



Sektor Omsorg

# Patientsäkerhetsberättelse för Götene Kommun

2017

Götene 2018

Ansvarig för innehållet

---

**Angela Olausson**  
**Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska /**  
**Verksamhetschef Hälso- och sjukvård**



## Innehåll

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Patientsäkerhetsberättelse .....                                                                                  | 1  |
| för Götene Kommun.....                                                                                            | 1  |
| Sammanfattning.....                                                                                               | 5  |
| 1. Allmänt .....                                                                                                  | 6  |
| 2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....                                                                       | 6  |
| 2.1 Vårdgivaren .....                                                                                             | 6  |
| 2.2 Verksamhetschef hälso- och sjukvård.....                                                                      | 6  |
| 2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.....                                                                   | 6  |
| 2.4 Enhetschef.....                                                                                               | 6  |
| 2.5 Hälso- och sjukvårdspersonal.....                                                                             | 6  |
| 3. Övergripande mål och strategier .....                                                                          | 7  |
| 4. Samverkan för att förebygga vårdskador .....                                                                   | 7  |
| 4.1 Samverkansavtal.....                                                                                          | 7  |
| 4.2 Samverkan avseende personer med riskbruk, missbruk, beroendeproblematik och<br>samsjuklighet.....             | 7  |
| 4.3 Samordnad vård och omsorgsplanering – SVPL.....                                                               | 8  |
| 4.4 Arbetsgrupp avvikelser i vårdssamverkan .....                                                                 | 8  |
| 4.5 SIP, Samordnad Individuell Plan.....                                                                          | 9  |
| 4.6 Läkarmedverkan .....                                                                                          | 9  |
| 4.7 Närvården västra Skaraborg.....                                                                               | 9  |
| 4.8 Samverkan med patienter och närstående .....                                                                  | 10 |
| Socialstyrelsens brukarundersökning.....                                                                          | 10 |
| 4.9 Vårdhygien och smittskydd .....                                                                               | 11 |
| 4.10 Samverkan med medborgare .....                                                                               | 11 |
| 4.11 Patientnämnd .....                                                                                           | 11 |
| 5. Struktur för uppföljning och utvärdering .....                                                                 | 11 |
| 6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad<br>patientsäkerhet ..... | 12 |
| 6.1 Arbete med nationella kvalitetsregister .....                                                                 | 12 |
| 6.2 Den vårdpreventiva processen (Senior Alert) .....                                                             | 12 |
| 6.3 Intyg om Nödvändig Tandvård .....                                                                             | 14 |
| 6.4 Svenska palliativregistret.....                                                                               | 15 |
| 6.5 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) .....                       | 16 |

|      |                                                                                            |    |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 7    | Uppföljningar genom egenkontroll .....                                                     | 16 |
| 7.1  | Avvikelsehantering .....                                                                   | 17 |
| 7.2  | Tillsyn av Egenvårdsbeslut på LSS "korttids" .....                                         | 17 |
| 7.3  | Läkemedelsgenomgång .....                                                                  | 18 |
| 7.4  | Influensa .....                                                                            | 19 |
| 7.5  | Vårdplan .....                                                                             | 19 |
| 7.6  | Inrapportering av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) åtgärder till socialstyrelsen ..... | 20 |
| 7.8  | NPÖ, Nationell patientöversikt .....                                                       | 20 |
| 7.9  | Fallförebyggande arbete, fall och fallolyckor .....                                        | 20 |
|      | Registrering av fallolyckor .....                                                          | 20 |
| 8    | Hantering av Klagomål och synpunkter .....                                                 | 21 |
| 9    | Delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder .....                                           | 21 |
| 10   | Undvikbar slutenvård .....                                                                 | 21 |
| 11   | Medicintekniska produkter .....                                                            | 22 |
| 11.1 | Medicinskteknisk avvikelse .....                                                           | 22 |
| 12   | Rehabilitering .....                                                                       | 22 |
| 12,1 | Fysioterapeut/sjukgymnastens, FT/SG insatser .....                                         | 23 |
| 12,2 | Arbetsterapeutens, AT insatser .....                                                       | 23 |
| 12,3 | Kompetens .....                                                                            | 23 |
| 13   | Vård och omsorg om personer med demenssjukdom .....                                        | 23 |
| 13,1 | Kompetens .....                                                                            | 23 |
| 14   | Informationssäkerhet .....                                                                 | 24 |
| 15   | eHälsa .....                                                                               | 24 |
| 14.1 | eHälsa 2017 .....                                                                          | 24 |
| 16   | Framtid .....                                                                              | 25 |
| 14   | Förslag till förbättringar .....                                                           | 25 |

## Sammanfattning

Informationssäkerhet är en nyhet i redovisningen av patientsäkerhetsarbetet, och har fått ett eget avsnitt tillsammans med eHälsa, på sidan 24. I verksamheten är det dock inga nyheter utan ett väl utvecklat arbete. Allt arbete vi gör genomsyras av informationssäkerhet, så som

- **Behörighetstilldelning** - att på ett säkert sätt ge behörigheter till de system man behöver i sin profession, när man behöver det
- **Säker inlogg** – tvåfaktorsinlogg, SITHSkorts inlogg vid känslig information
- **Logg granskningar** – granska personalens användande av systemen
- **Dokumentation och överföring av information** – att det görs enligt säkra rutiner både inom vår verksamhet och externt.
- **Register inventering** – inventerat register där persondata förekommer

Att vi använder dokumentation och journal som redskap för att göra rätt

Patientsäkerhetsberättelsen för 2017 visar att vård och omsorg även i år har gjort ett gott arbete med att förbättra kvalitén för ”de mest sjuka äldre”, att riskbedömningar enligt Senior Alerts arbetssätt nu är en ordinarie uppgift och att vårdplaner finns på övertagna hälso- och sjukvårdsåtgärder i mycket hög grad vilket har varit ett mål vi arbetat efter. Vi uppnår en mycket hög täckning av medicinska vårdplaner även i 2017 års mätning av mål och mått.

2015 lämnade Göran Stiernstedt över sitt betänkande **Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården**, till regeringen. Det betänkandet ligger till grund för ett helt nytt sätt att nyttja hälso- och sjukvårdsresurserna i Sverige och en översyn av betalningsansvarslagen inleddes.

1 januari 2018 trädde **Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård** in. Lagen syftar till att personer som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna den slutna vården. Flera nya författningar har också kommit som stöder den nya lagen. Detta har varit ett stort arbete på många olika nivåer i verksamheten under 2017 och kommer så att vara under några år framöver.

Ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal började gälla 1 april 2017, information kring innehåll och omfattning har kommunicerats i verksamheten.

Egenvård har under 2017 varit ett område för mer ingående arbete, både som egenkontroller men även som information och utbildning. Alla enhetschefer och legitimerad personal har under 2017 fått utbildning/information kring egenvårdsförfattningen och den gemensamma överenskommelse som finns i Västra Götaland. Översyn kring vart egenvårdsbesluten kommer in i olika processer har påbörjats och finns med i 2018 års internkontrollplan.

Vi har många utvecklingsområden, där vi kan bli bättre och det är viktigt att vi tänker långsiktigt och hållbart.

## **1. Allmänt**

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerhetsarbetet, och
3. Vilka resultat som uppnåtts.

## **2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

### **2.1 Vårdgivaren**

Socialnämnden är vårdgivare och ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

### **2.2 Verksamhetschef hälso- och sjukvård**

Verksamhetschef ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### **2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera, följa upp och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser, lagar och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Om ingen specifik person har uppdraget som medicinskt ansvarig för rehabilitering, ingår även detta ansvarsområde för den medicinskt ansvariga sjuksköterskan.

### **2.4 Enhetschef**

Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som medicinskt ansvarig sjuksköterska/verksamhetschef för HSL fastställt är kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som behövs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### **2.5 Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att fortlöpande arbeta med systematiskt förbättringsarbete utifrån verksamhetens ledningssystem.

