



Sektor Omsorg

Patientsäkerhetsberättelse för Götene Kommun

2015

Götene 2016

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 samsjuklighet.....	7
4.3 Samordnad vårdplanering – 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	10
4.10 Samverkan med medborgare	10
4.11 Patientnämnd	11
5. Struktur för uppföljning och utvärdering	11
6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	11
5.1 Arbete med nationella kvalitetsregister	11
5.2 Senior alert	12
5.3 Munhälsa	12
5.4 Punktprevalens mätning.....	13
5.5 Svenska palliativregistret.....	14

5.6	Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	15
5.7	Intyg om Nödvändig Tandvård	16
5.8	Kommunikation mellan vårdpersonal	16
6	Uppföljningar genom egenkontroll	16
6.1	Avvikelsehantering	17
6.2	Läkemedelsgenomgång.....	17
6.3	Influensa	18
6.4	Journalgranskning.....	19
6.5	Dokumentation.....	19
6.6	NPÖ, Nationell patientöversikt.....	20
6.7	Fallförebyggande arbete, fall och fallolyckor	20
	Registrering av fallolyckor	20
7.	Hantering av Klagomål och synpunkter	21
8.	Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	21
9.	Undvikbar slutenvård	21
10.	Medicintekniska produkter	22
10.1	Medicinskteknisk avvikelse	23
11.	Rehabilitering	23
11,1	Fysioterapeut/sjukgymnastens insatser.....	23
11,2	Arbeterapeutens insatser.....	23
11,3	Kompetens.....	23
12	Vård och omsorg om personer med demenssjukdom	24
12,1	Kompetens.....	24
13	eHälsa	24
13.1	eHälsa 2015	24
14	Framtid	25
15	Förslag till förbättringar	26

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen för 2015 visar att vård och omsorg har gjort ett gott arbete med att förbättra kvalitén för "de mest sjuka äldre", att riksbedömningar nu är en ordinarie uppgift och att munhälsobedömningar ingår till 100 % av gjorda riskbedömningar vilket har varit ett mål vi arbetat för.

Under 2015 har vi arbetat med samverkan kring en ny överenskommelse kring personer med psykiska funktionsnedsättningar. Vi har sedan 2010 en väl inarbetad rutin kring samverkan för personer med riskbruk, missbruk, beroendeproblematik och samsjuklighet, denna vill vi nu utveckla att även innefatta personer med psykiska funktionshinder.

Vi har även introducerat arbetssättet, SIP, Samordnad Individuell Plan som är ett sätt att samordna insatser från flera olika utförare kring en enskild person.

Läkemedelsgenomgångar har minskat under året vilket är oroväckande och en trolig orsak kan vara att den läkare vi samarbetat med under de senaste 10 åren, slutade och nya läkare och nya rutiner för läkarmedverkan introducerades under 2015.

Att öka andelen vårdplaner i patientjournalen var ett mål under 2015 och det har definitivt uppnåtts, med 549 mot 388 under 2014 och 255 under 2013.

eHälsa är ett område där vi börjar visa framgångar. Vi använder oss av många system och det är viktigt att dessa är säkra och användarvänliga för vår personal. Vi arbetar med säker behörighetstilldelning, mobil dokumentation, HSL-uppdrag, digitala signeringslistor och mycket mer.

HSL-uppdrag, för att kvalitetssäkra HSL-åtgärder har vi under 2015 infört så kallat HSL-uppdrag i verksamhetssystemet Procapita inom hemvården och LSS. HSL-uppdrag är en beställning från legitimerad personal till verkställande chef, på HSL-åtgärder som omvårdnadspersonal ska utföra. Under våren 2016 kommer HSL-uppdraget även att införas inom särskilda boenden.

Vi har många förbättringsområden, 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 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).

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

- Ansvaret för hälso- och sjukvården i Västra Götaland 2012-2016
- Ansvar för boende, sociala insatser och hälso- och sjukvård i andra boendeformer än ordinärt boende
- Arbetsterapeuters och sjukgymnasters 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 i Västra Götaland 2014.pdf
- Överenskommelse_utskrivningsklara_patienter_2007.pdf
- Uppsökande verksamhet för tandvårdspersonal
- Samordnad vårdplanering-SVPL
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Närhälsans vårdcentral
- Avseende personer med 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 har ett arbete påbörjats kring utveckling av detta, att även innefatta personer med psykisk funktionsnedsättning och att samverkansgrupp ansvarar för att ta fram en samordnad individuell plan (SIP) enligt Västra Götalandsmodellen för varje enskild individ och syftet är att på ett bättre sätt samordna de insatser som erbjuds den enskilde.

4.3 Samordnad vårdplanering – SVPL

Vid samordnad vårdplanering överförs 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 (KLARA) finns för att underlätta dokumentation och överföring av information mellan vårdgivare.

