

Datum
2017-02-20

Vård och omsorg

Lina Bengtsson, 0479-52 83 00
lina.bengtsson@osby.se

Diariennr: VON/2017:19 730

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Beslut i Vård- och omsorgsnämnden : 2017-03-23

Innehållsförteckning

1. Allmänt.....	4
2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	4
2.1 Socialnämndens ansvar.....	4
2.2 Verksamhetschefens ansvar.....	4
2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar.....	4
2.4 Enhetschefens ansvar.....	4
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	4
3. Övergripande mål och strategier.....	5
4. Struktur för uppföljning och utvärdering.....	5
5. Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
5.1 Nya hälso- och sjukvårdsavtalet.....	6
5.1.2 Förslag för 2016.....	6
5.2 Samordnad vårdplanering – SVPL.....	7
5.2.1 SVPL-IT.....	7
5.3 Läkarmedverkan.....	7
5.3.1 Förbättringsförslag för 2017.....	7
5.4 Samverkan med patienter och närstående.....	7
5.4.1 Socialstyrelsens brukarundersökning.....	8
5.5 Samverkan med medborgare i övrigt.....	8
6. Arbete med nationella kvalitetsregister.....	8
6.1 Senior Alert.....	8
6.1.1 Förbättringsförslag 2017.....	9
6.2 Palliativa registret.....	9
6.2.1 Förbättringsförslag för 2017.....	9
6.3 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom	10
6.3.1 Förbättringsförslag för 2017.....	10
7. Arbete med nationella punktprevalensmätningar.....	10
7.1 Nationell punktprevalensstudie av trycksår.....	10
7.1.1 Förbättringsförslag för 2017.....	11
7.2 Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler.....	11
7.2.1 Förbättringsförslag för 2017.....	12
7.3 HALT.....	12
8. Uppföljningar genom egenkontroll.....	12
8.1 Avvikelse angående läkemedelshantering.....	12
8.1.1 Förbättringsförslag för 2017.....	12
8.1.2 Lex Maria.....	13
8.2 Läkemedelsgenomgångar.....	13
8.2.1 En uppföljning av utförda läkemedelsgenomgångar görs årligen.....	13
8.2.2 Förbättringsförslag för 2017.....	13
8.3 Nutrition.....	14
8.3.1 Nattfasta.....	14
8.3.2 Förbättringsförslag för 2017.....	15
8.4 Dokumentation.....	15
8.4.1 Journalgranskning.....	15
8.4.2 Förbättringsförslag 2017.....	15
8.5 Fall och fallolyckor.....	16
8.5.1 Registrering av fallolyckor.....	16
8.5.2 Förbättringsförslag för 2017	16

8.5.3	Antal höftfrakturer.....	17
8.6	Delegation.....	17
8.6.1	Förbättringsförslag för 2017.....	18
8.7	Munhälsa.....	18
8.7.1	Förbättringsförslag för 2017.....	19
9.	Medicin teknik.....	19
9.1	Medicinteknisk avvikelse.....	19
9.1.1	Förbättringsförslag för 2017.....	19
10.	Rehabilitering.....	19
10.1	Sjukgymnastens insatser.....	19
10.2	Arbetsterapeutens insatser.....	20
10.3	Uppföljning av rehabiliteringsinsatser enligt FIM och EQ5D.....	20
10.4	Uppföljning av rehabiliteringsinsatser enligt AusTOMs.....	21
10.3.1	Förbättringsförslag för 2017.....	21
11.	Vård och omsorg om personer med demenssjukdom.....	22
11.1	Verksamheter.....	22
11.2	Kompetens.....	22
11.2.1	Förbättringsförslag för 2017.....	22
12.	Uppsökande verksamhet	23
12.1	Screena för förmaksflimmer.....	23
12.1.1	Förbättringsförslag för 2017.....	23
13.2	eHälsa - planering för 2017.....	24
14.	Framtid.....	25
15.	Sammanfattning	26
14.	Sammanfattning av föreslagna förbättringar.....	27

1. Allmänt

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen ([2010:659](#)) senast 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 patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som uppnåtts.

2. Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

2.1 Vård- och omsorgsnämndens ansvar

Vård- och omsorgsnämnden 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 Verksamhetschefens ansvar

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

2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

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 och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser 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.

2.4 Enhetschefens ansvar

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

2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för

verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

3. Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.

Socialnämnden har beslutat om ett [ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#) enligt *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)*.

Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår. Under 2016 har ett arbete med att utveckla ledningssystemet påbörjats och det arbetet fortgår under 2017.