### **3. Övergripande mål och strategier**

Varje individ som omfattas av vård och omsorg ska känna att den ges en trygg och säker vård och omsorg. Liksom att varje medarbetare inom verksamheten kan utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård upprätthålls. Genom att alla i verksamheten är delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kan förbättringsområden identifieras, analyseras och leda till förbättrande åtgärder i verksamheten.

Verksamheten har bedrivits utifrån god vård enligt ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) och enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

#### **Vår värdegrund är:**

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. 3 kap. 1§ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

### **4. Samverkan för att förebygga vårdskador**

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

#### **4.1 Samverkansavtal**

- Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2021.
- Arbetsterapeuters och sjukgymnaster/fysioterapeuters ansvar på primärvård/kommun - respektive specialistnivå inom öppenvård
- Hjälpmedel
- Kommunalt akutläkemedelsförråd (KAF)
- Rutiner för tillämpning av SOSFS 2008:20, samordning av insatser för habilitering och rehabilitering i Västra Götaland
- Samarbete för personer med psykisk funktionsnedsättning
- SIP-Samordnad Individuell plan
- Samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik (Västbus)
- Samverkansrutin för tillämpning av SOSFS 2009:6 - Egenvård
- Förteckning över sårläkningsartiklar och kompressionsförband i Västra Götaland 2017
- Överenskommelse\_utskrivningsklara\_patienter\_2007.pdf
- Uppsökande verksamhet för tandvårdspersonal
- Samordnad vårdplanering-SVPL
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Närhälsans vårdcentral
- Avseende personer med psykisk funktionsnedsättning, riskbruk, missbruk, beroendeproblematik och samsjuklighet.

#### **4.2 Samverkan avseende personer med riskbruk, missbruk, beroendeproblematik och samsjuklighet**

I Götene har vi haft ett samverkansavtal mellan Götene kommun och Västra Götalandsregionen avseende **personer med riskbruk, missbruk, beroendeproblematik och samsjuklighet** sedan 2010, under 2015 utökades den med att även innefatta personer med **psykisk funktionsnedsättning**. Styrgrupp och arbetsgrupper samverkar kring verkställigheten av avtalet. SIP, samordnad individuell plan för varje enskild individ är ett mål och syftet är att på ett bättre sätt samordna de insatser som erbjuds den enskilde.

### 4.3 Samordnad vård och omsorgsplanering – SVPL

Vid samordnad vård och omsorgsplanering överförs ansvaret för vården från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhus. I Västra Götaland finns gemensamt upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången. Ett gemensamt IT-stöd (SAMSA) finns för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare. Under 2017 har arbete påbörjats inför utmaningen av den nya lagen om samverkan vid utskrivning, 2017:612, som gäller från 1 januari 2018. Den ersätter betalningsansvarslagen 1990:1404 och kommer vara 2018 största utmaning både i verksamhet och i vårdssamverkan.

Som ett led i kvalitetssäkringen skickas en avvikelserapport vid de tillfällen då riktlinjen inte följs.

| Avvikelse       | 2017 | 2016 | 2015 |
|-----------------|------|------|------|
| Till SkaS       | 20   | 39   | 18   |
| Från SkaS       | 1    | 2    | 1    |
| Till Primärvård | 1    | 1    | 1    |
| Från Primärvård | 0    | 0    | 0    |
| Till Övriga     | 0    | 0    | 0    |
| Från Övriga     | 0    | 0    | 0    |

*Exempel på övrigt: annat sjukhus i regionen, sociala jouren med mera.*

Vi hade en stor ökning av skickade avvikelser till SkaS, Skaraborgs Sjukhus under 2016. Vilket till stor del berodde på det ökade fokus på den samlade vårdplaneringsprocessen i samband med bytet av den gemensamma IT-stödet som genomfördes i december 2016. *”hemskickad utan vårdplanering”* och *”felaktigt användande av samordnad vårdplanerings struktur”*, är fortfarande de vanligaste anledningarna till att skicka avvikelse.

### 4.4 Arbetsgrupp avvikelser i vårdssamverkan

Genom en utökad samverkan mellan Primärvården Västra Götalandsregionen, Skaraborgs Kommunalförbund och Skaraborgs Sjukhus har *”arbetsgruppen avvikelser”* fått i uppdrag att stärka patientsäkerhetsarbetet inom *”gamla”* Skaraborg.

Arbetsuppgifter:

- Skapa rutiner för avvikelshantering gällande överföringar av avvikelser mellan förvaltningarna
- Hitta mönster i registrerade avvikelser
- Initiera och föreslå förbättringsarbete utifrån de mönster som hittas
- Samarbeta kring händelse- och riskanalyser
- Aktivt sprida kunskap till varandra när det gäller patientsäkerhetsarbete

Ärenden av principiell natur och identifierade förbättringsområden ska lyftas till *”Patientsäkerhetsgruppen”* i vårdssamverkan, för vidarebefordran till förvaltningarnas linjeorganisation. Gruppen med representanter från de tre förvaltningarna träffas ca fyra gånger per år.

#### Förbättringsförslag 2018

- Fortsätta identifiera avvikelser kring samordnad vårdplanering
- Delta i de samverkansträffar som anordnas i Skaraborg för att kvalitetssäkra samordnad vårdplanering

## 4.5 SIP, Samordnad Individuell Plan

Dagens specialisering inom vård och omsorg och mångfalden av utförare ställer höga krav på professionerna kring effektiv samordning. För den enskilde kan det vara ottydligt vad olika verksamheter gör eller planerar att göra. En SIP gör att enskilda personer och deras närstående blir delaktiga i planeringen av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Planen gör det tydligt vad olika verksamheter ansvarar för och vilka kontaktpersoner som finns.

I den nya lagen om samverkan vid utskrivning, 2017:612, har SIP en central roll och arbete har påbörjats under 2017 för att finna samverkansformer kring hur SIP ska genomföras framöver.

## 4.6 Läkarmedverkan

Västra Götalandsregionen har ansvar för läkarinsatser i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde vilket regleras i Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland och kommunerna i Västra Götaland. Samverkansavtal att säkerställa läkarmedverkan inom kommunens verksamheter och Närhälsans vårdcentral i Götene har under året uppdaterats och skrivits nytt.

### Förbättringsförslag 2018

- Att säkerställa processen kring SIP i samverkan med Västra Götaland
- Att följa upp och anpassa samverkansavtalen om läkarmedverkan utifrån patienternas behov

## 4.7 Närvården västra Skaraborg

Närvården västra Skaraborg arbetar bland annat med att bredda vårdsamverkan kring patienten och skapa gemensamma plattformar och arenor för samverkan. I Götene har vi ett etablerat samarbete med de två teamen **Närsjukvårdsteamet**, som riktar sig till de svårast sjuka äldre och **Palliativteamet** som riktar sig till palliativ vård i hemmet.

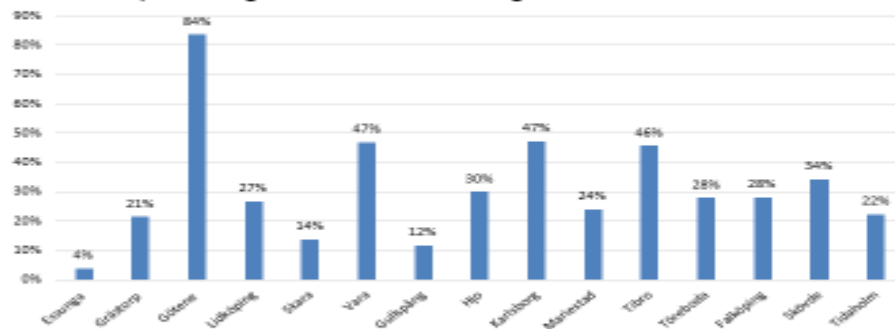
Arbetsgrupp samverkan geriatrik Skaraborg, har tagit fram ett antal mål och mått för en fungerande vårdkedja till våra mest sjuka äldre, här kan vi följa mått som andelen patienter med en medicinsk vårdplan, andelen patienter som har en aktuell läkemedelslista med sig till kommunen efter utskrivning från sjukhus. Mätningarna görs av sjuksköterskor under två veckor, eller ett specifikt datum, från 2016 endast en gång per år. Från 2016 års mätning har två parametrar tagits bort och ny har tillkommit.