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

Avvikelse	2015	2014	2013
Till SkaS	18	21	10
Från SkaS	1	2	4
Till Primärvård	1	0	1
Från Primärvård	0	0	0
Till Övriga	0	0	1
Från Övriga	0	0	0

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

Färre avvikelserapporter är skickade till Skaraborgs sjukhus, SkaS än 2014. Känslan i verksamheten är inte att avvikelserna minskat, tvärt om, men att det finns en stor avvikelsetrötthet, som vi måste arbeta aktivt med. Gemensamt med regionen har vi analyserat och tittat på förbättringsområden. Flest avvikelser ses i samband med utskrivning från sjukhus till kommunen. *”hemskickad utan vårdplanering”* och *”inget svar på vårdbegäran”*.

4.4 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 ”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 vårdsamverkan, för vidarebefordran till förvaltningarnas linjeorganisation. Gruppen med representanter från de tre förvaltningarna träffas ca fyra gånger per år.

Förbättringsförslag 2016

- 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. Under 2015 har sektor omsorg introducerat den riktlinje kring SIP som är framtagen av Regionen och VästKom.

4.6 Läkarmedverkan

Västra Götalandsregionen har ansvar för läkarinsatser i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde vilket regleras i avtalet mellan Västra Götalandsregionen 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 2016

- 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 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 inriktar sig på 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 under två veckor, eller ett specifikt datum, två gånger per år.

	HT-15	VT -15	HT-14	VT -14	HT -13
Antal personer på enheten, området som omfattas av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser	263	275	277	280	301
Antal av dessa som har en behandlingsansvarig läkare.	255	271	258	280	274
Antal av dessa som har en medicinsk vårdplan.	188	235	234	170	140
Antal patienter som skrivits ut från sjukhus under aktuell period	8	9	11	9	8
Antal av dessa som har en epikris/ slutanteckning innevarande dag	6	8	9	8	6
Antal av dessa som har en aktuell läkemedelslista innevarande dag	7	7	9	6	4

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 i hemstjänst och äldreboende. Bland annat ställdes frågan:

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

Särskilt boende	2013	2014	2015	Trend
Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	86	83	92	↑
Hemtjänst	2013	2014	2015	Trend
Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	68	73	73	→

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning 2013, 2014 och 2015.

Procent

Positivt att de äldre på särskilda boende upplever i 92 % att det är lätt att träffa en sjuksköterska vid behov. Detta är en uppgående trend som vi ser från 2013 till 2015 att den ökat. Inom hemtjänsten ökade den mellan 2013 till 2014 men från 2014 till 2015 har den bibehållits, vilket också kan ses positivt.

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.

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 2015 har en synpunkt kring omvårdnad kommit till 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 man i 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. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/Verksamhetschef för Hälso- och sjukvård (HSL) analyserar verksamheternas svar och ger förslag på förbättringsområden och prioriterade områden. Varje enhetschef analyserar sin verksamhets svar och gör prioriteringar utifrån en helhetssyn på sin verksamhet.

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

Under 2015 har hälso- och sjukvårdspersonal genomfört punktprevalensmätningar inom Senior alerts regi vid två olika tillfällen i särskilda boenden, demensboenden och korttidsboenden. Det är en punktprevalens (PPM) kring trycksår och fall.

Förbättringsförslag 2016

- Att ta fram en strukturerad riskanalys modell

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 Senior alert

För att arbeta strukturerat med riskbedömningsunderlag inom områdena trycksår, fall och nutrition använder vi oss av **Senior Alert**, sedan 2011 och har som mål att alla personer inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård ska minst en gång om året, eller oftare vid behov, bli riskbedömda enligt denna struktur. Målet under 2015 har varit att 100% av andelen personer i särskilda boende ska ha riskbedömts enligt denna struktur och målet tyvärr inte uppnåtts.

Totalt antal riksbedömningar i Götene:

	2015	2014	2013	2012	2011
antal riskbedömningar	361	386	82	139	129
antal åtgärder	213	291	29	75	90
antal uppföljningar	194	277	34	73	36

Källa: Senior Alert rapport riskbedömningar

Under 2014 hade vi en specifik **kvalitetsgrupp**, bestående av sjuksköterskor, undersköterskor, enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och systemförvaltare av Procapita som arbetade målinriktat med stöttning och utbildning av såväl kvalitetsregistren som riskbedömningarna och åtgärder för den enskilde individen. Under 2015 har vi inte haft möjlighet att ha den extra tid för kvalitetsgruppen utan introduktionen ska vara genomförd. Vi ser att vi tappat något i både riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar, men att det nu är en ordinarie uppgift.

5.3 Munhälsa

Munhälsa är ett viktigt område att arbeta med riskbedömningar och förebyggande arbete och som har en naturlig koppling till de andra områdena. En äldre person som har problem med munhälsan blir till exempel lättare undernärmd – vilket ökar risken för fall och trycksår.