4. Struktur för uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

- Uppföljning av mål enligt ledningssystem
- Uppföljning enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- Brukarundersökningar
- Öppna jämförelser
- Nationella studier och kvalitetsregister
- Egenkontroller

4.1 Uppföljning av 2015-års Patientsäkerhetsberättelse

I samband med redovisning av Patientsäkerhetsberättelse 2015 beslutade vård- och omsorgsnämnden om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

Förslag till bättringar	Ansvarig	Följs upp	Resultat
<u>”De mest sjuka äldre</u>			
Att en gemensam handlingsplan för ”de mest sjuka äldre” tas fram i kontinuerlig samverkan med vårdcentralerna i Osby kommun.	MAS/ verksamhetsområdeschef	16-06-30	Befintlig handlingsplan följs. Fokus på arbetet med nya HSL-avtalet.
Att handlingsplan för ”de mest sjuka äldre” implementeras i alla verksamheter	Enhetschef	PSB 2016	Arbetet pågår kontinuerligt

<u>Läkarmedverkan</u>			
Uppföljning av gällande läkaravtal 2 gånger/år	MAS/ verksamhetsområdeschef	16-06-30	Har utförts. Fungerar väl men läkarbristen påverkar kontinuiteten
<u>Senior Alert</u>			
Att alla personer >65 år och som har insatser i form av hemtjänst eller hemsjukvård ska erbjudas riskbedömning enligt Senior Alert.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska/enhetschef	PSB 2016	Arbetet har utvecklats under året. Uppfyllt till 60% i Lönsboda, 24% i Osby. Rutin för teamarbete har tagits fram.
<u>Palliativa registret</u>			
Att omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar behovet av informerande samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2016	Samtal genomfört i 69% av fallen.
Att vidta förebyggande åtgärder för trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2016	Förekomst av trycksår i 15% av fallen.
Att smärtskattning genomförs vid behov.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2016	Utfört i 73% av fallen, vilket är en förbättring
<u>BPSD-registret</u>			
Att alla enheter som vårdar personer med demenssjukdom utvecklar ett strukturerat arbetssätt vid BPSD-symtom.	Enhetschef	PSB 2016	Genomfört och pågående
Att vård och omsorg kontinuerligt utbildar koordinatörer för BPSD.	Verksamhetsområdeschef	PSB 2016	Genomfört och pågående
<u>Trycksår</u>			
Att antalet trycksår i särskilt boende ska minska.	Enhetschef	PSB 2016	Har inte skett.
<u>Basala hygien- och klädregler</u>			
Att vid två gånger per år informera och uppdatera all vård- och	Enhetschef	PSB 2016	Finns rutiner för

omsorgspersonal om basala hygienrutiner			detta men kan bli bättre.
Att förbättra följsamheten till korrekt arbetsdräkt.	Enhetschef	PSB 2016	Genomfört
Att genomföra hygienronder	MAS/ enhetschefer	PSB 2016	Genomfört

<u>Läkemedelshantering</u>			
Att alla verksamheter registrerar läkemedelsavvikelser i det digitala programmet.	Enhetschef	PSB 2016	Personal utbildad. Förbättrat.
Att e-läkemedel införs i samtliga verksamheter	Utvecklingsstrateg	PSB 2016	Infört på Rönnebacken, Lindhem samt i en hemtjänstgrupp. En del problem med Pascal försvårar arbetet.
Att handlingsplaner efter apoteksgranskning bearbetas hos varje enhet och handlingsplan för läkemedelshantering tas fram.	MAS/ Enhetschefer för ssk	PSB 2016	Genomfört
<u>Läkemedelsgenomgångar</u>			
Att öka samverkan med primärvården kring ”skånemodellen”.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2016	Fungerar väl med VC Osby. Helsa har inte tillgång till apotekare men gör en förenklad variant.
<u>Nattfasta</u>			
Att den ofrivilliga nattfastan inte är längre än 11 tim.	Enhetschef	PSB 2016	Spången 100% Lindhem 64% Soldalen 100% Bergfast 45% Rönnebacken bortfall pga

			missförstånd
Att det i vårdplanen/genomförandeplanen ska framgå hur eventuella kvällsmål/nattmål ska serveras för att minska nattfastan.	Enhetschef	PSB 2016	Fortfarande inte tillfredsställande.
<u>Dokumentation</u>			
Att alltid i samband med nya insatser uppdatera bakgrundsuppgifter såsom omvårdnadsansvarig sjuksköterska, patientansvarig läkare, närstående och om samtycke beviljas för att lämna relevant information till närstående, till omvårdnadspersonal eller annan vårdgivare.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2016	Genomfört
Att aktuell vårdstatus uppdateras.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2016	Genomfört
Utveckla den elektroniska avvikelshanteringens att omfatta alla typer av avvikelser.	Utvecklingsstrateg / MAS	PSB 2016	Aktivt valt bort detta då nytt verksamhets system ska upphandlas.
<u>Fall och fallolyckor</u>			
Att hemtjänst och hemsjukvård screenar för fallolycka i Senior Alert.	Enhetschef	PSB 2016	Samma som för senior alert. Utförs delvis.