|                                                                                           | HT - 17 | HT - 16 | HT-15 | VT -15 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-------|--------|
| Antal personer på enheten, området som omfattas av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser | 324     | 340     | 263   | 275    |
| Antal av dessa som har en behandlingsansvarig läkare.                                     |         |         | 255   | 271    |
| Antal av dessa som har en medicinsk vårdplan.                                             | 271     | 330     | 188   | 235    |
| Antal patienter som skrivits ut från sjukhus under aktuell period                         | 5       | 8       | 8     | 9      |
| Antal av dessa som har en epikris/ slutanteckning innevarande dag                         |         |         | 6     | 8      |
| Antal av dessa som har en aktuell läkemedelslista innevarande dag                         | 5       | 8       | 7     | 7      |
| Antal felaktiga eller ofullständiga läkemedelslistor. (ny parameter 2016)                 | 3       | 1       |       |        |

Källa: Mål och Mått

## Fokusområde: SIP- samordnad individuell plan

Andel medicinsk vårdplan Nuläge kommuner Skaraborg



Källa: Mål och mått. Punktmätning utförd av sjuksköterskor i Kommunerna 16/10 2017



Vårdsamverkan  
Skaraborg

Götene har haft ett långsiktigt arbete kring medicinska vårdplaner och arbetat i många år tillsammans med Närhälsan efter liknande koncept som nu bredd införs i Skaraborg.

### 4.8 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- medverka vid samordnad vårdplanering
- medverka vid upprättande av vårdplaner
- bli informerade när nationella studier genomförs
- bli informerade och delta vid utredning av vårdskada
- bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

### Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen har gjort en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvalitén på äldreboende. Bland annat ställdes frågan:

*”Hur lätt eller svårt är det att få träffa en sjuksköterska vid behov?”*

| Särskilt boende                                | 2015 | 2016 | 2017 | Trend |
|------------------------------------------------|------|------|------|-------|
| Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov | 92   | 87   | 80   |       |

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning

Procent

Trenden är nedåtgående vilket är något för oss i verksamheten att se över.

## 4.9 Vårdhygien och smittskydd

Vårdhygien Skaraborgs Sjukhus Skövde har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens till Skaraborgs Sjukhus, primärvård samt den kommunala hälso- och sjukvård. Vårdhygien kontaktas också när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheten som gör att vi behöver extra stöd, när det handlar om smittskyddsåtgärder som åligger Hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen vänder vi oss till Smittskyddsenheten som har det ansvarsområdet. Vårdhygien bjöds in under våren och hade utbildning för hygienombuden i verksamheterna.

### 4.10 Samverkan med medborgare

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningsätt genom att

- ha en tillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer etc.
- skicka/lämna information i förekommande fall via äldrecentrum, träffpunkter mm

Kommunen har en samordnat hjälpmedelsåterlämningen vid handikappomsorgens lokaler, Östra Torsgatan, för de hjälpmedel som är förskrivna av kommunens legitimerade personal.

### 4.11 Patientnämnd

Patienters och närståendes synpunkter kan inkomma till Sektor Omsorg via patientnämnden. Under 2017 har en synpunkt kommit till oss via patientnämnden.

## 5. Struktur för uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

- Uppföljning av mål enligt ledningssystemet
- Uppföljningar enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- Brukarundersökningar
- Öppna jämförelser
- Nationella studier
- Studier på Skaraborgsnivå
- Egenkontroller

Utifrån de nationella mål som finns för sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre, har Skaraborgs kommuner kommit överens om att införa mål och mått i den geriatriska processen för undvikbar slutenvård och återinläggning inom 30 dagar liksom att registrera i kvalitetsregister och att arbeta för en god läkemedelsbehandling.

I kommunen ska vi följa upp ett antal mål och redovisa resultatet till Skaraborgs kommunalförbund. Resultatet ska sedan ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet.

En gång om året genomförs en intern kvalitetsgranskning i alla verksamheter inom vård och omsorg av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/Verksamhetschef för Hälso- och sjukvård (HSL). 2017 analyserade stabens ledningsgrupp (Socialchef, ÄO/FHO chef, kommunutvecklare, MAS, SAS) verksamheternas svar tillsammans med verksamheternas kvalitetsredovisningar, patientsäkerhetsberättelsen och gav förslag på förbättringsområden och prioriterade områden.

Vårdskador mäts kontinuerligt med hjälp av journalgranskning genom stickprovskontroller och uppkomna avvikelser.

Under 2017 har hälso- och sjukvårdspersonal genomfört punktprevalensmätning inom Senior alerts regi i särskilda boenden, demensboenden och korttidsboenden. Det är en punktprevalens (PPM) kring trycksår och fall.

Ett förbättringsförslag 2016 var att ta fram en strukturerad riskanalys modell, några modeller har prövats under 2016 och 2017, men ingen modell har fastställts, arbetet fortsätter 2018.

## **6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

### **6.1 Arbete med nationella kvalitetsregister**

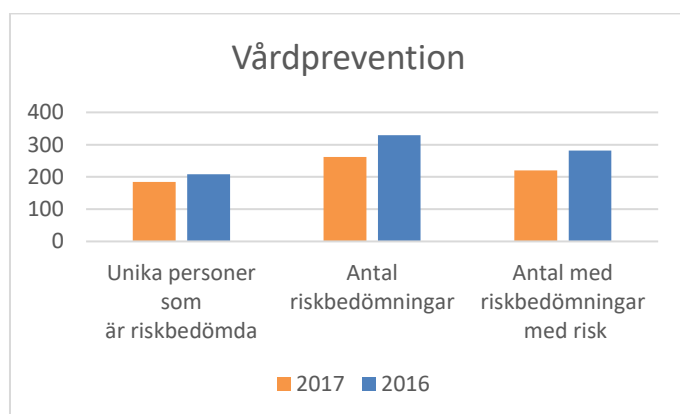
Under året har verksamheten arbetat med riskanalyser i nationella kvalitetsregister såsom Senior alert, palliativa registret och BPSD, Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

### **6.2 Den vårdpreventiva processen (Senior Alert)**

Resultatet av den vårdpreventiva processen hämtas från kvalitetsregistret Senior Alert och redovisas här kommun övergripande. Kvalitetsregistret har genomgått en omfattande uppdatering det senaste året och resultaten presenteras på ett mycket tydligare sätt och man kan få en bra sammanfattning på individnivå där eventuella risker samt överenskomma åtgärder presenterats.

I resultatet kan vi se att följsamheten i den vårdpreventiva processen har ökat från 2016 till 2017 vilket är positivt men långt ifrån alla som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården infattas av det förebyggande arbetssättet att kartlägga risker och förebygga ohälsa.

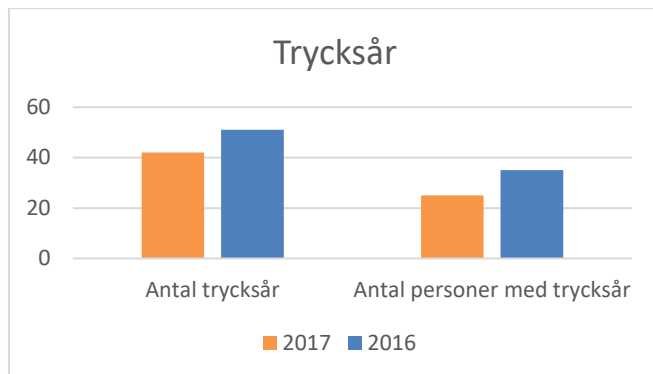
År 2017 riskbedömdes 184 personer vilket motsvara ca 60% av de personer som var inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. På dessa 184 personer genomfördes 262 riskbedömningar varav 220 visade förekomst av risk.



|                                   | 2017 | 2016 |
|-----------------------------------|------|------|
| Unika personer som är riskbedömda | 184  | 208  |
| Antal riskbedömningar             | 262  | 329  |
| Antal riskbedömningar med risk    | 220  | 282  |

