



Sektor Omsorg

Patientsäkerhetsberättelse för Götene Kommun

2019

Götene 2020

Ansvarig för innehållet

Angela Olausson
Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska /
Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse	1
för Götene Kommun.....	1
Sammanfattning.....	5
1. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
1.1 Vårdgivaren	6
1.2 Verksamhetschef hälso- och sjukvård.....	6
1.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.....	6
1.4 Enhetschef.....	6
1.5 Hälso- och sjukvårdspersonal.....	6
2. Övergripande mål och strategier	7
3. Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
3.1 Samverkansavtal.....	7
3.2 Samverkan avseende personer med psykisk funktionsnedsättning, riskbruk, missbruk, beroendeproblematik och samsjuklighet.....	8
3.3 Samordnad vård- och omsorgsplanering – SVPL.....	8
3.4 Arbetsgrupp avvikelser i vårdssamverkan	9
3.5 SIP, Samordnad Individuell Plan	9
3.6 Läkarmedverkan	9
3.7 Mobil Närvård västra Skaraborg	10
3.8 Samverkan med patienter och närstående.....	11
Socialstyrelsens brukarundersökning.....	11
3.9 Vårdhygien och smittskydd	12
3.10 Samverkan med medborgare	12
3.11 Patientnämnd.....	12
4. Struktur för uppföljning och utvärdering	12
5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	13
5.1 Arbete med nationella kvalitetsregister	13
5.2 Den vårdpreventiva processen (Senior Alert)	13
5.3 Intyg om Nödvändig Tandvård	15
5.4 Svenska palliativregistret.....	16
5.5 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	17
6 Uppföljningar genom egenkontroll	17

6.1	Avvikelsehantering	18
6.2	Läkemedelshantering	19
6.3	Influensa	21
6,4	Vårdplan	21
6.5	Inrapportering av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) åtgärder till socialstyrelsen.....	21
6,6	NPÖ, Nationell patientöversikt.....	22
6,7	Fallförebyggande arbete, fall och fallolyckor	22
	Registrering av fallolyckor	22
7	Hantering av Klagomål och synpunkter	22
8	Delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder	23
9	Undvikbar slutenvård	23
10	Medicintekniska produkter	24
	10.1 Medicinskteknisk avvikelse	24
11	Rehabilitering	24
	11,1 Fysioterapeut/sjukgymnastens, FT/SG insatser	24
	11,2 Arbetsterapeutens, AT insatser.....	24
	11,3 Kompetens.....	24
	11,4 Ergonomiutbildning	25
12	Vård och omsorg om personer med demenssjukdom	25
	13,1 Kompetens.....	25
13	Informationssäkerhet.....	25
14	eHälsa	26
15	Framtid	26
16	Förslag till förbättringar	27

Sammanfattning

2018 kom flera nya lagar och författningar som berörde vård och omsorg, vissa lite mindre men några där hela vårt upparbetade samverkansformer helt förändrats.

- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Betalningsansvarslag
- Läkemedelshantering
- Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen kring spelmissbruk
- Socialstyrelsens utökade inrapportering och insamling av insatser med hjälp av åtgärds-koder

Är förslag på några av dessa nya lagar och författningar. 2019 har handlat om att gå från implementering av nya sätt till förvaltning och säkerställa dessa nya samverkansformer i vardagen.

Den vårdpreventiva processen

Vi går oroväckande ner i det förebyggande arbetet. Viket kan ge onödigt lidande för den enskilde.

Från 2016 då 208 unika personer riskbedömdes enligt struktur i Senior Alert är vi nere på 76 unika personer 2019 vilket motsvara **ca 24 %** av de personer som var inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Trycksår

I 2018 års patientsäkerhetsberättelse framkom det att vi hade fördubblat antalen trycksår som uppkom i vår egen verksamhet från året innan. Kvalitén på madrasser identifierades tidigt som en orsak. Hälso- och sjukvårdsenhetens ledningsgrupp tog ett samordnat ansvar att samordna kompetensinventering, kompetenspåfyllnad, inventering av madrasser, madrassbeställningar, utbildning i bedömning av madrasser, utbytesplan, ekonomi kring extra kostnader.

Av de 140-150 sängar vi har i verksamheten blev resultatet att 32 madrasser har kasserats, 29 har ersätts med nya. Några kan vid inventerings bedömts att ha behov av mer avancerad madrass och fått en personförskriven hyrmadrass. Totalt har 53 nya madrasser köpts in under 2019. För mer information se **Rapport madrass översyn** i Ledningssystemet.

Säker läkemedelshantering

Läkemedelsgenomgångar - Vi ligger ganska stadigt på **läkemedelsgenomgångar**, enligt vår interna kvalitetsgranskning som utförs varje år har vi 241 personer där vi har ett övertaget läkemedelsansvar. Så förbättringsförslaget från 2018 att alla patienter med övertaget läkemedelsansvar, minst en gång om året har en läkemedelsgenomgång är uppfyllt.

Läkemedelsavvikelse - är i särklass den vanligaste avvikelsen inom vård och omsorg och något som arbetas med kontinuerligt för att förbättra, **digitala signeringslistor** är ett IT stöd för säker läkemedelshantering och kravspecifikation och upphandling har skett tillsammans med GöLiSka kommunerna under 2019. Detta kommer införas under 2020. Att utreda digitala signeringslistor var ett förbättringsförslag från 2018 vilket är uppfyllt.