Att arbeta systematiskt med munbedömningar och åtgärder ökar medvetenheten hos vård- och omsorgspersonal samt synliggör behovet av munvård i det dagliga arbetet.

	2015	2014	2013
Registrerade riskbedömningar där ROAG används	349 (100%)	365 (100%)	4
Riskbedömningar där risk för ohälsa i munnen konstaterats	139 (40%)	153 (42%)	3
Riskbedömningar med risk för ohälsa i munnen som har planerade förebyggande åtgärder	79 (57%)	132 (86%)	

Källa: Senior alert översiktsrapport

ROAG (Revised Oral Assessment Guide) är ett enkelt riskbedömningsinstrument för att förbättra munhälsan hos äldre och utbildning för alla sjuksköterskor genomfördes under 2013 och har varit ett utvecklingsområde under 2014 och 2015, målet att implementera ett validerat riskbedömningsunderlag för munhälsobedömningar har uppnåtts. Vi ser att av de riskbedömningar som utförs är munhälsobedömningarna med i 100%.

5.4 Punktprevalens mätning

Punktprevalensmätningens främsta syfte är att ligga till grund för förbättringsarbete på varje äldreboende runt om i Sverige för att förebygga och minska förekomsten av trycksår och fall. Under en vecka bedöms förekomsten av antal trycksår och antal fall i äldreomsorgen. PPM består av hudobservation som sker under pågående vecka, registrering av fall (två veckor tillbaka i tiden), riskbedömning (aktuell 6 månader tillbaka i tiden) och pågående åtgärder. 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.

I Götene har vi 124 särskilda boendeplatser och 12 korttidsplatser, där målet är att samtliga ska få frågan om medverkan i PPM studien, detta mål har vi inte levt upp till under 2015. Endast 63 % har riskbedömts v 11 och 71 % har riskbedömts v 40.

Vi genomfört denna mätning vid två tillfällen under 2015, vecka 11 och vecka 40

	Antal registreringar	Antal personer med trycksår	Antal trycksår	Antal trycksår kategori 1	Antal trycksår kategori 2	Antal trycksår kategori 3	Antal trycksår kategori 4	Andel personer som fallit minst en gång senaste två veckorna
V 11	86	4	5	1	4	0	0	3
V 40	97	7	7	4	2	0	1	4

Källa: Punktprevalensmätning Senior Alert v11 och v40 2015

I årets första mätning genomfördes 86 st bedömningar/mätningar. Mätningarna genomfördes på särskilda boenden inom äldreomsorgen och mätningen visade 4 trycksår i kategori 2. 2015 års siffror kan inte jämföras med 2014 års mätningen rak av då mindre antal mätningar genomfördes i 2015 års mätning.

Trycksår

Andel med risk för trycksår är 23% av alla gjorda bedömningar/mätningar. I och med att man identifierar trycksår och risk för trycksår kan man snabbare sätta in förebyggande åtgärder. Vi kan se att v 11 identifierar vi 4 personer som har trycksår av kategori 2 men v 40 är det 4 trycksår i kategori 1, vilket om det är samma patienter skulle vara en mycket god förbättring.

Fall

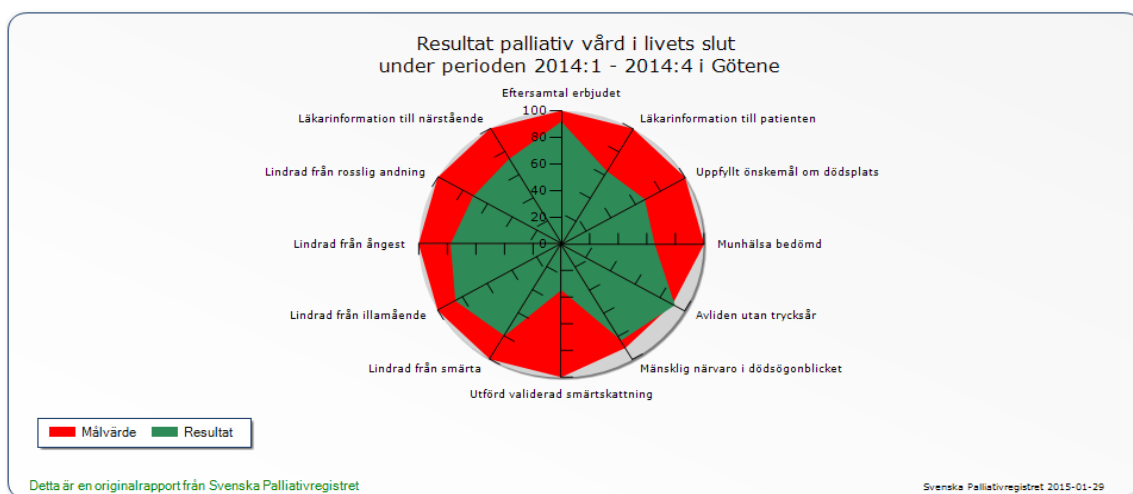
Andel med risk för fall är 66% av de bedömningar som genomfördes. Även inom arbete kring fallprevention handlar det om att hitta och identifiera vilka personer som har risk för fall och då se över läkemedelsbehandling och hur miljön ser ut runt om den enskilde osv