## Trycksår

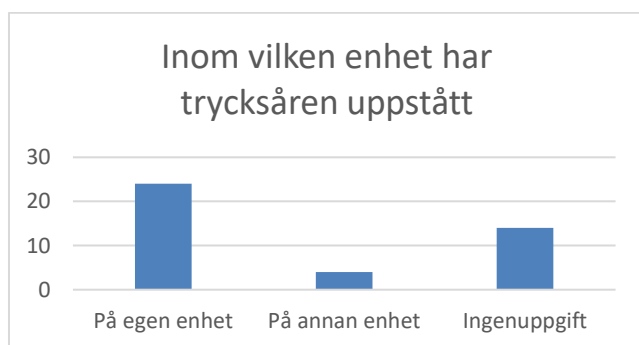
Inom detta område kan vi konstatera att antal personer med trycksår har minskat och där till har även antal trycksår minskat vilket vi ser som en positiv utveckling.



|                             | 2017 | 2016 |
|-----------------------------|------|------|
| Antal trycksår              | 42   | 51   |
| Antal personer med trycksår | 25   | 35   |

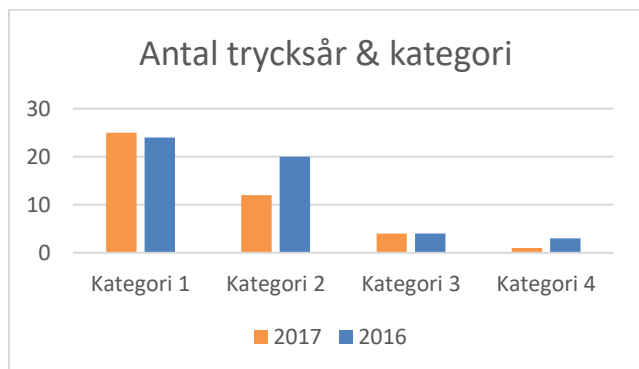
Från 2017 kommer vi nu även kunna följa var trycksåren uppstår och utav de 42 trycksår som fanns i verksamheten så uppkom 24 st i vår egen verksamhet.

Genom de resultat som registreringarna ger bör varje verksamhet på enhetsnivå inom organisationen arbeta med resultaten för dels att lyfta fram vad vi gör bra men även analysera vad vi behöver bli bättre på. Resultatet visar att enheterna arbetar olika med det vårdpreventiva arbetet och här till behöver teamsamverkan mellan professionerna bli bättre.



| Trycksår uppstod | 2017 | 2016 |
|------------------|------|------|
| På egen enhet    | 24   |      |
| På annan enhet   | 4    |      |
| Ingenuppgift     | 14   |      |

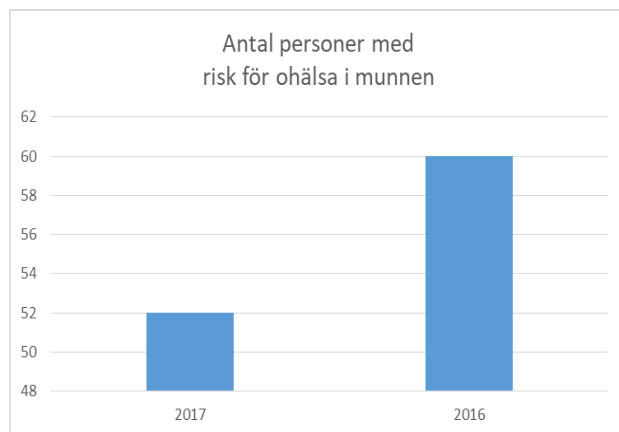
Trycksår i kategori 2 har minskat från 2016 till 2017



| Antal <b>trycksår</b> per placering & kategori över tidsperioden | 2017 | 2016 |
|------------------------------------------------------------------|------|------|
| Kategori 1                                                       | 25   | 24   |
| Kategori 2                                                       | 12   | 20   |
| Kategori 3                                                       | 4    | 4    |
| Kategori 4                                                       | 1    | 3    |
| Totalt antal trycksår                                            | 42   | 51   |

## Munhälsa

Under året har vi genomfört 246 bedömningar av munhälsa och resultatet visar att 52 personer har risk för ohälsa i munnen vilket motsvarar 29%, detta är dock en siffra som minskat jämfört med föregående år vilket vi ser som en positiv utveckling. Men att beakta är att bara 60% av våra patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården som innefattas av förebyggande arbete.



|                                             | 2017 | 2016 |
|---------------------------------------------|------|------|
| Antal personer med risk för ohälsa i munnen | 52   | 60   |

### Förbättringsförslag 2018

- Att teamsamverkan mellan professionerna ska bli bättre
- Att öka andelen riskbedömda patienter

## 6.3 Intyg om Nödvändig Tandvård

Den som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till intyg om nödvändig tandvård enligt Västra Götalandsregionens Särskilda tandvårdsstöd. Det innebär att man betalar samma patientavgifter som i hälso- och sjukvården – och får samma högkostnadsskydd och frikort. När man har betalat sammanlagt 1 100 kronor är både tandvården och sjukvården fri så länge frikortet gäller.

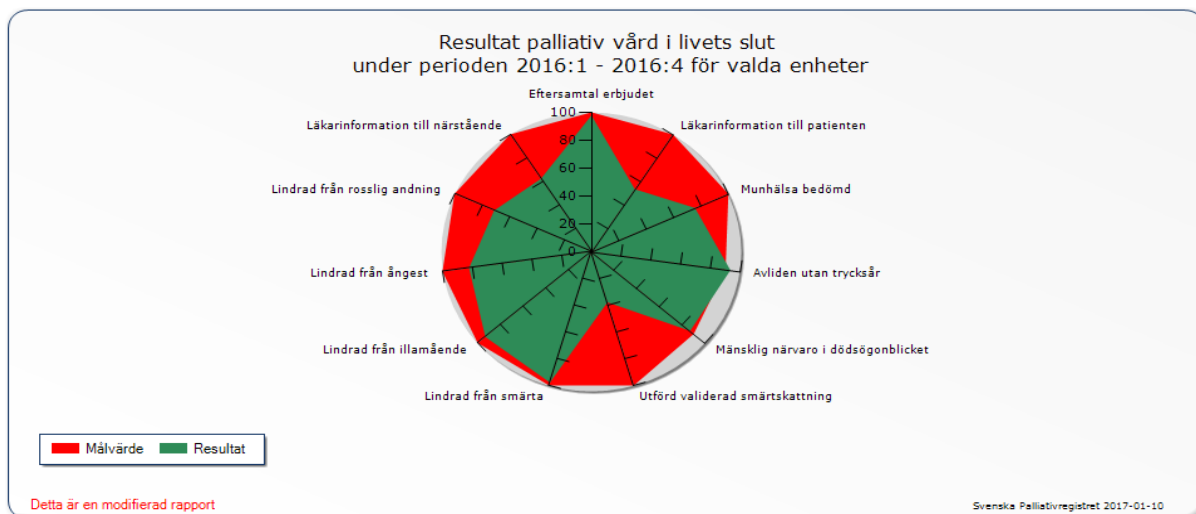
**Personer som har omfattande hjälp från kommunen** kan vända dig till en intygsutfärdare i kommunen. Det kan vara en biståndsbedömare, sjuksköterska, LSS-handläggare som utfärdar intyg.

| År                                               | 2017 | 2016 | 2015 |
|--------------------------------------------------|------|------|------|
| Antal Intyg                                      | 196  | 232  | 244  |
| Tackat ja till gratis munhälsobedömning i hemmet | 106  | 132  | 137  |
| Utförda munhälsobedömningar av VG regionen       | 101  | 105  | 107  |
|                                                  |      |      |      |

