaterade till kommunal hälso- och sjukvård.

Analys

Antalet avvikelser ökar. Personalen ser avvikelserapporter som en viktig del i förbättringsarbete. Det som brister är analys på varje enhet.

Alla enheter ska analysera och vidta åtgärder för att minska antalet avvikelser. Exempel som att organisera så patienter får rätt läkemedel på rätt tid.

Antalet avvikelser som vi skickar till NU-sjukvården ökar. Det beror på brister i t.ex. informationsöverföring, dokument saknas, t.ex. läkemedelslistor, epikriser, patienten har inte fått med sig läkemedel och/eller hjälpmedel som behövs vid hemkomsten.

13. Resultat

13.1. Redovisning av kvalitetsarbete

13.1.1. Senior alert – ett förebyggande arbetsätt

Vården ska bygga på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskaplig och beprövad erfarenhet. I förebyggande arbetsätt ingår undernäring, fall, trycksår och munhälsa.

Det är 264 kommuner som arbetar förebyggande

Antal riskbedömningar förebyggande arbetsätt för fall, undernäring trycksår.

Antal unika personer som riskbedömts	
	År
	2016
Enhet	
Munkedals kommun	186

Under året har 186 personer gjort en riskbedömning för undernäring trycksår, fall och munhälsa. Riskbedömning genomförs två gånger undre året.

När det finns en risk genererar det åtgärd eller åtgärder som enligt rutin ska följs upp efter en och efter tre månader.

Antal riskbedömningar per enhet

Antal unika personer som riskbedömts och som finns kvar på enheten vid urvalsperiodens slut	
Enhet	Antal personer
Munkedal Allegården Gullvivan	7
Munkedal Allegården Kaprifolen	11
Munkedal Allegården Linnean	10
Munkedal Dinglegården	8
Munkedal Ekebacken Almen	10
Munkedal Ekebacken Eken	5
Munkedal Ekebacken Boken	10
Munkedal Sörbygården	21
Munkedal Vässjegården	10
Munkedal Allégården Violen	9
Munkedal Hedekas hemtjänst	6
Munkedal Dingle hemtjänst	2
Munkedal Centrum hemtjänst	11

Inom särskilt boende genomför alla verksamheter riskbedömning och arbetar förebyggande med undernäring trycksår, fall och munhälsa. Underslutetav året har antal platser på särskilt boende förändrats. Det har varit neddragning av tio platser på Vässjegården men ökat motsvarande platser på Allégården. Dinglegården har minskat med sju boendeplasser. Korttidsplatser på Allégårdens avdelning Violen har flyttat till Dinglegården. Det innebär 121 särskilt boendeplasser och 12 korttidsplatser i slutet av året.

Det är 140 personer som har både hemsjukvård och hemtjänst. Hemtjänstområde Hedekas, Dingle och Munkedal har startat upp det förebyggande arbetssättet.

Undernäring

	2016	Totalt
Antal personer med BMI <22	61	61
Antal personer med MNA <7 *	26	26
Antal personer med viktnedgång >5%	34	34
* Antal personer med MNA<7 förutsätter att man använder MNA instrumentet		

Analys: I det förebyggande arbetssättet att indentifiera undernärda personer har 61 av 186 risk för undernäring. Det är 26 av 186 personer som är undernärda och det är 34 personer som gått ned 5 procent av sin kroppsvikt under 3 månader.

Orsaker till undernäring kan vara bland annat infektioner, depression, läkemedelsbehandling, minskat näringsintag på grund av olika sjukdomstillstånd och nedsatt aptit, tugg och svälgsvarigheter.

Vid teammöte planeras för åtgärder som ska minska undernäringen. Insatta åtgärder följs upp individuellt eller efter en och tre månader.

Riskbedömningar förebyggande arbetssätt för en god munhälsa

	År	2016	Totalt
Munkedals kommun	Antal riskbedömningar totalt av munhälsa	287	287
	Antal riskbedömningar med ROAG-J	283	283
	Antal riskbedömningar med ROAG-J som ej har risk	148	148
	Antal bedömningar där ROAG-J ej går att göra men risk föreligger	4	4
	Antal riskbedömningar med ROAG-J och bedömningar utan ROAG-J där risk för ohälsa i munnen föreligger	139	139
	Antal 2:or i ROAG-J	227	227
	Antal 3:or i ROAG-J	44	44
	Antal riskbedömningar med minst en planerad åtgärd	137	137

Analys: Av 287 genomförda munhälsobedömningar har hälften en bra munhälsa. Övriga 139 personer har genomfört munhälsobedömning en till två gånger under året. I de flesta fall har undersköterskor och sjuksköterskor satt in en till flera åtgärder för att öka munhälsa.