En del i säker läkemedelshantering är att vi förvarar läkemedel på säkert sätt och att vi säkrar att endast de som ska ha tillgång till läkemedlen får tillgång till läkemedlen. Vi har sedan några år tillbaks påbörjat att sätta in **logglås på läkemedelsskåp** som sjuksköterskorna har ansvar för. Dels kan man styra behörigheterna för vem som kommer in i skåpen men man kan även logga vem som varit inne i skåpet, då varje tagg är personlig. Det är en ovärderlig hjälp i utredningssyfte när man utreder läkemedelssvinn. Under 2019 har vi slutfört, så vi har nu logglås på alla läkemedelsskåp på sjuksköterskornas expeditioner.

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.

1. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

1.1 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 (2017:30) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

1.2 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.

1.3 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 sjuksköterskan 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.

1.4 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.

1.5 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.

2. 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 och att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) och 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)

3. 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.

3.1 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
- Uppsökande verksamhet för tandvårdspersonal
- Samordnad vård- och omsorgsplanering-SVPL
- Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Närhälsans vårdcentral
- Avseende personer med psykisk funktionsnedsättning, riskbruk, missbruk, beroendeproblematik och samsjuklighet.

3.2 Samverkan avseende personer med psykisk funktionsnedsättning, 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**. Under 2018 har samverkansavtalet reviderats att även innefatta spelmissbruk enligt Socialstyrelsens ändringar i socialtjänstlagen.

Vi har ett upparbetat samverkansarbete i trepart (specialistnivå, primärvårdsnivå och kommunalnivå) som är uppdelat i styrgrupp och arbetsgrupp vilka samverkar kring verkställighet 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.

3.3 Samordnad vård- och omsorgsplanering – SVPL

Samordnad vård- och omsorgsplanering ska verka för den enskildes rätt till trygghet, delaktighet och inflytande när vård, omsorg och stöd planeras och genomförs.

En ny lag, **Samverkan vid utskrivning från slutenvården (SFS 2017:612)**, började gälla 1 januari 2018.

Den nya lagen ställer krav på förändrade rutiner kring samordning och ansvarsfördelning vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Kommuner, sjukhus och primärvård har ett gemensamt ansvar för att ge patienten god vård, omsorg och stöd, samt se till att övergången mellan olika vårdgivare sker utan onödiga hinder. Den nya lagen ersätter även tidigare betalningsansvarslag (1990:1404) och kommunernas betalningsansvar ändrades från 5 vardagar till 3 kalenderdagar.

I Västra Götaland finns ett gemensamt IT-stöd (SAMSA) för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare. IT-stödet SAMSA har byggts om under 2018 för att stödja den nya processen kring in- och utskrivningsklara patienter från slutna hälso- och sjukvård, och från den 25 september 2018 gäller ny regionalt överenskommen process med tillhörande överenskommelser, riktlinjer och rutiner.

Inom Vårdsamverkan Skaraborg har delregionala överenskommelser beslutats att gälla. Vårdsamverkan Skaraborgs överenskommelser gör inga avsteg från regionalt framtagna riktlinjer, rutiner och överenskommelser utan är ett komplement och reglerar samverkan i Skaraborg både inom slutenvårdsprocessen och öppenvårdsprocessen. 2019 har implementeringen av den nya lagstiftningen övergått till förvaltning.

Avvikelse	2019	2018	2017
Till SkaS	16	17	20
Från SkaS	4	1	1
Till Primärvård	3	1	1
Från Primärvård	2	0	0
Till Övriga	0	0	0
Från Övriga	0	0	0

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

2019 har implementeringen av nytt arbetssätt övergått till förvaltning och arbetet har koncentrerats på att hitta samverkansrutiner och dialog. Avvikelserna hade kunnat få och har i en del fall haft en direkt påverkan på patientsäkerheten då rutinen för in- och utskrivning inte följs t.ex. då patienten går hem efter att sjukhuset tagit en felaktig direktkontakt med någon i kommunen eller ingen kontakt är tagen alls.

3.4 Arbetsgrupp avvikelser i vårdsamverkan

Genom en utökad samverkan mellan Primärvården Västra Götalandsregionen, Skaraborgs Kommunalförbund och Skaraborgs Sjukhus har "arbetsgruppen avvikelser" fått i uppdrag att stärka patientsäkerhetsarbetet inom 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 vårdsamverkan, för vidarebefordran till förvaltningarnas linjeorganisation. Gruppen med representanter från de tre förvaltningarna träffas ca fyra gånger per år.

Förbättringsförslag 2020

- Fortsätta identifiera avvikelser och utreda/förbättra händelser
- Delta i de samverkansträffar som anordnas i Skaraborg för att kvalitetssäkra samordnad planering

3.5 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 otydligt 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 förs på regional och lokal nivå för att finna samverkansformer kring hur SIP ska genomföras.