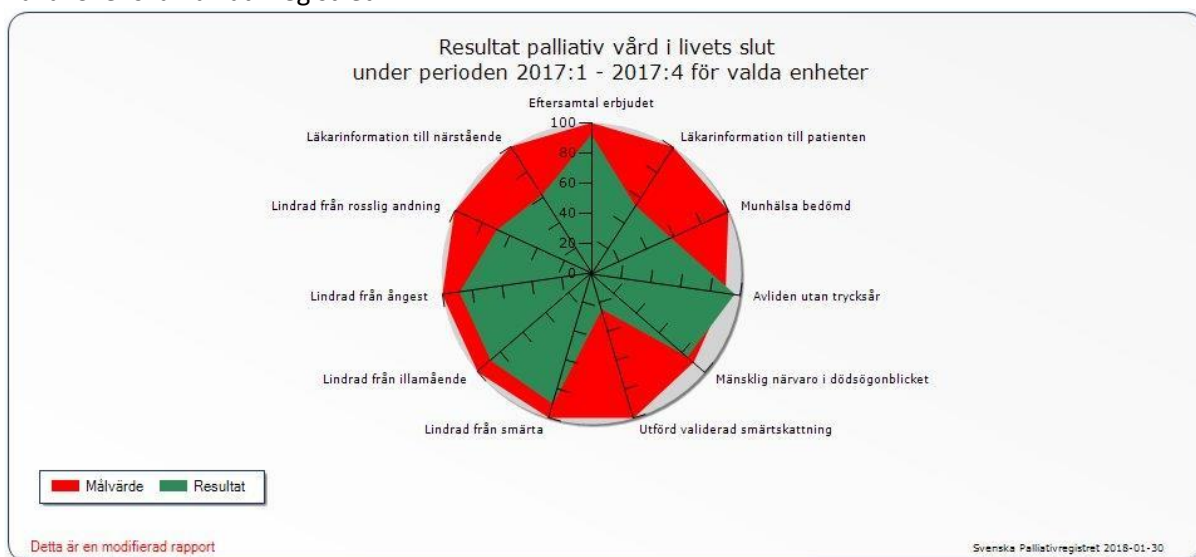
Källa: Tandvårdsenheten, Hälso-och sjukvårdsavdelningens årsredovisning för 2017

## 6.4 Svenska palliativregistret

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



Källa: Svenska Palliativregistret



Källa: Svenska Palliativregistret

Vid jämförelser mellan 2016 och 2017 års resultat av vård i livets slutskede, kan vi konstatera att resultaten är väldigt likvärdiga, vi har inte blivit bättre på validerad smärtskattning, vilket vi talar mycket om i verksamheten och vi kan se i journalgranskningar att vi använder oss av i andra sammanhang, men inte inom den palliativa vården, ett klart förbättringsområde. Vi är fortsatt bra inom områdena lindrad från smärta, lindrad från ångest, lindrad från illamående, mänsklig närvaro vid dödsögonblicket, avliden utan trycksår och erbjudande om efterlevandesamtal.

### Förbättringsförslag 2018

- Att patientansvarig sjuksköterska initierar Brytpunktsamtal med patient/närstående och läkare
- Att symtomskattning genomförs, enligt VAS ,visuell-analog-skala eller Abbey pain scale

## 6.5 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete. **BPSD** – ”Beteende och Psykiska Symtom vid Demens” innebär att personen med demens har beteenden som vandring, oro, ropar, aggressivitet osv. de flesta personer med en demenssjukdom drabbas någon gång av dessa beteenden, den utlösande faktorn finns oftast i den demenssjukes omgivning. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel.

Antal registreringar

| 2017  | 2016  | 2015  | 2014  |
|-------|-------|-------|-------|
| 12 st | 34 st | 27 st | 75 st |

Källa: BPSD registret Utdataportal

2014 startade vi ett BPSD-team, bestående av demensutbildade omvårdnads personal och sjuksköterskor som vid behov kan hjälpa och stödja andra verksamheter då en person uppvisar BPSD-beteende, samordnande chef håller ihop gruppen och har uppe frågan, *”har ni kännedom om någon person som kan vara i behov av teamets specialisthjälp? Eller behöver er personal mer kunskap?”*, varje vecka på central vårdplanering, där alla biståndshandläggare och chefer träffas. Under 2017 har några nyckelpersoner i teamet slutat och andra är på väg in.

### Förbättringsförslag 2018

- Att alla enheter som vårdar personer med demenssjukdom utvecklar ett strukturerat arbetssätt vid BPSD-symtom

## 7 Uppföljningar genom egenkontroll

För att följa verksamheten över tid är det viktigt att samla in data. Egenkontroll bedrivs genom att systematisk följa upp och utvärdera den egna verksamheten avseende planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder utifrån de riktlinjer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Personalen medverkar aktivt i verksamhetens kvalitetsarbete genom att vara delaktig i upprättandet och utvecklingen av rutiner och processer. Personalen rapporterar risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Olika egenkontroller som utförs:

- Jämförelser av verksamhetens resultat i nationella kvalitetsregister så som Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD.
- Jämförelser av verksamhetens resultat genom Öppna jämförelser, men också genom enskilda mätningar mot andra verksamheter.
- Jämförelser av kommunens egna verksamheter och dess resultat, i den interna kvalitetsgranskningen
- Loggranskningar av journalsystem
- Journalgranskningar
- Avvikelsehantering

## 7.1 Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att förebygga vård skada, inom hälso- och sjukvården har vi riktlinjer för hanteringen av interna avvikelser inom sektor omsorg och vi har rutiner för avvikelser som berör externa verksamheter som vi samverkar med, till exempel samordnad vårdplanering SVPL, SAMSA, Dosapoteket, Tandvården, Hjälpmedel/HMC, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, IVO, Läkemedelsverket med mera. Dessa är samlade i Ledningssystemet för hälso- och sjukvård

<https://www.intranet.gotene.se/organisation/sektoromsorg/ledningssystemforsystematiskt kvalitets arbete/halsoochsjukvard/styrdokument/avvikelser.4.684c452914957d4093addaab.html>

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar och en skyldighet att rapportera negativa händelser och tillbud, det utgör en grund för förbättrad patientsäkerhet. Med hälso- och sjukvårdspersonal menas sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal när de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter. Vid en avvikelse som upptäcks av omvårdnadspersonal, ska denna genast kontakta ansvarig/tjänstgörande sjuksköterska som bedömer behovet av eventuellt omedelbara åtgärder, såsom till exempel läkarkontakt. Den som upptäckt en avvikelse skriver avvikelserapport.

Samtliga avvikelser ska analyseras samt dokumenteras i patientens journal, förutom de avvikelser som inte är direkt knutna till en enskild patient.

Grundprincipen är att avvikelsen utreds lokalt inom varje enhet/område. Legitimerad personal inleder alltid med analys av händelsen, enhetschefen deltar sedan tillsammans med omvårdnadspersonalen i fortsatt analys av händelsen och åtgärder för att förhindra upprepning.

Det är viktigt att lärdomarna över vad som har hänt, orsakerna till avvikelsen och vilka åtgärder som krävs för att förhindra att en upprepning sker återförs till verksamheten. Enhetschefen ansvarar för att löpande återföra information inom sina verksamheter.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS granskar samtliga avvikelser och utredningar. Bedömer och analyserar om tillräckliga åtgärder är vidtagna, om en avvikelse kräver fördjupad utredning och eventuellt anmälan till någon annan instans till exempel Socialstyrelsen, Läkemedelsverket eller IVO, Inspektionen för vård och omsorg.

Antal avvikelser och analyser av avvikelserna redovisas och följs upp varje år i Patientsäkerhetsberättelsen

**Ingen avvikelse/utredning har föranlett anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO så kallad Lex Maria under 2017.**

## 7.2 Tillsyn av Egenvårdsbeslut på LSS "korttids"

En tillsyn kring egenvårdsbeslut på korttids har genomförts under 2017, syftet var att granska/följa upp om vi har egenvårdsbeslut på de insatser där det finns behov och om processen kring beslut och verkställighet inom korttidsvistelse fungerar.

### Sammanfattning av resultatet

40 % saknade egenvårdsbeslut där det ska finnas, LSS handläggaren har i uppdrag att följa upp och efterfråga dessa, skyndsamt. De 60 % som hade ett egenvårdsbeslut ska LSS handläggaren följa upp egenvårdsbeslutet vid nästkommande uppföljning.