En tredjedel av personerna har behövt insatser av läkare eller tandläkare som satt in behandling och åtgärder.

Nationell bedömning av ohälsa i munnen i kommunal omsorg 2016

Munkedal: Åtgärd av vårdpersonal	48 procent
Riket: Åtgärd av vårdpersonal	38 procent

Munkedal: Åtgärd av läkare/tandläkare	15 procent
Riket: Åtgärd av läkare/tandläkare	13 procent

Ytterligare 22 procent bedöms ha risk för ohälsa i munnen, men en ROAG-bedömning har inte varit möjligt att göra.

Trycksår

Antal personer som haft trycksår under vald tidsperiod		
Enhet	Kategori	Antal
Munkedals kommun	Totalt	12
	Kategori 1	4
	Kategori 2	3
	Kategori 3	1
	Kategori 4	4

Om ett trycksår ändrat kategori under urvalsperioden räknas det med högsta kategori i tabellen

Analys: Det är 12 personer med trycksår.

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benuskott, och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget och trycksåret orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada samt/eller av skada i muskelceller där ben möter muskelvävnad. Trycksår kan uppstå på alla delar av kroppen och det är inte ovanligt att en person har mer än ett trycksår.

Det finns 4 grader av trycksår.

Nationell mätning av trycksår i kommunal omsorg v 11 2016	
Munkedal	<1 procent
Riket	7,8 procent

Analys av förebyggande arbete

Varje riskbedömning där det finns en risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa genererar en eller flera åtgärder där det finns en risk. När åtgärd sätts in ska uppföljning ske inom 1 månad och andra uppföljningen efter 3 månader. Den stora utmaningen på en enhet är att all personal ska arbeta efter vård- och eller rehabplan och att insatta åtgärder följs upp för att se effekter av vidtagna åtgärder.

Förbättringsförslag 2017

- Alla personer som har insatser i hemtjänst och hemsjukvård erbjuds riskbedömning enligt Senior Alert. Målet är att antal riskbedömningar ökar.
- Att 90 procent av de personer som bor på vård- och omsorgsboende har en aktuell riskbedömning.

13.2.1. Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Kvalitetssäkring sker genom ständiga uppföljningar och forskning. BPSD är både ett kvalitetsregister och arbetsverktyg där verksamheten registrerar personbundna uppgifter som diagnos, BPSD-problem, tänkbara orsaker, behandling och resultat. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel.

Registreringar och uppföljning av BPSD

Vård och omsorgsboende	Antal personer registrerade i BPSD-registret			Antal registrerade skattningar = ska vara minst dubbelt mot antal registrerade personer			Vårddata NPI -poäng = vårdtyngd i genomsnitt under året			Antal registrerade skattningar = 2016 ska vara minst x 3 mot antal registrerade personer		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Allégården	12	22		17	34		33	24				
Dinglegården	1	3		1	4		69	28				
Ekebacken	1	2		1	5		22	29				
Sörbygården	7	11		13	23		48	31				
Vässjegården	2	3		3	3		50	63				
Allégården Violen	5	7		8	9		22	16				
Hemtjänst	8	8		15	8		10	16				
Totalt	36	56	47	58	86	94	31	26	26			141

Tabellen visar statistik för respektive enhet. För 2016 visas inte statistik för varje enhet.

Analys av BPSD statistik

Vanligast diagnosen är vasculär demenssjukdom och därefter kommer Alzheimers sjukdom. Det är vanligast att BPSD symtom uppstår under medel till svår grad av demenssjukdom. Detta kan vara en orsak till att en person flyttar till särskilt boende medan andra demenssjuka får beteendemässiga och psykiska symtomen när de flyttat in på boendet.

Vårdtyngden varierar i genomsnitt under åren 2014–2017 mellan 31 poäng, 26 poäng och 26 poäng. (Riket har 20 poäng i snitt). Av de demenssjuka personer som är registrerade har 92 procent en bemötandeplan.