6.1.2 Förbättringsförslag 2016

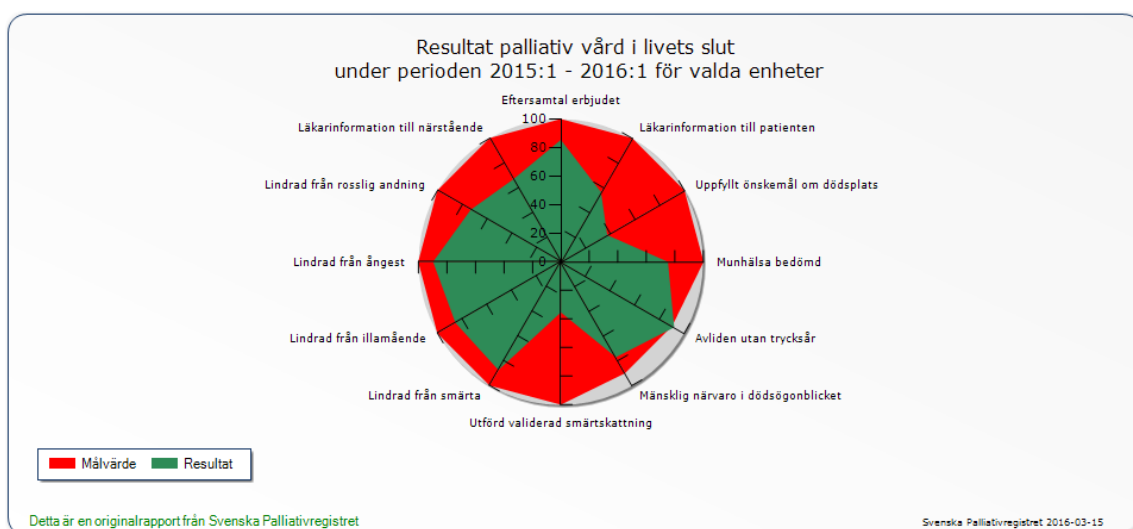
- Att 100% av andelen personer i särskilda boende ska ha riskbedömts enligt denna struktur
- Att 100% av andelen personer i särskilda boende ska ha fått erbjudandet att delta i PPM studien två gånger per år
- Att öka andelen riskbedömningar i Senior Alert inom enskilda boende
- Att minska andelen trycksår i särskilda boende

5.5 Svenska palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livet 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 2014 och 2015 års resultat av vård i livets slutskede, kan vi konstatera att läkarinformation till både patient och närstående har minskat något, vilket till stor del kan förklaras med att den läkare som vi har haft ett nära samarbete med i över 10 år har slutat och nya läkare har kommit, med vilka vi ännu inte fått in rutiner. Vi har fortsatt goda resultat i lindrad från ångest, illamående och smärta. Övriga parametrar kvarstår liknande sedan förra året. Vi har under 2014 implementerat det validerade smärtskattningsunderlaget Abbey pain scale, vilket är ett skattningsinstrument för smärta hos personer med nedsatta kognitiva funktioner eller som inte kan verbalisera sin smärta. Området smärtskattning var ett förbättringsområde 2015 och kvarstår som förbättringsområde 2016.

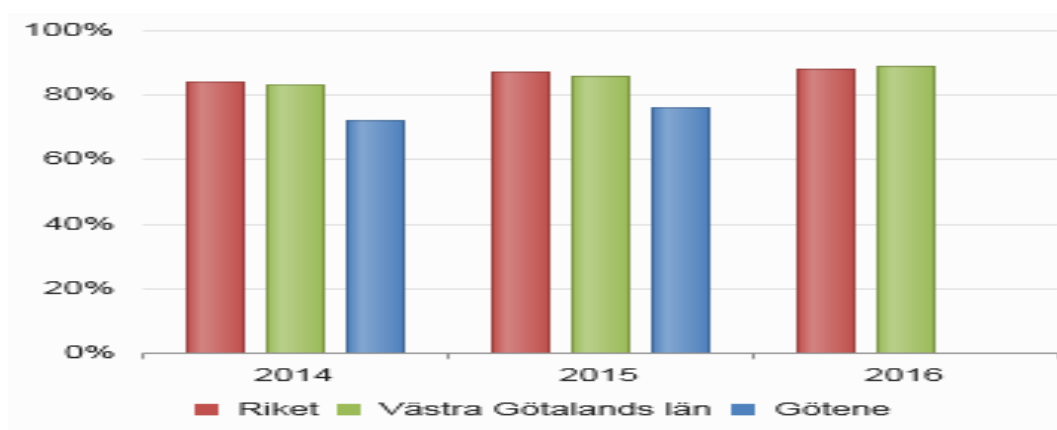
Förbättringsförslag 2016

- Att patientansvarig sjuksköterska initierar Brytpunktsamtal med patient/närstående och läkare
- Att symtomskattning genomförs, enligt VAS ,visuell-analog-skala eller Abbey pain scale
- Att utföra munhälsobedömning vid vård i livets slut