Vid uppföljning av tillsynen hade samtliga barn på korttidsvistelse ett egenvårdsbeslut men för någon/några var det gammalt och ska följas upp vid ordinarie uppföljningstillfälle.

Hela rapporten finns i Ledningssystemet egenkontroll Handikappomsorgen.

## 7.3 Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende som idag är ordinerade i medeltal 8–10 olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa läkemedel, bland annat antipsykotiska läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter samt långverkande lugnande medel och sömnmedel.

En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar.

Socialstyrelsens indikatorer för olämpliga läkemedel för äldre följs regelbundet inom ramen för Närvårdssamverkan. Målet är att minska andelen olämpliga läkemedel för dem som är 75 år och äldre.

2007 tog Götene kommun tillsammans med Närhälsans vårdcentral fram en modell och utbildning kring läkemedelsgenomgång som vi sedan har arbetat efter. Målet är att alla patienter där kommunen har ett övertaget läkemedelsansvar ska minst en gång om året ha en läkemedelsgenomgång med patient, behandlande läkare, patientansvarigsjuksköterska och eventuellt närstående och omvårdnadspersonal. Detta är en del i den medicinska vårdplanering kring vårdens inriktning som ska genomföras med varje patient.

Antal läkemedelsgenomgång:

| 2017        | 2016        | 2015        |
|-------------|-------------|-------------|
| 196         | 140         | 123         |
| genomgångar | genomgångar | genomgångar |
|             |             |             |

Källa: Procapita

Under 2015 gick verksamheten ner i antal läkemedelsgenomgångar en trolig förklaring är att den läkare vi samarbetat med under de senaste 10 åren, slutade och nya läkare och nya rutiner för läkarmedverkan ska introduceras och vi ökar sakta men säkert.

#### Förbättringsförslag 2018

- Att alla patienter där kommunen har ett övertaget läkemedelsansvar, minst en gång om året har en läkemedelsgenomgång

Läkemedelsavvikelser är i särklass den vanligaste avvikelser inom vård och omsorg och något som arbetas med kontinuerligt för att förbättra, under 2017 har vi tittat på olika IT stöd för läkemedelshantering, till exempel digitala signeringslistor som påminner om en dos ej givits är något vi kommer gå vidare med att utreda.

Antal läkemedelsavvikelser

| År    | 2017 | 2016 | 2015 |
|-------|------|------|------|
| Antal | 306  | 354  | 286  |

Källa: Procapita

Totalt 306 läkemedelsavvikelser under 2017 är inrapporterade i Procapita. I de flesta fall har den enskilde inte fått enstaka läkemedelsdos eller med en viss tidsförskjutning. Ingen av avvikelserna kring läkemedelshantering har lett till någon allvarlig skada för patient.

#### Förbättringsförslag 2018

- Att alla patienter får sina läkemedel enligt ordination
- Vid avvikelser genomföra händelseanalys, utarbeta åtgärdsplaner och genomföra åtgärder för förbättringar
- Utreda digitala signeringslistor

## 7.4 Influensa

Alla patienter med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser har informerats och erbjudits vaccination mot influensa då de flesta även tillhör riskgruppen. Vaccination har i första hand skett i hemmet för att underlätta för den enskilde. Enligt rekommendationer från Smittskyddsinstitutet dokumenteras att alla givna vaccinationer i ett nationellt journalsystem, Svevac. Under influensasäsongen 2017-2018 har 214 patienter vaccinerats mot influensan vilket är något färre än under 2016 då vi vaccinerade 242 patienter.

## 7.5 Vårdplan

En vårdplan är kärnan i vården. En vårdplan ska upprättas på de hälso- och sjukvårdsåtgärder som är övertagna, bedömda och är sammanhängande över tid, till exempel vid övertaget läkemedelsansvar, behov av specifik träning, vid identifierade risker så som risk för trycksår, undernäring och fall och så vidare. Ett förbättringsförslag vi hade med oss från 2016 var att utvärdera och följa upp vårdplaner.

Antal vårdplaner i verksamhetssystemet:

|                  | 2017 | 2016 | 2015 |
|------------------|------|------|------|
| Antal vårdplaner | 338  | 395  | 549  |

Källa: Interna kvalitetsgranskningen

Tyvärr är årets interna kvalitetsgranskning ej komplett, vi saknar resultat från ett boende (8 boende) och ett hemvårdsområde, beroende på personalomsättning för området. Vi kan därför inte dra för stora analyser av resultatet utan förbättringsförslaget att öka antalet vårdplaner kvarstår.

#### Förbättringsförslag 2018

- Att öka antalet vårdplaner och att utvärdera och följa upp vårdplanen

## 7.6 Inrapportering av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) åtgärder till socialstyrelsen

Socialstyrelsen kommer utöka inrapportering till register över kommunal hälso- och sjukvård (HSL-registret) 1 januari 2019. Utökningen kommer att innebära månadsvis inrapportering och insamling av insatser med hjälp av åtgärds-koder. Denna förändring är en del i det uppdrag regeringen gett Socialstyrelsen om att kunna följa de mest sjuka äldre, för kommunens del innebär det att vi under 2016 har arbetat med att "bygga om" i journalsystemet och haft utbildning för legitimerade i att registrera KVÅ åtgärder direkt i systemet.

Under 2017 har vi haft utbildningar för all legitimerad personal i vårdprocessen, den nationella informationsstruktur som ligger till grund för Socialstyrelsens förfrågningar kring vårdåtgärder. Vi har lärt om den process som alla genomgår som får hälso- och sjukvård. Modellen är oberoende av organisatoriska gränser och visar därmed den process som patienten genomgår, denna innefattar hela processen från vårdbegäran för egen räkning till uppföljning. Syftet med processen är att identifiera och behandla hälsoproblem samt följa upp effekterna av dessa. Den faktiska process som individen genomgår kallas för en individanpassad vårdprocess och hålls ihop utifrån patientens ursprungliga kontaktsak. Detta är ett sätt att arbeta patientfokuserat.

## 7.8 NPÖ, Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt, NPÖ, även kallad sammanhållen journalföring gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med samtycke från patienten ta del av information som finns hos andra vårdgivare, så som sjukhus och vårdcentraler. Syftet är att kunna få en mer heltäckande bild av patientens vårdhistorik och vårdbehov vilket i sin tur gör att vårdpersonal kan ge snabbare, god och säker vård. Legitimerad personal i Götene kommun kan läsa viss patientinformation som finns hos andra vårdgivare under förutsättning att patienten inte har spärrat sina uppgifter.

## 7.9 Fallförebyggande arbete, fall och fallolyckor

Det är viktigt att se till helheten runt de personer som faller ofta. Styrke- och balansträning är åtgärder som man vet utifrån forskning ger minskat antal fall, men som inte sätts in så ofta. Kosten är också en viktig del som tillsammans med läkemedelsöversyn kan ge god effekt. Dessa delar ingår i Senior alert. Vi måste fortsätta arbeta förebyggande genom ett aktiverande arbetssätt och främja fysisk aktivitet i så stor utsträckning som möjligt. Ett fortsatt bra teamsamarbete är också viktigt, där vi för de personer som faller ofta, gör täta uppföljningar och utvärderar de åtgärder som sätts in

### Registrering av fallolyckor

| År    | 2017 | 2016 | 2015 |
|-------|------|------|------|
| Antal | 560  | 533  | 686  |

Källa: Procapita

Totalt 560 fallavvikelse under 2017 är inrapporterade i Procapita. 18 av 560 har lett till inläggning på sjukhus. 3 har rapporterats ha fått bestående komplikation/skada. 2016 års mål att minska antalet fallolyckor ser inte ut att ha uppnåtts, dock är det flera olika komponenter som medverkar så målet kvarstår.

### Förbättringsförslag 2018

- Att genom riskbedömning och åtgärder utifrån Senior alert minska antalet fallolyckor
- Att skapa gemensamma rutiner och riktlinjer gränsöverskridande för hela sektor omsorg kring fallskador och risk för fallskada

## **8 Hantering av Klagomål och synpunkter**

Klagomål och synpunkter som finns lokalt inom en enhet/ett område tas emot och utreds av respektive enhetschef.