<u>Munhälsa</u>			
Att alla verksamheter genomför munhälsobedömningar.	Enhetschef	PSB 2016	Genomförs men kan öka. Förbättring behövs främst i ordinärt boende.
Att munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av planer för personlig omvårdnad.	Enhetschef	PSB 2016	Delvis utfört
Att alla munbedömningar registreras i senior alert.	Enhetschef	PSB 2016	Delvis utfört
<u>Medicin teknik</u>			

Att skapa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller.	Enhetschef	PSB 2016	Utfört och pågående
<u>Rehabilitering</u>			
Att bedömning ska göras enligt COPM i senior alert.	Sjukgymnast/ Arbetsterapeut	PSB 2016	Har blivit uppskjutet i systemet. Inget vi kan påverka. Kommer under 2017.
<u>Vård av personer med demenssjukdom</u>			
Att fortsätta arbetet med att utbilda personalen i Demens ABC, Demens ABC+ samt Nollvisionen	Enhetschef	PSB 2016	Utförs
Att alla verksamheter arbetar utifrån handlingsplanen för demenssjukdomar och BPSD.	Enhetschef	PSB 2016	Utförs
Att fortsätta arbetet med BPSD-registret	Enhetschef	PSB 2016	Utförs
Att utbilda koordinatörer för BPSD-registret.	Verksamhetsområdeschef	PSB 2016	Utfört
<u>Uppsökande verksamhet</u>			
Att genomföra elektronisk uppföljning av den uppsökande verksamheten.	MAS/ utvecklingsstrateg	PSB 2016	Genomförs
<u>Nya hälso- och sjukvårdsavtalet</u>			
Förbereda verksamheten inför de krav det nya hälso- och sjukvårdsavtalet kommer att ställa på oss.			Utfört så långt som möjligt utifrån den information vi haft
Ta fram en plan för att öka kompetensen hos samtliga yrkeskategorier för att möta behovet utifrån det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.	MAS/ verksamhetsområdeschef/ enhetschefer/ utvecklingsstrateg	PSB 2016	Delvis genomfört.

5. Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur vård- och omsorgsnämndens

verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- [Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.](#)
- [Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.](#)
- [Överenskommelse om habilitering i Skåne.](#)
- [Ramavtal kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.](#)
- [Lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Osby - reviderat 2016.](#)
- [Lokalt avtal om läkarmedverkan med Helsa AB - reviderat under 2016.](#)
- [Regelverk för Samordnad vårdplanering](#) - reviderat under 2016.
- [Regelverk för tandvårdsstöd i Skåne](#) - reviderat under 2014.
- [Samarbetsavtal mellan kommunerna och regionens sjukvård i nordöstra Skåne – förlängt 2016.](#)
- Hälso- och sjukvårdsavtal – upprättat under 2016
<http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%8Arden-i-Ska%CC%8Ane.pdf>

5.1 Nytt hälso- och sjukvårdsavtal

Den 1 september 2016 trädde det nya hälso- och sjukvårdsavtalet i kraft. Avtalet är ett utvecklingsavtal och i praktiken har inga förändringar skett under 2016. Arbetet fortgår kring utformning och samarbete. Samverkan sker i olika former mellan region och kommun kring hur arbetet ska fortskrida. Det nya avtalet går i stora drag ut på att läkare och sjuksköterska ska komma till patienten och patienten ska i så stor utsträckning som möjligt vårdas i hemmet och sjukhusvård undvikas. Regionen ansvarar för läkarresursen och kommunen ansvarar för övrig personal såsom biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast (fysioterapeut) samt undersköterska.

Projektet ledningskraft har avslutats under året och arbetet har istället riktats mot samverkan kring det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.

5.1.1 Äldresatsningen 2016

Under 2015-2016 har regeringen valt att satsa resurser på den sk äldresatsningen som är kopplad till att höja bemanningen så att det kommer den äldre till del.

Osby kommun har tagit del av äldresatsningen med 3 481 685 kr och har då valt att satsa på höjd bemanning främst riktad mot det sociala innehållet. Utfallet har varit mycket positivt och kvalitetsförbättringen tydlig. Ökad utevistelse, fler aktiviteter, utflykter, fester och framförallt en bättre vardag för vårdtagarna kombinerat med en bättre arbetsmiljö för personalen är

resultatet. Fördelningen av äldresatsningspengarna har kopplats till vårdtyngden.