3.6 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 2020

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

3.7 Mobil Närvård västra Skaraborg

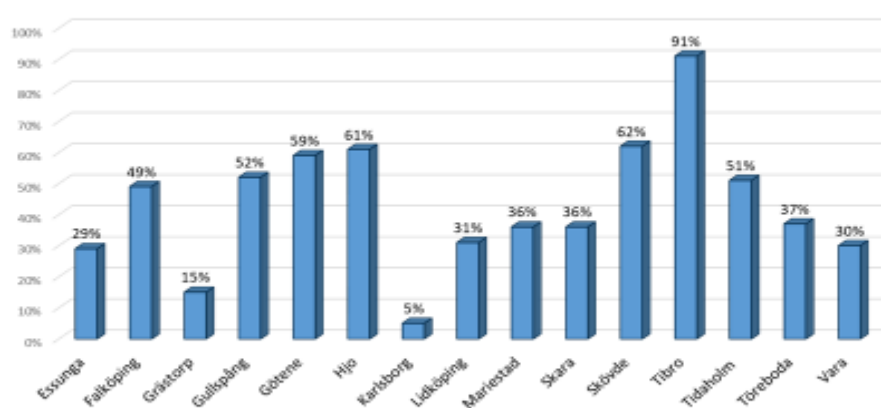
Mobil Närvård västra Skaraborg arbetar bland annat med att bredda vårdssamverkan kring patienten och skapa gemensamma plattformar och arenor för samverkan. I Götene har vi ett etablerat samarbete med de två teamen **Närsjukvårdsteamet**, som riktar sig till de svårast sjuka äldre och **Palliativteamet** som riktar sig till palliativ vård i hemmet. Formerna kring **Mobil hemsjukvårdsläkare** avtalas via läkarmedverkans avtalet och **Strokevården** har utökat med ett team kring **tidig understödd hemgång genom strokerehabilitering i hemmet**, vilket till största delen samverkar med primärvården i dagsläget.

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.

	HT - 19	VT - 19	HT - 18	HT - 17
Antal personer på enheten, området som omfattas av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser	315	323	315	324
Antal av dessa som har en medicinsk vårdplan.	185	192	223	271
Antal patienter som skrivits ut från sjukhus under aktuell period	15	5	5	5
Antal av dessa som har en aktuell läkemedelslista innevarande dag	15	4	5	5
Antal felaktiga eller ofullständiga läkemedelslistor. (ny parameter 2016)	5	0	1	3

Källa: Mål och Mått

Fokusområde: SIP- samordnad individuell plan Andel medicinska vårdplaner per kommun 2019

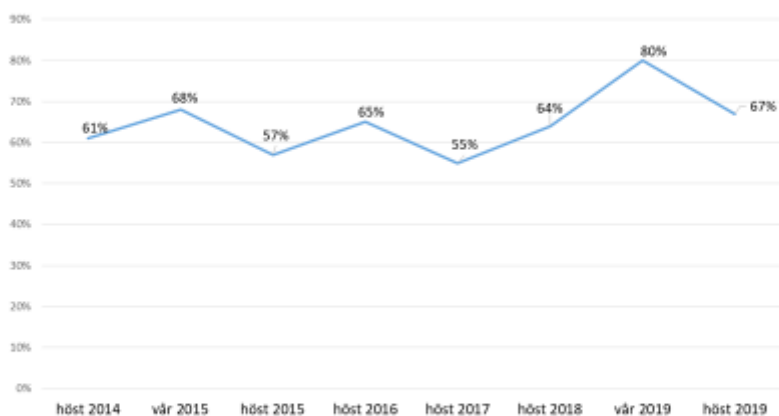


Källa: Mål och mått. Punktmätning utförd av sjuksköterskor i Kommunerna 14/10 2019



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

Andel korrekta läkemedelslistor Skaraborg



Källa: Mål och mått. Punktmätning utförd av sjuksköterskor i Kommunerna 14-27/10 2019



Under 2019 har Sjukhuset i Skaraborg haft en extra satsning på genomgång av läkemedelslista av farmaceut på akutmottagningen, därför har mätning av andelen korrekta läkemedelslistor gjort två gånger under 2019. Vårens mätning visar att andelen korrekta läkemedelslistor ökade från 64% till 80%, men tyvärr visar höstens mätning att man är åter på 67%. Då man inte kan dra slutsats kring om satsningen har givit resultat kommer man även under 2020 göra två mätningar.

3.8 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 gör vare år en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvalitén på äldreboende. Bland annat ställdes frågan:

"Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?"

Särskilt boende	2016	2017	2018	2019	Trend
Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	87	80	79	81	↑

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning

Procent

Trenden håller sig ganska stabil de senaste tre åren, dock kan man ta till sig att 2016 hade en högre procent vilket är något för oss i verksamheten att se över.

3.9 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.

3.10 Samverkan med medborgare

Verksamheten har 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 hjälpmedelsförrådet på Hagagatan 10, för de hjälpmedel som är förskrivna av kommunens legitimerade personal.

3.11 Patientnämnd

Patienters och närståendes synpunkter kan inkomma till Sektor Omsorg via patientnämnden. Under 2019 har ingen synpunkt kommit till oss via patientnämnden.

4. 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).

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

Under 2019 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.

5. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

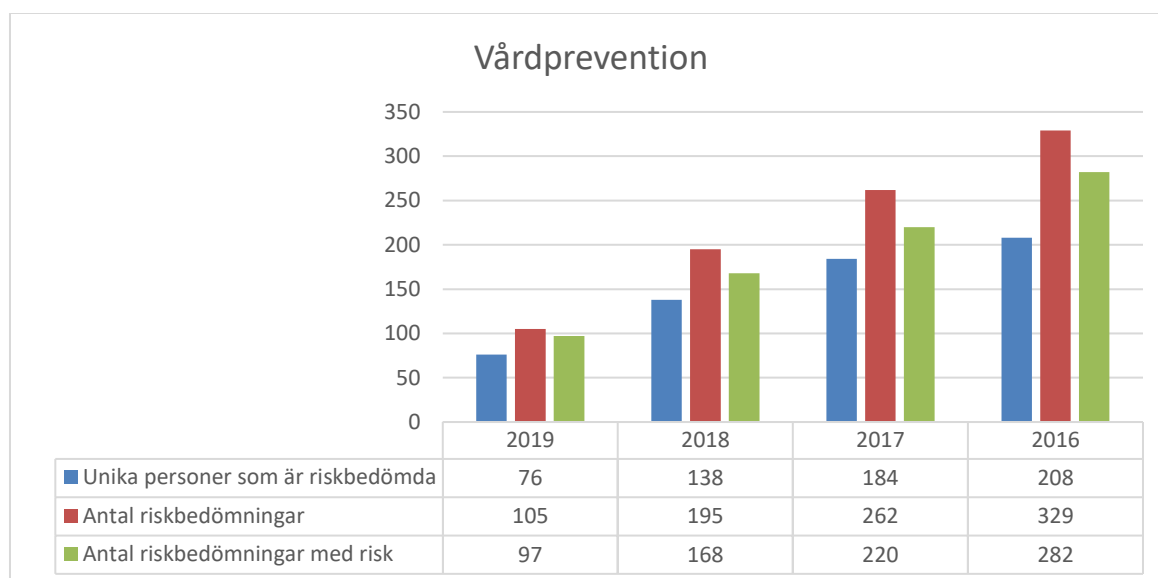
5.1 Arbete med nationella kvalitetsregister

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.

5.2 Den vårdpreventiva processen (Senior Alert)

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

År 2019 riskbedömdes 76 personer vilket motsvara **ca 24 %** av de personer som var inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. På dessa 76 personer genomfördes 105 riskbedömningar varav 97 visade förekomst av risk.



I resultatet kan vi se att följsamheten i den vårdpreventiva processen minskar från 2016 till 2019 vilket är oroväckande, det är långt ifrån alla som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården som infattas av det förebyggande arbetssättet att kartlägga risker och förebygga ohälsa. Men även för de som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård minskar användandet av den vårdpreventiva processen.

Förbättringsförslag 2020

- Att teamsamverkan mellan professionerna ska bli bättre
- Att öka andelen riskbedömda patienter
- Att stärka och arbeta efter den vårdpreventiva processen inom alla verksamheter

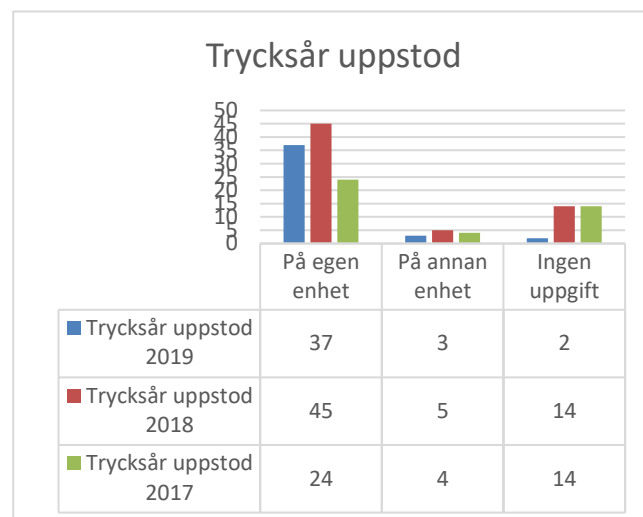
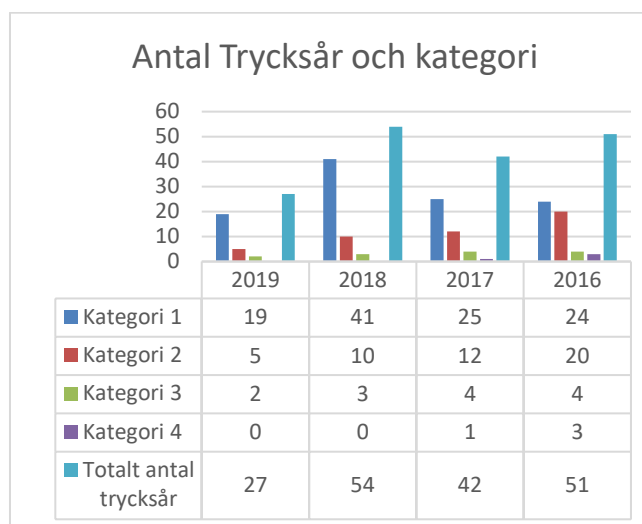
PPM består av hudobservation och pågående åtgärder, som sker under en vecka,. Resultatet förs in på individnivå i Senior alert.

Kategori 1, Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud

Kategori 2, Delhudsskada som involverar epidermis och/eller dermis. Ytliga sår, avskavning av hud eller blåsa.

Kategori 3, Fullhudsskada (involverar epidermis, dermis och subcutis). Sår ned till men inte genom fascian.

Kategori 4, Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.



Källa: Senior Alerts nationella kvalitetsregister för vård och omsorg

Antal trycksår har minskat under 2019, dock har antal bedömda personer minskat så frågan är vilka slutsatser man kan dra av denna statistik. Att trycksår uppkommer i vår verksamhet är verkligen inte OK. Att det dessutom ökat till nästan det dubbla på ett år (från 2017 – 2018) var verkligen alarmerande och något vi omedelbart inledde en översyn kring. Kvalitén på madrasserna identifierades som en tänkbar orsak.

Hälso- och sjukvårdsenhetensledningsgrupp tog ett samordnat ansvar att samordna kompetensinventering, kompetenspåfyllnad, inventering av madrasser, madrassbeställningar, utbildning i bedömning av madrasser, utbytesplan, ekonomi kring extra kostnader.