Klagomål och synpunkter som kommer från Patientnämnden, Socialstyrelsen, IVO, Inspektionen för vård och omsorg och/eller från patienter eller anhöriga tas emot och utreds av enhetschef/legitimerad och/eller MAS.

MAS har efter utredning även delegation från Socialnämnden att anmäla allvarliga händelser till IVO, Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria och att anmäla allvarliga brister hos medicintekniska produkter till Läkemedelsverket.

3 klagomålsärenden/avvikelser/förfrågningar kring hälso- och sjukvårdsåtgärder har inkommit från patienter/anhöriga, dessa har fått både skriftligt och muntliga svar om de så önskat.

## **9 Delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder**

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering ska alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade att regelbundet följa upp sina delegeringar. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent.

Antal personer delegering

|                         | <b>2017</b> | <b>2016</b> | <b>2015</b> |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Antal delegeringsbeslut | 637         | 602         | 723         |

Källa: Interna kvalitetsgranskningen

Delegeringsbesluten följer antalet omvårdnadspersonal och antalet patienter med övertaget läkemedelsansvar, ökar antalet omvårdnadspersonal och antalet patienter med övertaget läkemedelsansvar ökar antalet delegeringar. De delegeringsbara åtgärderna har dock inte ökat, tvärt om, det är fler åtgärder som sjuksköterskan inte kan delegera utan ska utföra själv.

### **Förbättringsförslag 2018**

- Kvalitetssäkra delegeringsprocessen för uppgifter avseende läkemedelshantering genom krav på SKLs (Sveriges kommuner och landsting) webb utbildning och kunskapstest inför eventuell delegering.

## **10 Undvikbar slutenvård**

Brister i den öppna vården leder till ökad risk för att bli akut inskriven i slutenvård. Vanliga orsaker till inläggning och återinläggning är problem med läkemedel och ofullständig eller avsaknad av vårdplanering i samband med utskrivning. För att undvika onödig slutenvård kan vi i kommunen tillsammans med primärvården återkommande genomföra hembesök, läkemedelsgenomgångar och brytpunktssamtal.

Under flera år har kommunerna i Skaraborg gemensam utfört mätning kring oplanerade transporter till sjukhuset för att kartlägga antal transporter och anledning till transport till sjukhuset.

Kartläggningen visar att det oftast föreligger en adekvat orsak till sjukhusbesöket och det oftast leder till inläggning. Mätningen avser en 8 veckors period: 23 januari – 19 mars 2017.

De tre vanligaste tillstånden som orsakat transporten var: Hjärt-kärlfunktion/andning, Fall/ Fraktur misstanke och stroke misstanke.

Totalt antalet transporter från Götene Kommun under perioden uppgick till 32 st. (2016 var det 28 st) Utav dessa 32 transporter ledde 21 till inläggningar på sjukhus, med sammanlagt 180 vård dygn på sjukhus.

Kartläggningen visar också att de flesta oplanerade transporter sker från hemsjukvården vardagar mellan 7-17. Endast vid 10 av de 32 tillfällen har läkare fattat beslut om transport, vilket ger en frågeställning kring samarbetet med primärvården, tar vi kontakt med behandlande läkare på primärvårdsnivå innan vi skickar in patienten till sjukhus?

Rapporten i sin helhet finns i Ledningssystemet Hälso- och sjukvård under egenkontroll

#### **Förbättringsförslag 2018**

- Att genomföra mätning av oplanerade transporter under 2018 och analysera resultatet
- Att efterfråga behandlande läkares bedömningar på primärvårdsnivå oftare dagtid

## **11 Medicintekniska produkter**

Medicintekniska produkter, MTP, används inom äldre- och handikapp omsorgen. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut individuellt av personal med kompetens för aktuell förskrivning och det ska dokumenteras i patientjournalen. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker. Det ska finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner.

### **11.1 Medicinskt teknisk avvikelse**

Ingen utredning kring medicinskt teknisk produkt har lett vidare till anmälan till Läkemedelsverket under 2017.

#### **Förbättringsförslag 2018**

- Att skapa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller av hjälpmedel som ingår i grundutrustning.

## **12 Rehabilitering**

Kommunen ansvarar för rehabilitering vid dagverksamhet, i särskilt boende, i korttidsboende och i ordinärt boende så kallad hemrehabilitering, enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland. Vid behov av rehabilitering ska en patientjournal upprättas. Patient som har behov av åtgärder från arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut ska erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel ska utprovas individuellt av behörig personal.

## 12,1 Fysioterapeut/sjukgymnastens, FT/SG insatser

Fysioterapeuten/Sjukgymnasten ansvarar för sjukgymnastik, träning, rådgivning och utprovning av till exempel gånghjälpmedel. Träningen ska leda till att bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras vidare till omvårdnadspersonal. Fysioterapeuten/Sjukgymnasten förskriver hjälpmedel inom sin profession.

## 12,2 Arbetsterapeutens, AT insatser

Arbetsterapeuten bedömer, stödjer och tränar förmågor som behövs för att klara ett vardagligt liv. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och att sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Arbetsterapeuten förskriver hjälpmedel som kan underlätta för patienten i rehabiliteringsprocessen.

## 12,3 Kompetens

- Hälften av FT/SG/AT har utbildning i motiverande samtal
- En AT och två FT/SG har spetskompetens i rörelseförmåga vid demens
- De flesta har vidareutbildning i funktionellt sittande, manuella förflyttningar och personlyftar.
- Två AT har utbildning i AMPS, The Assessment of Motor and Process Skills
- En utbildad instruktör i förflyttningsteknik
- Segelduksförflyttningar är den senaste utbildningen en AT och en SG/FT gått och ska undervisa sina kollegor under 2018.

## 13 Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för en rad symptom som orsakas av hjärnskador. Det kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra så kallade *kognitiva förmågor* som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Sammantaget leder symptomen till att personen har svårt att klara sin tillvaro utan stöd.

I Götene har vi 32 lägenheter i särskilt boende och ett akut rum för personer med demenssjukdom och daglig verksamhet som erbjuder aktiviteter, promenader och utflykter. I kommunen finns ett **demensteam** bestående av primärvårdsläkare, primärvårdsarbetsterapeut och primärvård/kommunsjuksköterska som samordnar tidiga insatser inom såväl primärvårdsansvar som kommunansvar. Ett hemstödsteam kan även aktiveras vid behov i hemsjukvården med omvårdnadspersonal som har utökad kompetens inom demenssjukdomar.

## 13,1 Kompetens

I kommunen finns:

- Enhetschef med spetskompetens inom demensområdet
- Två sjuksköterskor med 7,5 hp Demenssjukdomar och olika påbyggnadskursdagar inom demensområdet
- Två undersköterskor med KY- utbildning inom demens
- Så gott som samtliga omvårdnadspersonal har genomfört utbildning i Demens ABC
- 6 personer har genomgått utbildning om BPSD och är administratörer i verksamhetssystemet.

### Förbättringsförslag 2018

- Att fortsätta samverka med primärvården, för att tidigt kunna sätta in åtgärder.
- Att hemstödsteamet blir en etablerad resurs för de personer som har behov

## **14 Informationssäkerhet**

Ett gemensamt projekt avseende informationssäkerhetsarbete inom samarbetskommunerna V6 (Lidköping, Skara, Vara, Götene; Essunga och Grästorp) har påbörjats under 2017. Projektet ska leverera dokumentation i form av policys och riktlinjer, metodstöd, förslag på mottagande roller och organisation inom kommunerna. Projektet ska också leverera informationsklassning samt förutsättningar för efterlevnad av nya Dataskyddsförordningen (GDPR) som träder i kraft 2018-05-25.

Verksamheterna har gått igenom alla register och system som hanterar personuppgifter och PuL (Personuppgiftslagen) anmält dessa enligt rutiner från PuL-ansvarig i Götene.

Riskbedömning på roller och behörigheter kring HSL journalen har gjorts och kommer vara ett underlag för fortsatt arbete kring säker behörighetstilldelning

Finns en upprättad rutin kring Logg granskningar. All personal ska logg granskas minst en gång per år.