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

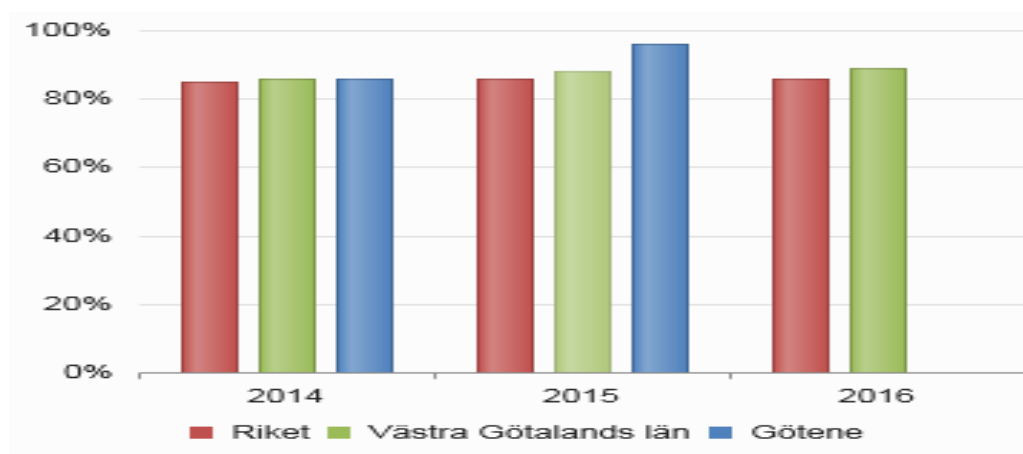
BPSD är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete. **BPSD** – "Beteende och Psykiska Symtom vid Demens" innebär att personen med demens har beteenden som vandring, 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.

Andelen personer som har bemötandeplan



Källa: Kvalitetsindikatorer BPSD registret.

Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd



Källa: Kvalitetsindikatorer BPSD registret.

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.

Förbättringsförslag 2016

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

5.7 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 ditt frikort 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	2015	2014	2013	2012
Antal Intyg	244	247	238	232
Tackat ja till gratis munhälsobedömning i hemmet	137	146	132	140
Utförda munhälsobedömningar av VG regionen	107	88	85	97

Källa: Tandvårdsenheten, Hälso-och sjukvårdsavdelningens årsredovisning för 2015

5.8 Kommunikation mellan vårdpersonal

För att förbättra kommunikationen mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal i kommunen har beslut fattats om att strukturerad kommunikation enligt SBAR ska användas. SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Råd. En mall från Sveriges Kommuner och Landsting har använts, men mallen har omarbetats något för att passa kommunal hälso- och sjukvård. Enhetschefer har fått utbildning och uppdrag att utbilda sin personal. Uppföljning kommer att ske i den interna kvalitetsgranskningen.

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 kvalitetsregistret 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

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.

En avvikelse/utredning har föranlett anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO så kallad Lex Maria under 2015.

6.2 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, patient ansvarig sjuksköterska och

eventuellt närstående och omvårdnadspersonal. Detta är en del i den medicinska vårdplanering kring vårdens inriktning som ska genomföras med varje patient.

Antal läkemedelsgenomgång:

2015	2014	2013	2012	2011
123 genomgångar	216 genomgångar	293 genomgångar	280 genomgångar	203 genomgångar

Källa: Procapita

Att så få läkemedelsgenomgångar har genomförts under 2015 jämfört med tidigare år kan troligen bero på att den läkare vi samarbetat med under de senaste 10 åren, slutade och nya läkare och nya rutiner för läkarmedverkan introducerades.

Förbättringsförslag 2016

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

Antal läkemedelsavvikelser

År	2015	2014	2013	2012	2011
Antal	286	359	206	193	219

Källa: Procapita

Totalt 286 läkemedelsavvikelser under 2015 är inrapporterade i Procapita. I de flesta fall har den enskilde inte fått enstaka läkemedelsdos eller med en viss tidsförskjutning.

Vi hade under 2014 ett stort antal fel i dosetter, vilket har föranlett att olika åtgärder har satts in av ansvarig chef i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. En sådan åtgärd har varit att se över sjuksköterskebemanningen och en omfördelning av resurser har genomförts under 2015. Efter den omfördelningen kan vi se att fel i dosetter har minskat drastiskt. Ingen av avvikelserna kring läkemedelshantering har lett till någon allvarlig skada för patient.

Förbättringsförslag 2016

- 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 2015-2016 har 213 patienter vaccinerats mot influensan vilket ligger något lägre än förra året då vi vaccinerade 225 patienter.