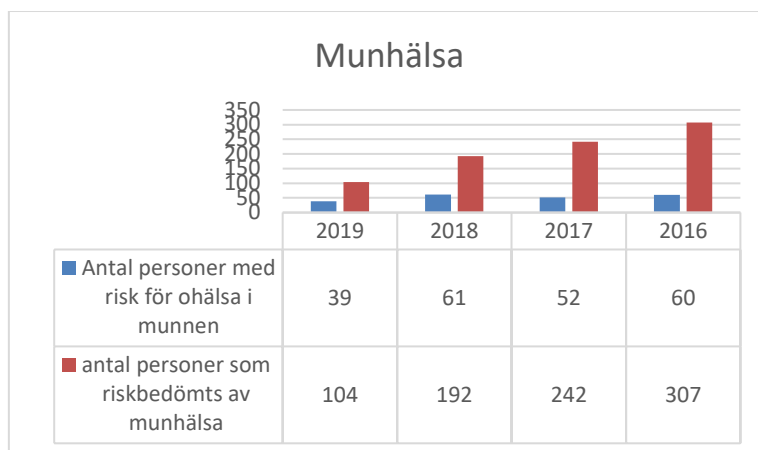
Av dom ca 140-150 sängar vi har inom verksamheten blev resultatet att 32 madrasser kasserades, 29 har ersätts med nya. Några kan vid inventerings bedömts ha behov av mer avancerad madrass och fått en personförskriven hyrmadrass. Totalt har 53 nya madrasser köpts in under 2019. För mer information se **Rapport madrass översyn** i Ledningssystemet.

<https://intranat.gotene.se/gotenekommun/grupper/sektorer/sektoromsorg/ledningssystemforsystematiskt kvalitetsarbete/kommunalhalsoochsjukvard/systematiskt kvalitetsarbete/egenkontroll.4.7a5edd316441e4d47f1852.html>

Trycksår är fortsatt hög även i 2019 års mätning men vi hoppas se effekter framöver av de insatser som gjorts. 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.

Munhälsa

Ohälsa i munnen är vanligt hos äldre och funktionshindrade. Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att klara sin egen munvård. De äldre har idag fler egna tänder, kronor, broar och implantat som kräver noggrann munhygien. Bristande munhygien kan bland annat leda till lunginflammation, smärta, blodförgiftning, undernäring och försämrad livskvalitet. Därför är det viktigt att vård- och omsorgspersonal har kunskap om munhälsa och arbetar systematiskt med bedömningar och åtgärder. Under året har vi genomfört 104 bedömningar av munhälsa och resultatet visar att 39 personer har risk för ohälsa i munnen.



Källa: Senior Alerts nationella kvalitetsregister för vård och omsorg

Vi ser en tydligt nedåtgående trend kring det preventiva vårdarbetet, tyvärr är det oftast det preventiva arbetet som prioriteras bort när tiden är för knapp och man måste prioritera hårt vilka insatser som ska genomföras. Det är olyckligt då det i förlängningen kan innebära både lidande för patienten och mer arbete i efterfölloppet.

5.3 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.

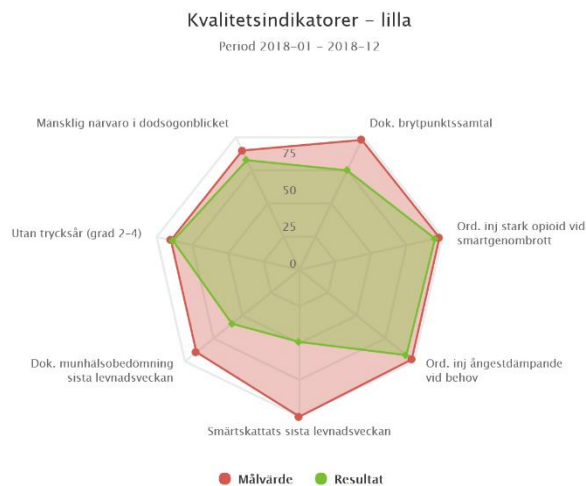
Personer som har omfattande hjälp från kommunen kan vända dig till en intygsutfärdare i kommunen. Det kan vara en biståndsbedömare, sjuksköterska, LSS-handläggare som utfärdar intyg.

År	2019	2018	2017
Antal Intyg	197	199	196
Tackat ja till gratis munhälsobedömning i hemmet	110	119	106
Utförda munhälsobedömningar av VG regionen	102	92	101

Källa: Tandvårdsenheten, Hälso-och sjukvårdsavdelningens årsredovisning för 2019

5.4 Svenska palliativregistret

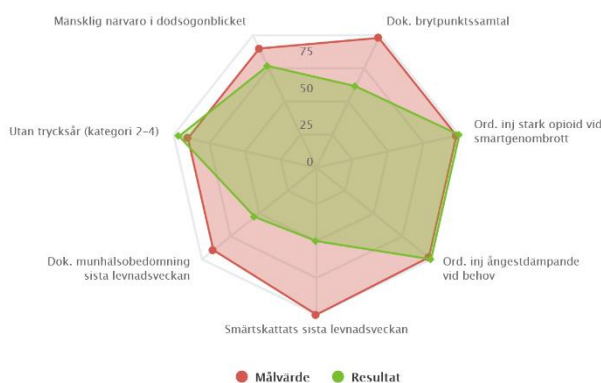
Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete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