Förbättringsförslag för 2017

- Att slutföra och anta den övergripande handlingsplanen med mätbara mål
- Att förbättra arbetssätt genom att arbeta mera i team.
- Implementera bemötandeplan i den praktiska omvårdnaden
- Uppföljningsrutin bör stärkas upp för att få mätbara resultat. Det innebär att antal uppföljande skattningar ska individanpassas vid BPSD-problematik
- Analysera vårddata inom respektive enhet för att genomföra förbättringsområde

13.1.3. Palliativa registret

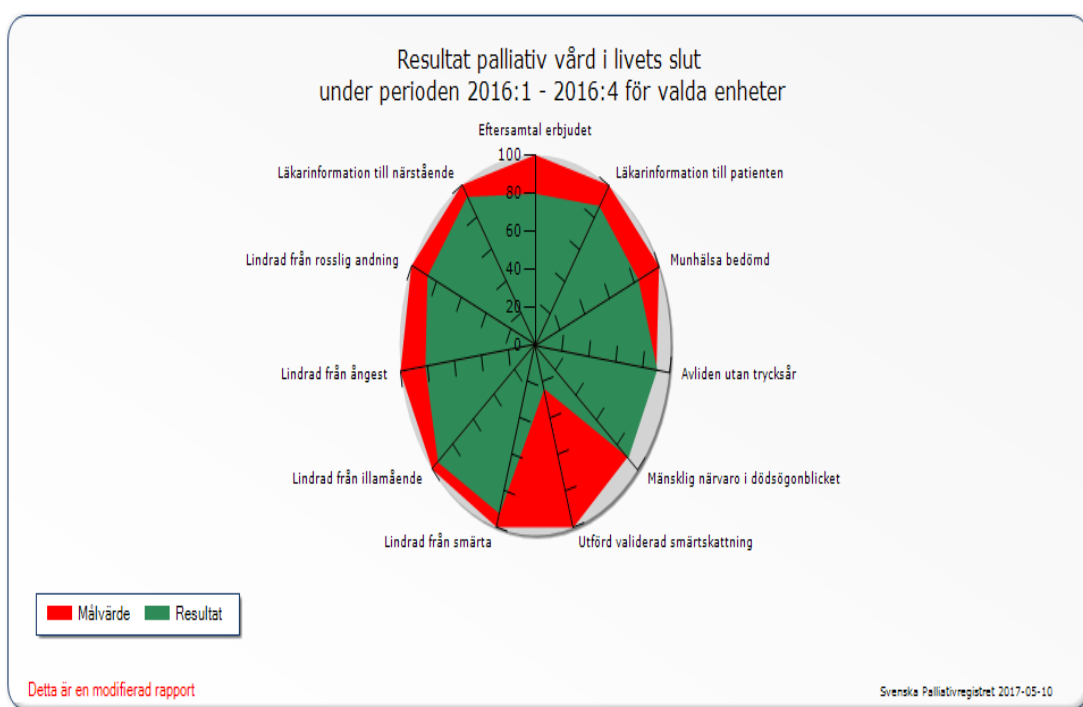
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat 2014	Resultat 2015	Resultat 2016
Eftersamtal erbjudet	100	73,5	71,4	79,6
Läkarinformation till patienten	100	85,7	73,2	87,0
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	42,9	Ej aktuell	
Munhälsa bedömd	100	81,6	73,2	83,3
Avliden utan trycksår	90	93,9	92,9	90,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	93,9	89,3	90,7
Utförd validerad smärtskattning	100	34,7	19,6	24,1
Lindråd från smärta	100	91,8	83,9	92,6
Lindråd från illamående	100	89,8	78,6	94,4
Lindråd från ångest	100	91,8	78,6	81,5
Lindråd från rosslig andning	100	87,8	62,5	87
Läkarinformation till närstående	100	89,8	76,8	92,6
Antal vårdtillfällen i urvalet:		49	56	54

Antal vårdtillfällen i urvalet:

Analys av palliativ vård

För att kunna följa palliativa vården registreras alla medborgare i kommunen som har hemsjukvård och som avlider på sjukhus. Det är 80 procent av de som avlidit som är registrerade i palliativa registret. Det är bra följsamhet registrering i palliativa registret. Enheterna behöver arbeta mer med att uppfylla kvalitet på enheterna. Målvärde och resultat på dokumenterad kvalitet i Munkedal se indikatorer i tabell och figur nedan.