6.4 Journalgranskning

2014 genomförde medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS och systemförvaltare Procapita HSL journalgranskningar tillsammans med all legitimerad personal, där vi tog fram förbättringsåtgärder och utbildningspaket. Under 2015 har vi arbetat vidare med dessa förbättringsområden.

2014 infördes även dokumentation för omvårdnadspersonalen i verksamhetssystemet Procapita för både dokumentation inom lagrummen för SoL/LSS och HSL. Tidigare har omvårdnadspersonalen enbart dokumenterat på papper. För att säkerställa hälso- och sjukvårdsdokumentationen i patientjournalen har därför Medicinsk ansvarig sjuksköterska, MAS och systemförvaltare Procapita HSL även gjort journalgranskningar av omvårdnadspersonalens dokumentation. Samtliga anteckningar under årets första tre månader granskades.

Journalgranskningen visade att ca 90% av den granskade dokumentationen bedömdes som ej korrekt HSL dokumentation enligt lagstiftning och riktlinjer. Det ska vara lätt att göra rätt så med detta resultat kunde vi se att vi behövde sätta in åtgärder som ska vara till hjälp för omvårdnadspersonalen att dokumentera rätt. Vi har därför under 2015 utveckla våra signeringslistor med att de ska innehålla en dokumentationsdel där iakttagelser kan dokumenteras efter överenskommelse med legitimerad personal och att mätvärden kvarstår som tidigare att dokumentera direkt i patientens elektroniska journal.

Den övergripande HSL-dokumentationen som omvårdnadspersonalen utför sker på signeringslistor som tillhör patientjournalen.

6.5 Dokumentation

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 ska legitimerad personal föra patientjournal. Syftet med att föra journal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är ett arbetsverktyg eller underlag för den som ansvarar för vården och en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit. Patientjournalen har även en stor betydelse som underlag i vissa rättsliga sammanhang och för forskningen.

En vårdplan är kärnan i dokumentationen och ska innehålla de diagnoser (problem, risker) och mål som satts för och med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer. Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. En vårdplan ska upprättas snarast. Vårdplanen är tvärprofessionell och perspektiv, vilket innebär att all legitimerad personal tillför och ansvarar för sin del i den gemensamma vårdplanen som pekar framåt i tiden. Vad ska göras för patienten från och med nu och framåt. En vårdplan innefattar omvårdnad- och rehabdiagnos, mål och åtgärder.

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.

Antal vårdplaner:

	2015	2014	2013	2012	2011
Antal vårdplaner	549	388	255	230	284

Källa: Interna kvalitetsgranskningen

Att öka andelen vårdplaner var ett mål under 2015 och det har definitivt uppnåtts, med 549 mot 388 under 2014 och 255 under 2013.

För att ytterligare kvalitetssäkra HSL-åtgärder har vi under 2015 infört så kallat HSL-uppdrag i verksamhetssystemet Procapita inom hemvården och LSS. HSL-uppdrag är en beställning från legitimerad personal till verkställande chef, på HSL-åtgärder som omvårdnadspersonal ska utföra. Under våren 2016 kommer HSL-uppdraget även att införas inom särskilda boenden.

Förbättringsförslag 2016

- Att det finns en vårdplan på alla övertagna, bedömda Hälso- och sjukvårdsåtgärder

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	2015	2014	2013	2012	2011
Antal	686	520	327	318	306

Källa: Procapita

Att ökningen av antalet fallolyckor ökat från 520 under 2014 till 686 under 2015, kan inte enbart ses som att fler faller, det kan även påvisa att verksamheterna blivit mer observanta och arbetar mer utifrån rapportering av fallolyckor och handlingsplaner kring åtgärder. 22 av 686 rapporterades har blivit inlagda på sjukhus och 3 har fått bestående komplikation/skada.

Förbättringsförslag 2016

- Att genom riskbedömning och åtgärder utifrån Senior alert minska antalet fallolyckor

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 anhöriga tas emot och utreds av MAS.

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

2 stycken klagomålsärenden/avvikelser/förfrågningar kring medicinska insatser har inkommit från patienter/anhöriga och andra vårdgivare, samtliga har fått både skriftligt och/eller muntligt svar

8. Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

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 delegeringsbeslut

	2015	2014	2013	2012	2011
Antal delegeringsbeslut	723	669	558	418	471

Källa: Interna kvalitetsgranskningen

Från 2012 kan vi se en tydlig ökning av delegeringsbeslut, vilket kan förklaras med en ökad andel patienter och ökad andel omvårdnadspersonal. De delegeringsbara åtgärderna har inte ökat under denna tid, tvärt om, sedan 2012 är det fler åtgärder som sjuksköterskan inte kan delegera utan ska utföra själv.

Förbättringsförslag 2016

- Kvalitetssäkra delegeringsprocessen för uppgifter avseende läkemedelshantering genom krav på intern utbildning och kunskapstest inför eventuell delegering.