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Källa: Svenska Palliativregistret

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer
Period 2019-01 – 2019-12



Detta är en modifierad rapport

Källa: Svenska Palliativregistret

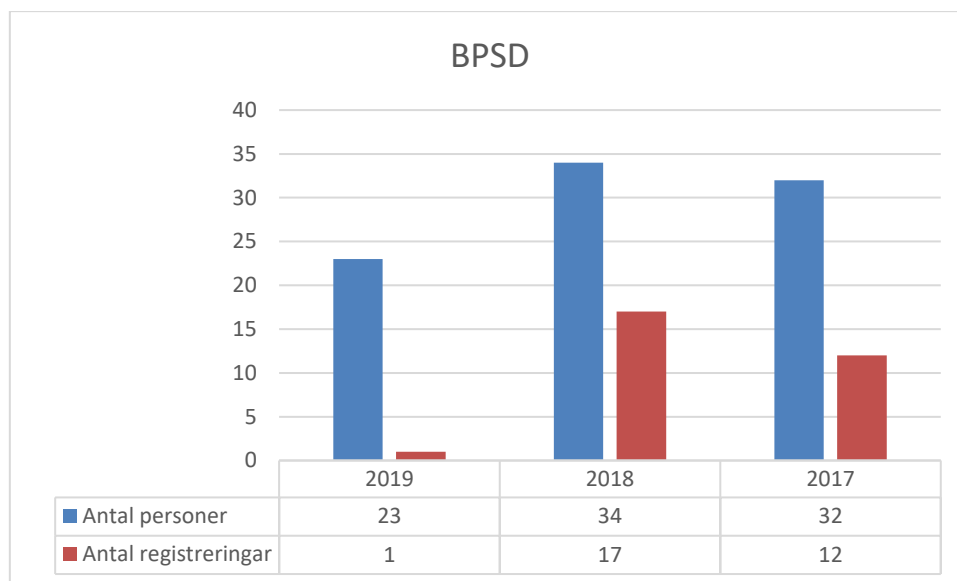
Vi ligger ungefär på samma nivåer 2019 som under 2018, trots insatser i form av information har vi inte förbättrat oss nämnvärt inom validerad symtomskattning vid smärta som varit ett förbättringsförslag. Fortsätter därför med samma förbättringsförslag 2020.

Förbättringsförslag 2020

- Fortsätta arbetet med validerad symtomskattning genomförs, enligt VAS ,visuell-analog-skala eller Abbey pain scale

5.5 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 symptomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel.



Källa: Rapport BPSD registret

Förbättringsförslag 2020

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

6 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

6.1 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/sekteromsorg/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 avvikelse rapport.

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

1 januari 2018 kom en ny lag. Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. De nya reglerna innebär ett förtydligande av att det i första hand ska vara vårdgivarna som tar emot och bedömer klagomål från patienter och deras närstående.

Ingen avvikelse/utredning har föranlett anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO så kallad Lex Maria under 2019.

6.2 Läkemedelshantering

Inom läkemedelshantering fick vi en ny författning att förhålla oss till under 2018. Den nya författningen skärper kraven inom flera områden i läkemedelshantering och vi anpassade Riktlinjer och rutiner 2018. 2019 har vi jobbat med följsamheten/implementeringen av dessa nya riktlinjer och rutiner.

Vi har avtalat med Apoteket AB att utföra extern kontroll av läkemedelshantering och vi har infört krav på SKLs; Sveriges kommuner och landstings webbutbildning av läkemedelshantering för omvårdnadspersonal inför en delegering av läkemedelshantering. 2019 har även Apoteket AB haft utbildning för alla sjuksköterskor i läkemedelsförfattningen, läkemedelshantering med mera.

Säker läkemedelshantering

En del i säker läkemedelshantering är att vi förvarar läkemedel på säkert sätt och att vi säkrar att endast de som ska ha tillgång till läkemedlen får tillgång till läkemedlen. Vi har sedan några år tillbaks påbörjat att sätta in logglås på läkemedelsskåp som sjuksköterskorna har ansvar för. Dels kan man styra behörigheterna för vem som kommer in i skåpen men man kan även logga vem som varit inne i skåpet, då varje tagg är personlig. Det är en ovärderlig hjälp i utredningssyfte när man utreder läkemedelssvinn. Under 2019 har vi slutfört, så vi har nu logglås på alla läkemedelsskåp på sjuksköterskornas expeditioner.

Apotekets kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningen genomfördes som ett strukturerat samtal med läkemedelsansvarig sjuksköterska, MAS och Apoteket ABs representant, i respektive område. Två område granskades. Vi diskuterade läkemedelshantering och rutiner. Vid mötet granskades även förvaringen i läkemedelsförrådet. Varje enhet som granskades fick sedan en åtgärdsplan på förbättringsområden.

Resultatet visar att läkemedelshantering upplevs fungera mycket väl, men vissa gemensamma förbättringsområden identifierades som till exempel

- Införa dosdispenserade läkemedels för fler patienter
- Efterfråga alltid skriftlig bekräftelse på ordination
- Hänvisa omvårdnadspersonalen att alltid kontrollera dos med ordinationshandlingen

Resultaten är redovisade för hela sjuksköterskegruppen och de gemensamma förbättringsområdena ska genomföras inom alla verksamheter.