Förbättringsförslag för 2017

- Att öka antal smärtskattningar enligt Abbey Pain Scale
- Att öka resultatet på de kvalitetsindikatorer som inte uppnår målvärdet

13.2. Redovisning av egenkontroll avvikelser

13.2.1. Egenkontroll läkemedelsavvikelser

Avvikelser	2010	2011	2012	2013	2014
Läkemedel	127	282	218	299	364

Avvikelser läkemedel	Särskilda boende Antal boende	2015 Antal avvikelser	Särskilda boende Antal boende	2016 Antal avvikelser
Allégården	33	45	33 < 44	37

Dinglegården	14	9	14>7	10
Ekebacken	33	49	33	68
Sörbygården	28	54	28	36
Vässjegården	21	35	21> 11	32
<i>Kortbo</i>				
Allégården	10	26	10 jan-okt	7
Dinglegården	3	4	10 okt-dec	1
Ekebacken	2	0	2	
Totalt		222		191

Förändring av särskilda boende och korttidsboende mellan 2015–2016.

Vässjegården har minskat med 10 platser.

Allégården ökar antal säboplatser, korttidsavdelning Violen flyttar till Dinglegården.

Dinglegårdens särskilda boendeplatser minskar till hälften men ökar korttidsplatser.

Analys av läkemedelsavvikelser jämfört med 2015

Allégården har minskat läkemedelsavvikelser.

Dinglegården har samma nivå av läkemedelsavvikelse.

Ekebacken har ökat antal läkemedelsavvikelser med drygt 35 procent.

Sörbygården har minskat antal läkemedelsavvikelser med knappt 35 procent

Vässjegården har konstant antal läkemedelsavvikelser i jämförelse med antal platser.

Förklaringen till ökat antal avvikelser på Ekebacken är att under 2016 har arbetsstättet att läsa läkemedelslistor förändrats. Undersköterskor läser på ordinationshandling vilka läkemedel patient ska ha. En patient kan ha flera ordinationshandlingar ex från Närhälsan, ögonklinik, hjärtspecialist, njurmedicin, psykiatri.

Avvikelser	Hemtjänst/HSV antal	Läkemedel	
		2015	2016
Dingle	25	28	66
Hedekas	28	44	38
Hällevadsholm	15	8	12
Munkedal Centrum	33	48	42
Munkedal Stale	24	25	12
Munkedal Ytter	15	19	12
Totalt		172	182

Analys av avvikelser i hemtjänsten:

I Dingle har läkemedelsavvikelse ökat med drygt 50 procent.

I Hällevadsholm har läkemedelsavvikelse ökat.

Övriga område har läkemedelsavvikelser minskat.

Verksamheterna ska ständigt arbeta med förbättringar av avvikelser.

Avvikelser	Gruppboende/ servicebostad LSS antal boende	Läkemedel	
		2015	2016
Allmänna vägen Dingle	6	0	3
Centrum 8	10	3	3
Frejväg 2	6	6	7
Frejväg 4	6	3	4
Totalt		12	17

Avvikelser	Boendestöd/HSV Antal	Läkemedel	
		2015	2016
Boende - stödet	11	2	1
Totalt		2	1

Läkemedelsgenomgångar

En allvarlig konsekvens av läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att ca 10 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar.

Läkemedelsgenomgång genomförs en gång per år. Enkel läkemedelsgång genomförs vid byte av vårdgivare.

Analys av läkemedelsavvikelse

Drygt 95 procent av alla läkemedelsavvikelser beror på att personal glömt att ge läkemedel på avsatt tid. Alla enheter ska analysera och vidta åtgärder för att minska antalet avvikelser som att organisera så patienter får rätt läkemedel på rätt tid. Läkemedelsavvikelser som leder till risk för vårdskada och förhöjd vårdnivå utreds av MAS.

Förbättringsförslag för 2017

- Att läkemedelsavvikelser analyseras på APT
- Att införa digitala signeringslistor

13.2.2 Egenkontroll av avvikelser fall och fallskador

Fall är farligare än vad folk man i allmänhet tror. Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av de som efter ett fall får en höftledsfraktur (95 procent av höftledsfrakturerna orsakas av ett fall) kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20–25 procent. Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. En höftfraktur föregås ofta av flera fall. Kostnaden för vård och omsorg vid en höftfraktur är cirka 300 000 kronor det första året efter operation, varav 2/3 belastar hälso- och sjukvården och resten kommunen.