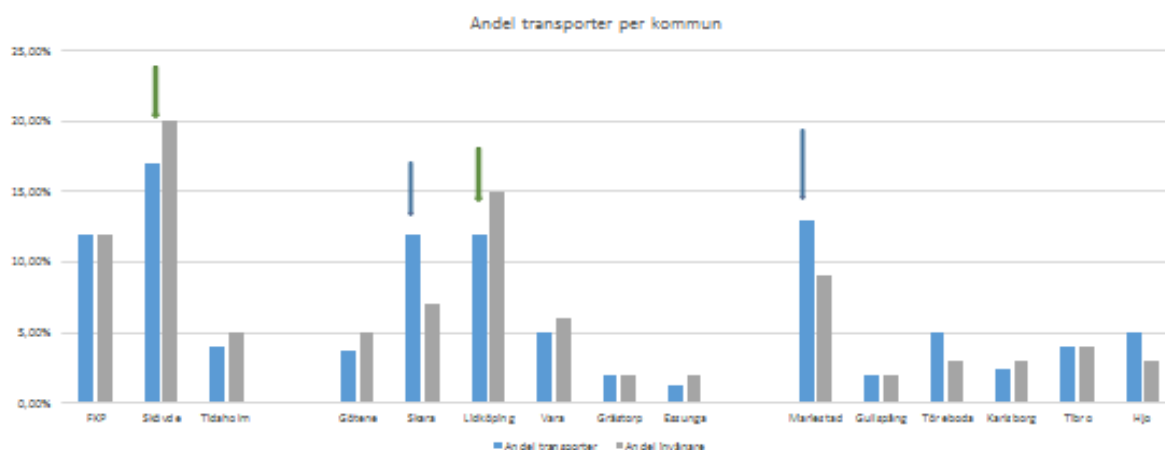
9. Undvikbar slutenvård

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.

Andel invånare och andel transporter per kommun



Den grå stapeln visar andel invånare och den blå stapeln visar andelen transporter. I den jämförelsen är Götene jämbördigt med Tidaholm, Vara och Essunga. För att kunna jämföra mer krävs att man även tittar på åldersfördelningen på invånarna i de olika kommunerna med mera.

Mätningen avser period: 2 februari - 29 mars 2015, 8 veckor.

Totalt antalet transporter från Götene Kommun under perioden uppgick till 24 st.(2014 var det 26 st)

5/24 transporter skedde från särskilda boende

18/24 transporter skedde från Hemsjukvård

1/24 transporter skedde från korttidsvård

De tre vanligaste tillstånden som orsakat transporten var: Buksmärta, Fall/ Fraktur misstanke och Hjärtsvikt/hjärtinfarkt.

Förbättringsförslag 2016

- Att genomföra mätning av oplanerade transporter under 2016 och analysera resultatet

10. 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.

10.1 Medicinskteknisk avvikelse

Ingen utredning kring medicinskteknisk produkt har lett vidare till anmälan till Läkemedelsverket under 2015.

Förbättringsförslag 2016

- Att inventera alla enheters grundutrustning
- Att skapa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller

11. Rehabilitering

Kommunen ansvarar för rehabilitering vid dagverksamhet, i särskilt boende, i korttidsboende och i ordinärt boende så kallad hemrehabilitering, enligt ett avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

Vid behov av rehabilitering ska en patientjournal upprättas. Patient som har behov av arbetsterapeutisk träning eller sjukgymnastiksinsatser ska erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel ska utprovas individuellt av behörig personal.

11,1 Fysioterapeut/sjukgymnastens 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.

11,2 Arbetsterapeutens 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

- Flertalet fysioterapeuter/sjukgymnaster/arbetsterapeuter har utbildning i motiverande samtal
- En arbetsterapeut och en fysioterapeut/sjukgymnast har spetskompetens i rörelseförmåga vid demens
- De flesta har utbildning i funktionellt sittande, de som saknar denna kompetens är planerad att få den under 2016.
- En arbetsterapeut har utbildning i AMPS, The Assessment of Motor and Process Skills

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 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 personal som har utökad kompetens inom demenssjukdomar.

12,1 Kompetens

I kommunen finns:

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

Förbättringsförslag 2016

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

13 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.

13.1 eHälsa 2015

Exempel på system som idag används är:

- Dokumentation i elektronisk omvårdnadsjournaler.
- 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.

Under 2014 har Götene tillsammans med Lidköping och VästKom påbörjat ett projekt kring mobil dokumentation. Målet med projektet 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 KLARA SVPL samt testa Tietos Lifecare-moduler.

Mobil dokumentation ger kvalitetshöjningar, säkrare patientvård, effektivare arbete och även mindre miljöpåverkan. Projektet har gett vissa erfarenheter av att man slipper resor till kontoret eller att ringa kollegor för att hämta in information från journaler och sociala akter. Då det varit en del tekniska svårigheter har vi förlängt projekt tiden och även under 2015 har vi testat olika former.