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 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:

2019	2018	2017
241 genomgångar	223 genomgångar	196 genomgångar

Källa: Procapita

Vi ligger ganska stadigt på läkemedelsgenomgångar, enligt vår interna kvalitetsgranskning som utförs varje år har vi 241 personer där vi har ett övertaget läkemedelsansvar. Så förbättringsförslaget från 2018 att alla patienter med övertaget läkemedelsansvar, minst en gång om året har en läkemedelsgenomgång är uppfyllt.

Läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelser är i särklass den vanligaste avvikelser inom vård och omsorg och något som arbetas med kontinuerligt för att förbättra, digitala signeringslistor är ett IT stöd för säker läkemedelshantering och kravspecifikation och upphandling har skett tillsammans med GÖLiSka kommunerna under 2019. Detta kommer införas under 2020. Att utreda digitala signeringslistor var ett förbättringsförslag från 2018 vilket är uppfyllt.

Antal läkemedelsavvikelser

År	2019	2018	2017
Antal	184	250	306

Källa: Procapita

Totalt 184 läkemedelsavvikelser under 2019 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 2020

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

6.3 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 2019-2020 har 213 patienter vaccinerats mot influensan vilket är något färre än under 2018 då vi vaccinerade 226 patienter.

6.4 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 med mera. Ett förbättringsförslag vi hade med oss från 2017 var att utvärdera och följa upp vårdplaner.

Antal vårdplaner i verksamhetssystemet:

	2019	2018	2017
Antal vårdplaner	439	377	338

Källa: Interna kvalitetsgranskningen

Vi har ökat antalet vårdplaner från förra året, vilket var en målsättning och uppfyllt, nu måste arbetet inriktas mer på kvalitén i innehållet i vårdplanerna.

Förbättringsförslag 2020

- Att öka kvalitén i innehållet i vårdplanerna

6.5 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 kontaktorsak. Detta är ett sätt att arbeta patientfokuserat. Sedan 2018 har legitimerad personal registrerat hälso- och sjukvårdsåtgärder med hjälp av dessa kvalitetskoder(KVÅ) i patientjournalen.

6,6 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.

6,7 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	2019	2018	2017
Antal	446	492	560

Källa: Procapita

Totalt 446 fallavvikelser under 2019 är inrapporterade i Procapita. 13 av 446 har lett till inläggning på sjukhus. 5 har rapporterats ha fått bestående komplikation/skada. 2018 års mål att minska antalet fallolyckor har uppnåtts, dock är det flera olika komponenter som medverkar så målet kvarstår.

Förbättringsförslag 2020

- 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

7 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 närstående 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.

Ett klagomålsärenden/avvikelser/förfrågningar kring hälso- och sjukvårdsåtgärder har inkommit från patienter/närstående, hen har fått både skriftligt och muntliga svar genom fysiskt möte.

8 Delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera hälso- och sjukvårdsåtgärder 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.

Den nya författningen kring läkemedelshantering som började gälla 1 januari 2018 skärper kraven inom delegering av läkemedelshantering för omvårdnadspersonal, därför har nya Riktlinjer utarbetats att all omvårdnadspersonal genomgår Sveriges Kommuner och Landsting, SKLs framtagna Läkemedelsutbildning via webben, innan delegeringsförfarandet påbörjas av sjuksköterskan.

Antal personer delegering

	2019	2018	2017
Antal delegeringsbeslut	453	583	637

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.

9 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 gemensamt 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: 28 januari – 24 mars 2019.

De fyra vanligaste tillstånden som orsakat transporten var: Fall/ Fraktur misstanke, Hjärt-kärlfunktion/andning, försämrat allmäntillstånd och Sepsis, stopp i PNP, diarréer.

Totalt antalet transporter från Götene Kommun under perioden uppgick till 19 st. (2018 var det 26 st) Utav dessa 19 transporter ledde 11 till inläggningar på sjukhus, med sammanlagt 60 vårddygn på sjukhus.

Kartläggningen visar också att de flesta oplanerade transporter sker från hemsjukvården vardagar mellan 7-17. Endast 4 av de 19 tillfällen har läkare fattat beslut om transport, vilket är anmärkningsvärt och något vi behöver se över. Rapporten i sin helhet finns i Ledningssystemet Hälso- och sjukvård under egenkontroll

Förbättringsförslag 2020

- Att genomföra mätning av oplanerade transporter under 2020 och analysera resultatet
- Att fortsätta samarbetet med behandlande läkares bedömningar på primärvårdsnivå dagtid

10 Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter, MTP, används inom äldreomsorg och funktionshinder området. 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.

10.1 Medicinskt teknisk avvikelse

Ingen utredning kring medicinskt teknisk produkt har lett vidare till anmälan till Läkemedelsverket under 2019.

Rutiner och inventering kring periodiskt underhåll och grundutrustning har påbörjats men är inte klart därför kvarstår förbättringsförslaget även under 2020.

Förbättringsförslag 2020

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

11 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.

11,1 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.

11,2 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.

11,3 Kompetens

- Hälften av FT/SG/AT har utbildning i motiverande samtal
- En AT och en 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
- Fem har gått segelduksförflyttningar resterande planeras att gå utbildningen under 2019.

11,4 Ergonomiutbildning

Under HT 2017 arbetade kommunens arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter fram en ergonomiutbildning inom förflyttningsteknik för all personal inom vård och omsorg. Utbildningarna startade upp 2018 och målet är att minska eller eliminera arbetsskador till följd av felbelastningar eller dålig kunskap i hur hjälpmedel används. Utbildningsinsatsen ska inrymmas inom ramen av fyra timmar och vara genomförd för all personal inom en treårsperiod. Därefter återkommande utbildningar. Tyvärr har denna utbildning fått ligga på is, då några har avslutat sina tjänster och vi inte har fått några nya sökande till tjänsterna, men ska återupptas så fort personalstyrkan är intakt.