## **15 eHälsa**

Olika e-hälsotjänster underlättar såväl insamling av information till hälsodata- och kvalitetsregister, som en snabbare återkoppling till personal, huvudmän, myndigheter och invånare. Vidare skapar det helt nya förutsättningar för forskningen om utfall och effekt av olika insatser. Användarvänliga och ändamålsenliga dokumentations- och beslutsstöd krävs för att personalen ska kunna samverka för att möta individens behov av koordinerade insatser och för att vid behov kunna dela relevant information med andra personalgrupper i en behandlingsprocess.

### **14.1 eHälsa 2017**

Exempel på system som idag används är:

- Dokumentation i elektronisk patientjournal.
- HSA-administration – kvalitetssäkrad behörighetskontroll.
- SITHS-kort till legitimerad personal – elektronisk legitimation för att få tillgång till känslig information.
- Elektronisk hantering av samordnad vårdplanering – SVPL.
- Registreringar i nationella kvalitetsregister såsom palliativa registret, Senior Alert och BPSD-registret.
- Elektronisk registrering av tekniska hjälpmedel.
- Hantering av läkemedel via Pascal – ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel.
- Nationell patientöversikt – NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare.

Mobil dokumentation har varit ett projekt Götene haft tillsammans med Lidköping och VästKom kring mobil dokumentation sedan 2014. Målet har varit att testa mobil dokumentation med säker inloggning för kommunal hemsjukvård och biståndshandläggning. Testerna har utförts av legitimerad personal och biståndshandläggare. Målet har varit att man ska kunna läsa information och dokumentera i Procapita samt skicka vårdbegäran i SAMSA SVPL samt testa Tietos Lifecare-moduler. Projektiden är över och inom hälso- och sjukvården är beslut taget att breddinföra mobil dokumentation till all legitimerad personal, vilket var ett förbättringsområde för 2016 och 2017. Vi behöver nu fokusera på att använda oss av tekniken på rätt sätt.

#### **Förbättringsförslag 2018**

- Implementera säker behörighetstilldelning

## 16 Framtid

Antalet äldre ökar i kommunen och alltmer avancerad sjukvård sker i hemmet och i särskilt boende. Fler operationer sker allt högre upp i åldrarna, vilket kräver specifik eftervård och rehabilitering, som i allt större grad faller på den kommunala hälso- och sjukvården. Antalet utbildade omvårdnadspersonal ökar, denna utveckling pågår utan att antal legitimerad personal ökar i kommunen. Det är viktigt att kommunen tidigt gör strategiska satsningar för att möta detta med:

- Ökad kompetens hos all vård- och omsorgspersonal.
- Att snarast se över behovet av legitimerad personal.
- Skapa en kompetensförsörjningsplan för kommande år.
- Att identifiera riskgrupper och arbeta med förebyggande och hälsobefrämjande insatser.
- Förbättrade arbetsprocesser i samverkan kring och med patient till exempel: samordnad vårdplanering, läkemedelsförskrivning, läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar
- Kvalitetsregister och vårdsystem för dokumentation
- Nyttänkande, utveckling och forskning.

## 14 Förslag till förbättringar

| Förslag till förbättringar                                                                                                    | Ansvarig                      | Följs upp |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|
| <b><u>Avvikelser</u></b>                                                                                                      |                               |           |
| Fortsätta identifiera avvikelser kring samordnad vårdplanering                                                                | Bist.bed/leg pers             | PSB 2018  |
| Delta i de samverkansträffar som anordnas i Skaraborg för att kvalitetssäkra samordnad vårdplanering                          | MAS                           |           |
| <b><u>Läkarmedverkan</u></b>                                                                                                  |                               |           |
| Att säkerställa processen kring SIP i samverkan med Västra Götaland                                                           | Alla                          | PSB 2018  |
| Att följa upp och anpassa samverkansavtalen om läkarmedverkan utifrån patienternas behov                                      | MAS                           | PSB 2018  |
| <b><u>Nationella kvalitetsregister</u></b>                                                                                    |                               |           |
| Att teamsamverkan mellan professionerna ska bli bättre                                                                        | Alla                          | PSB 2018  |
| <b><u>Senior Alert</u></b>                                                                                                    |                               |           |
| Att öka andelen riskbedömda patienter                                                                                         | Alla                          | PSB 2018  |
| Att genom riskbedömning och åtgärder utifrån Senior alert minska antalet fallolyckor                                          | Alla                          | PSB 2018  |
| Att skapa gemensamma rutiner och riktlinjer gränsöverskridande för hela sektor omsorg kring fallskador och risk för fallskada | Alla                          | PSB 2018  |
| <b><u>Palliativ vård</u></b>                                                                                                  |                               |           |
| Att patientansvarig sjuksköterska initierar Brytpunktsamtal med patient/närstående och läkare                                 | Patientansvarig sjuksköterska | PSB 2018  |
| Att symtomskattning genomförs, enligt VAS ,visuell-analog-skala eller Abbey pain scale                                        | Legitimerad sjuksköterska     | PSB 2018  |
| <b><u>BPSD Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom</u></b>                                                             |                               |           |
| Att alla enheter som vårdar personer med demenssjukdom utvecklar ett strukturerat arbetssätt vid BPSD-symtom                  | Enhetschef                    | PSB 2018  |
| <b><u>Läkemedelshantering</u></b>                                                                                             |                               |           |
| Att alla patienter där kommunen har ett övertaget läkemedelsansvar, minst en gång om året har en läkemedelsgenomgång          | Patientansvarig sjuksköterska | PSB 2018  |

|                                                                                                                                                                                                  |                                                          |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|
| Att alla patienter får sina läkemedel enligt ordination                                                                                                                                          | Patientansvarig sjuksköterska                            | PSB 2018 |
| Vid avvikelser genomföra händelseanalys, utarbeta åtgärdsplaner och genomföra åtgärder för                                                                                                       | Patientansvarig sjuksköterska tillsammans med Enhetschef | PSB 2018 |
| Utreda digitala signeringslistor                                                                                                                                                                 | MAS/Systemansvarig Procapita                             |          |
| <b><u>Dokumentation</u></b>                                                                                                                                                                      |                                                          |          |
| Att öka antalet vårdplaner och att utvärdera och följa upp vårdplanen                                                                                                                            | All legitimerad personal med patientansvar               | PSB 2018 |
| <b><u>Delegering</u></b>                                                                                                                                                                         |                                                          |          |
| Kvalitetssäkra delegeringsprocessen för uppgifter avseende läkemedelshantering genom krav på SKLs (Sveriges kommuner och landsting) webb utbildning och kunskapstest inför eventuell delegering. | Enhetschef och leg. sjuksköterska                        | PSB 2018 |
| <b><u>Undvikbar slutenvård</u></b>                                                                                                                                                               |                                                          |          |
| Att genomföra mätning av oplanerade transporter under 2018 och analysera resultatet                                                                                                              | MAS                                                      | PSB 2018 |
| Att efterfråga behandlande läkares bedömningar på primärvårdsnivån oftare dagtid                                                                                                                 | Legitimerad sjuksköterska                                | PSB 2018 |
| <b><u>Medicinskt tekniska produkter</u></b>                                                                                                                                                      |                                                          |          |
| Att skapa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller av hjälpmedel som ingår i grundutrustning.                                                                                             | Enhetschef                                               | PSB 2018 |
| <b><u>Demens</u></b>                                                                                                                                                                             |                                                          |          |
| Att fortsätta samverka med primärvården, för att tidigt kunna sätta in åtgärder.                                                                                                                 | Enhetschef                                               | PSB 2018 |
| Att hemstödsteamet blir en etablerad resurs för de personer som har behov                                                                                                                        | Enhetschef                                               | PSB 2018 |
| <b><u>eHälsa</u></b>                                                                                                                                                                             |                                                          |          |
| Implementera säker behörighetstilldelning                                                                                                                                                        | Systemansvariga Procapita tillsammans med GöLiSka        | PSB 2018 |