Avvikelser	2010	2011	2012	2013	2014
Fall och fallskador	426	644	524	651	874

Avvikelser fall	Särskilda boende	2015	Särskilda boende	2016
	Antal boende		Antal boende	
Allégården	33	147	33 <44	195
Dinglegården	14	70	33	76
Ekebacken	33	125	14 >7	97

Sörbygården	28	133	28	102
Vässjegården	21	107	21> 11	118
Korttids				
Alegården violen	10	36	10 jan-okt	24
Dinglegården	3	13	10 okt-dec	5
Ekebacken	2	4	2	1
Totalt		635		618

Avvikelser	Hemtjänsten antal vårdtagare	Fall	
		2015	2016
Dingle	25	44	87
Hedekas	28	52	24
Hällevadsholm	15	39	59
Munkedal Centrum	33	61	70
Munkedal Stale	24	36	16
Munkedal Ytter	15	42	12
Totalt		274	268

Avvikelser	Gruppboende/ servicebostad LSS antal boende	Fall	
		2015	2016
Allmänna vägen Dingle	6	0	0
Centrum 8	10	0	0
Frejväg 2	6	2	1
Frejväg 4	6	2	1
Totalt		4	2

Avvikelser	Boendestöd/HSV Antal	Fall	
		2015	2016
Boende - stödet	11	2	3
Totalt		2	3

Analys av fall

DRFI (Down Fall Risk Index) är det instrumentet som använd vid riskbedömning. Forskning visar att äldre kan träna upp muskelstyrka och balans i hög ålder. Läkemedel, syn- och hörselnedsättningar, muskelsjukdomar och kognitiv svikt är en del av orsaker till fall. Målet för 2016 att minska antal fall har inte uppfyllts varje enhet ska följa upp och analysera orsak till fall och om insatta åtgärder för att minska fall efterlevs. Avvikelser med fall som leder till risk för vårdskada/vårdskada och förhöjd vårdnivå utreds av MAS.

Förbättringsförslag för 2017

- Uppdatera riktlinje för fallprevention
- Arbeta med fallprevention

Källa: Rikshöft

Det är till största delen (80 procent) kvinnor som drabbas av höftfrakturer. Forskning visar att andelen personer med höftfrakturer från vård och omsorgsboende vanligen ligger på 35–40 procent. Något mer än hälften har inga tidigare insatser från kommunen, men att ca 50 procent har tidigare någon fallolycka och 25 procent en höftfraktur sedan tidigare.

13.2.3. Egenkontroll avvikelser Medicin tekniska produkter(MPT)/

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Medicintekniska produkter/hjälpmedel	0	3	3	3	3	3

Förbättringsförslag för 2017

- Kontrollera rengöring och göra en säkerhetsbedömning av medicintekniska produkter (Internkontroll)

13.2.4. Nutrition - nattfasta

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Riskbedömning enligt Mini Nutritional Assessment (MNA) samt att BMI-värdet mäts vid inflyttning och följs regelbundet var 6:te månad. För personer i riskzon för undernäring ska vårdplan upprättas.

I mars och september har det varit mätning av nattfasta

Nattfasta	2014	2016 vår	2016 höst
Antal vårdtagare	132	131	125
Nattfasta mindre än 11 timmar	27	29	30
Nattfasta 11–15 timmar	74	73	72
Nattfasta över 15 timmar	30	29	23

Det är cirka 23 procent av patienterna som har nattfasta under 11 timmar som socialstyrelsen rekommenderar. Omkring 75 procent av patienterna har nattfasta längre än 11 timmar

Förbättringsförslag 2017

- Mäta nattfastan mars (Internkontroll)
- Utse arbetsgrupp som arbetar med att hitta rutiner för att minska nattfastan till Socialstyrelsens rekommendation 10 - 11 timmar
- Upprätta rutin förebyggande av och behandling vid undernäring SOSFS 2014:10

13.3. Egenkontroll basala hygienrutiner och klädregler

PPM = nationell punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler

Egen mätning = hygienombuden har genomfört observationer på vårdpersonal inom boende och hemtjänst, LSS, personlig assistans och socialpsykiatri.