12 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 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. En av våra specialistsjuksköterskor inom demens har ett uppdrag även mot primärvården, vilket gör att vi kan samordna insatser i ett tidigt skede, för den enskilde men även mot närstående.

13,1 Kompetens

I kommunen finns:

- Enhetschef med stor kunskap inom demensområdet
- Två sjuksköterskor med 7,5 hp Demenssjukdomar och olika påbyggnadskursdagar inom demensområdet
- En undersköterska med KY- utbildning inom demens och ytterligare en under utbildning
- Så gott som samtliga omvårdnadspersonal har genomfört utbildning i Demens ABC, Ceciliagårdens personal har dessutom gått förlängningsutbildningen Demens ABC+
- 6 personer har genomgått utbildning om BPSD och är administratörer i verksamhetssystemet.

Förbättringsförslag 2020

- Att fortsätta samverka med primärvården, för att tidigt kunna sätta in åtgärder.

13 Informationssäkerhet

Vi samarbetar med informationssäkerhetsarbete inom samarbetskommunerna V6 (Lidköping, Skara, Vara, Götene; Essunga och Grästorp) både att efterleva Dataskyddsförordningen (GDPR) som trädde i kraft 2018-05-25 men samarbetar även med dokumentation i form av policys och riktlinjer, metodstöd, förslag på mottagande roller och organisation inom kommunerna.

Ett stort samarbetsområde som varit under 2019 är arbetet kring FVM, Framtiden Vårdinformatiöns Miljö. Västra Götalands Regionen har upphandlat ett nytt gemensamt system som ska bli deras nya huvudsakliga IT-stöd och kommunerna i Västra Götaland har fått frågan om de vill köpa in sig på samma system. V6 kommunerna har samarbetat med kostnadskalkyler, nyttorealiseringskalkyler, information, behovsredovisningar och mycket mer.

Riskbedömning på roller och behörigheter kring HSL journalen finns och nya behörigheter ges utifrån detta, dock händer mycket inom detta område och vi behöver uppdatera enligt nu gällande förutsättning.

Behörigheter kring vårt gemensamma IT-stöd för trygg in och utskrivning från slutenvården, har setts över och en ombyggnad av organisationsstrukturen har gjorts.

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

14 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.

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.

15 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 individuell planering (SIP), läkemedelsförskrivning, läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar
- Kvalitetsregister och vårdsystem för dokumentation
- Nyttänkande, utveckling och forskning.

16 Förslag till förbättringar

Förslag till förbättringar	Ansvarig	Följs upp
<u>Avvikelser</u>		
Fortsätta identifiera avvikelser och utreda/förbättra händelser	Alla	PSB 2020
Delta i de samverkansträffar som anordnas i Skaraborg för att kvalitetssäkra samordnad planering	MAS	PSB 2020
<u>Läkarmedverkan</u>		
Att säkerställa processen kring SIP i samverkan med Västra Götaland	Alla	PSB 2020
Att följa upp och anpassa samverkansavtalen om läkarmedverkan utifrån patienternas behov	MAS	PSB 2020
<u>Nationella kvalitetsregister</u>		
Att teamsamverkan mellan professionerna ska bli bättre	Alla	PSB 2020
<u>Senior Alert</u>		
Att öka andelen riskbedömda patienter	Alla	PSB 2020
Att stärka och arbeta efter den vårdpreventiva processen inom alla verksamheter	Alla	PSB 2020
<u>Palliativ vård</u>		
Fortsätta arbetet med validerad symtomskattning genomförs, enligt VAS ,visuell-analog-skala eller Abbey pain scale	Legitimerad sjuksköterska	PSB 2020
<u>BPSD Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom</u>		
Att alla enheter som vårdar personer med demenssjukdom utvecklar ett strukturerat arbetssätt vid BPSD-symtom	Enhetschef	PSB 2020
<u>Läkemedelshantering</u>		
Att alla patienter får sina läkemedel enligt ordination	Patientansvarig sjuksköterska	PSB 2020
Vid avvikelser genomföra händelseanalys, utarbeta åtgärdsplaner och genomföra åtgärder för förbättringar	Patientansvarig sjuksköterska tillsammans med Enhetschef	PSB 2020
<u>Dokumentation</u>		
Att öka kvalitén i innehållet i vårdplanerna	All legitimerad personal med patientansvar	PSB 2020
<u>Fallförebyggande</u>		
Att genom riskbedömning och åtgärder utifrån Senior alert minska antalet fallolyckor	Alla	PSB 2020
Att skapa gemensamma rutiner och riktlinjer gränsöverskridande för hela sektor omsorg kring fallskador och risk för fallskada	Alla	PSB 2020
<u>Undvikbar slutenvård</u>		
Att genomföra mätning av oplanerade transporter under 2020 och analysera resultatet	MAS	PSB 2020
Att fortsätta samarbetet med behandlande läkares bedömningar på primärvårdsnivån dagtid	Legitimerad sjuksköterska	PSB 2020
<u>Medicinskekniska produkter</u>		
Att skapa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller av hjälpmedel som ingår i grundutrustning.	Enhetschef	PSB 2020
<u>Demens</u>		
Att fortsätta samverka med primärvården, för att tidigt kunna sätta in åtgärder.	Enhetschef	PSB 2020