Ett förbättringsförslag från föregående år har varit att ta fram en säker behörighetstilldelning till verksamhetens system. Under 2015 har MAS tillsammans med systemförvaltare av Procapita HSL tagit fram en Behov- och riskanalys av behörighetsroller i procapita HSL-journal. Systemförvaltaren arbetar vidare tillsammans med GöLiSka kommunerna, för att ta fram ett verktyg så det blir enklare och säkrare att tilldela rätt behörigheter till personal.

Systemansvarig för Procapita HSL ingår i en arbetsgrupp i Västra Götaland (VästKom), där de tittar på olika former av digitala signeringslistor.

Förbättringsförslag 2016

- Bredd införa mobil dokumentation för all legitimerad personal om resultatet efter projekttiden är positiv.

14 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. 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 vårdtagaren till exempel: samordnad vårdplanering, läkemedelsförskrivning, läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar
- Kvalitetsregister och vårdsystem för dokumentation
- Nyttänkande, utveckling och forskning.

15 Förslag till förbättringar

Förslag till förbättringar	Ansvarig	Följs upp
<u>Avvikelser</u>		
Fortsätta identifiera avvikelser kring samordnad vårdplanering	Bist.bed/leg pers	PSB 2016
Delta i de samverkansträffar som anordnas i Skaraborg för att kvalitetssäkra samordnad vårdplanering	MAS	
<u>Läkarmedverkan</u>		
Att revidera samverkansavtalen om läkarmedverkan	MAS	PSB 2016
<u>Struktur för uppföljning och utvärdering</u>		
Att ta fram en strukturerad riskanalys modell	Ledningsgrupp övergripande ÄO/HO	PSB 2016
<u>Nationella kvalitetsregister</u>		
<u>Senior Alert</u>		
Att 100% av andelen personer i särskilda boende ska ha riskbedömts enligt strukturen i Senior Alert inom särskilda boende	Enhetschef	PSB 2016
Att 100% av andelen personer i särskilda boende ska ha fått erbjudandet att delta i PPM studien två gånger per år	Enhetschef	PSB 2016
Att öka andelen riskbedömningar i Senior Alert inom enskilda boende	Enhetschef	PSB 2016
Att minska andelen trycksår i särskilda boende	Enhetschef	PSB 2016
Att genom riskbedömning och åtgärder utifrån Senior alert minska antalet fallolyckor	Enhetschef	PSB 2016
<u>Palliativ vård</u>		
Att patientansvarig sjuksköterska initierar Brytpunktsamtal med patient/närstående och läkare	Patientansvarig sjuksköterska	PSB 2016
Att symtomskattning genomförs, enligt VAS ,visuell-analog-skala eller Abbey pain scale	Patientansvarig sjuksköterska	PSB 2016
Att utföra munhalsbedömning vid vård i livets slut	Patientansvarig sjuksköterska	PSB 2016
<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 2016
<u>Läkemedelshantering</u>		
Att alla patienter där kommunen har ett övertaget läkemedelsansvar, minst en gång om året har en läkemedelsgenomgång	Patientansvarig sjuksköterska	PSB 2016
Att alla patienter har en aktuell medicinsk vårdplan	Patientansvarig sjuksköterska	PSB 2016
Att alla patienter får sina läkemedel enligt ordination	Patientansvarig sjuksköterska	PSB 2016
Vid avvikelser genomföra händelseanalys, utarbeta åtgärdsplaner och genomföra åtgärder för förbättringar	Patientansvarig sjuksköterska/Enhetschef	PSB 2016

<u>Dokumentation</u>		
Att det finns en vårdplan på alla övertagna, bedömda Hälso- och sjukvårdsåtgärder	Legitimerad personal	PSB 2016
<u>Delegering</u>		
Kvalitetssäkra delegeringsprocessen för uppgifter avseende läkemedelshantering genom krav på intern utbildning och kunskapstest inför eventuell delegering.	MAS/Systemansvariga Procapita	PSB 2016
<u>Undvikbar slutenvård</u>		
Att genomföra mätning av oplanerade transporter under 2016 och analysera resultatet	MAS	PSB 2016
<u>Medicinskt tekniska produkter</u>		
Att inventera alla enheters grundutrustning	Enhetschef	PSB 2016
Att skapa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller	Enhetschef	PSB 2016
<u>Demens</u>		
Att fortsätta samverka med primärvården, för att tidigt kunna sätta in åtgärder.	Enhetschef	PSB 2016
Att hemstödsteamet blir en etablerad resurs för de personer som har behov	Enhetschef	PSB 2016
<u>eHälsa</u>		
Bredd införa mobil dokumentation för all legitimerad personal om resultatet efter projektiden är positiv.	MAS/Systemansvariga Procapita	PSB 2016