Mätning	Resultat 2010 PPM	Resultat 2012 PPM	Resultat 2013 PPM	Resultat 2014 Egen mätning	Resultat 2015 Egen mätning	Resultat 2016 Egen mätning
Antal observationer (personer)	153 personer	123 personer	62 personer	125 personer	125 personer	241 personer
Basala hygienrutiner vid vård- och omsorgsarbete:	procent	procent	procent	procent	procent	procent
Andel korrekt desinfektion av händerna före patientnära arbete	55	54	52	Ingen mätning	77	86
Andel korrekt observation av händerna efter patientnära arbete	97	95	92	Ingen mätning	89	98
Andel korrekt användning av handskar	85	90	87	Ingen mätning	97	95
Andel korrekt användning av förkläde	65	55	79	Ingen mätning	71	71
Klädregler vid vård- och omsorgsarbete:						
Andel fri från ringar, klockor och armband	87	90	94	73	98	97
Andel kort eller uppsatt hår	95	96	98	84	98	98
Andel korrekt arbetsdräkt	86	93	89	66	97	98

Analys av följsamhet till hygienrutiner

Västra Götalandsregionen har ansvar att förhindra smittspridning samt att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas. Vårdhygienisk expertis bistår kommuner med utbildning och riktlinjer.

Följsamheten till att använda sprit före omvårdnadsarbete behöver verksamheterna arbeta med målet är 100 procent.

Mål att använda skyddsförkläde är 100 procent, verksamheterna har följsamhet till 70 procent.

Personer som har eksem ska inte arbeta med vård och omsorgsarbete.

Det föreligger risk för att smitta andra och att själv bli smittad av bakterier. Personal ska inte arbeta med ortos i patientnära arbete.

Förbättringsförslag 2017

- Att informera och uppdatera all personal som arbetar med vård och omsorg om basala hygienrutiner en gång per år
- Att öka följsamheten av att sprita händer före omvårdnadsarbete och att använda skyddsförkläde vid vård- och omsorgsarbete.
- Personal som har eksem på händer och underarmar ska inte arbeta med omvårdnadsarbete.
- Personal ska inte använda ortos i omvårdnadsarbete.

14. Övergripande mål och strategier från föregående år

Måluppfyllelse 2016

Palliativa registret – målet uppfylldes

Hemsjukvården registrerar i palliativa målvärdet 80 procent är registrerade i palliativa registret. Nationellt mål är 70 procent.

Senior alert – målet uppfylldes delvis

På särskilda boende hade 80 procent en aktuell riskbedömning och 15 procent i hemtjänsten. Nationellt mål 90 procent på särskilt boende.

BPSD – målet uppfylldes delvis

På särskilda boende för demenssjuka ska alla patienter ha en BPSD bedömning vid inflyttning på boendet, det målet har inte uppnåtts. 47 av 86 personer har fullständig uppföljning av grundregistrering. 92 procent av

Avvikelser – mål att minska fall och läkemedelsavvikelser

Fall och fallskador - målet uppfylldes inte

Målet var att minska fall och fallskador har inte uppfyllts. Fall och fallskador har ökat med 5 procent.

Läkemedelsavvikelser – målet uppfylldes inte

Målet att minska läkemedels avvikelser har inte uppfyllts. Läkemedelsavvikelser har ökat med 9 procent.

Nattfasta – ingen mätning av nattfasta har genomförts

Medicintekniska produkter – mätning av rengöring och säkerhetskontroll startade under hösten 2016.

Basala hygienrutiner och korrekt klädsel

- målet för handhygien är delvis uppfyllt.
 - målet för korrekt klädsel är uppfyllt
- Målet att ha en korrekt handhygien uppfylldes till mellan 77 till 97 procent. Användning av skyddsförkläde är 71 procent. Klädregler, fri från smycke, uppsatt hår har 98 procent följksamhet.

15. Övergripande mål och strategier för kommande år

Palliativa registret

Registrera 70 procent i palliativa registret
Öka resultatet på de indikatorer som inte uppfyller målvärdet
Abbey Pain Scale öka antal smärtskattningar

Senior alert

90 procent på särskilt boende ska ha en aktuell riskbedömning för fall, undernäring trycksår och ROAG
Öka antalet riskbedömningar i hemtjänsten

BPSD

Att alla som flyttar in på gruppboende och som har en demensdiagnos ska ha en BPSD bedömning efter två månader

Avvikelser

Fall och fallskador

Minska antalet fall

Läkemedelsavvikelser

Minska antal läkemedelsavvikelse

Nattfasta

Målet är att ingen patient ska ha nattfasta längre än 11 timmar på särskilt boende

Medicintekniska produkter

Kontroll av medicintekniska rengöring och säkerhetskontroller ska genomföras en gång per månad.

Basala hygienrutiner och korrekt klädsel

Målet att öka följsamheten till basala hygienrutiner och behålla målet för klädregler

Dokumentation

Öka egenkontroll av dokumentation legitimerad personal