5.1.2 Förslag för 2017 i patientsäkerhetsberättelsen 2016

- Kontinuerlig samverkan med regionen kring utveckling och implementering av det nya hälso- och sjukvårdsavtalet
- Att äldresatsningen satsas där bemanningen är lägst kopplat till vårdtyngden med uppföljning av att satsningen kommer vårdtagarna till del.

5.2 Samordnad vårdplanering – SVPL

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhus. I Skåne finns gemensamt upprättade rutiner för [samordnad vårdplanering](#) mellan kommunerna i Skåne och Region Skåne. Rutinerna beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med utskrivning från slutenvården. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport då rutinerna inte följs. Följande avvikelser har översänts till slutenvården. Siffran inom parentes är de avvikelser vi fått sända till oss, där vi har orsakat avvikelserna.

Avvikelse till	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Psykiatri, Kristianstad	0	0	0	0	1	0	0
Ambulans, Hässleholm	0	0	0	1	1	0	0
ASIH	2	0	0	0	0	0	0 (2)
Centralsjukhuset, Kristianstad	11	4	6	6	6	5	7
Sjukhuset, Hässleholm	10	8	2	6	6	4	7
Primärvård	0	0	0	0	0	0	2
Totalt	23	13	8	13	14	9	18

MASarna i nordöstra Skåne har tagit initiativ till en samverkansgrupp kring avvikelser där vårdplanerare och sjuksköterskor från kommunen träffar berörd personal från regionen och tillsammans går igenom aktuella avvikelser. Syftet med detta är att det fungerar som ett lärandetillfälle där personal kan utbyta erfarenheter och få förståelse för vilka konsekvenser olika händelser sker så att de ska kunna förebyggas.

5.2.1 Förbättringsförslag för 2017 i patientsäkerhetsberättelsen 2016:

- Fortsätta arbetet med deltagande i dialoggrupp (sk. RIVÖ-HOP) tillsammans med regionens representanter för en ökad kunskapsspridning kring avvikelsernas konsekvenser och vad som kan göras för att undvika dem.

5.3 Läkarmedverkan

Region Skåne har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Samverkansavtal finns mellan vård och omsorg i Osby kommun och Helsa AB (tidigare Hälsoringen) och Vårdcentralen Osby. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vid behov av akuta hembesök under dagtid då vårdcentralerna bedömer att de inte har möjlighet att göra hembesök hos listad patient, kan Falck Ambulans AB kontaktas. De läkarbemannade hembesöksbilarna har Region Skånes uppdrag att ansvara för akuta hembesök dygnet runt. Detta gäller såväl inom särskilt som ordinärt boende.

Under 2016 har ett försök med mobilt läkarstöd, en bil med sjuksköterska och läkare som utgår från sjukhuset påbörjats i Hässleholm. Det mobila läkarstödet fungerar främst som sjukhusets förlängda arm och kan följa upp patienter som annars skulle behövt ligga kvar längre på sjukhuset. Bilen kan också kallas ut av primärvården om deras läkare inte har möjlighet att bedöma patienten. Bilen har varit i drift parallellt med Falcks hembesöksbilar. Vi har endast haft bilen ute vid enstaka tillfällen så det är svårt att utvärdera effekten. De gånger den varit ute har det fungerat väl.

Under 2016 har andelen SIP, det vill säga samordnad individuell plan ökat. Dock finns det fortfarande förbättringspotential. I det nya avtalet är SIP ett krav. Under året har en gemensam handlingsplan upprättats tillsammans med vårdcentralerna för att få ett flöde i arbetet med SIP. Arbetet har kommit längst tillsammans med regionens vårdcentral men är igång även tillsammans med Helsa. Samtliga som flyttar in på SÄBO ska erbjudas SIP inom 3 veckor. Statistiken från regionen på hur många SIP som gjorts är inte helt rättvisande då en felkälla är SIP som gjorts men inte markerats klara i systemet. En information kring detta har gått ut till berörd personal.

5.3.1 Förbättringsförslag för 2017 i patientsäkerhetsberättelsen 2016:

- Samarbetet med vårdcentralerna fungerar mycket bra. Ett problem är att läkarkontinuiteten har brustit ibland. Arbetet med SIP ska intensifieras under 2017 med målet att alla på SÄBO ska ha en SIP liksom samtliga i HSV som skrivs in i den nya vårdformen.

5.4 Samverkan med patienter och närstående

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- ✓ medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner
- ✓ bli informerade om när nationella studier genomförs
- ✓ bli informerade vid utredning av vårdskador
- ✓ bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

5.4.1 Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen gör årligen en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende. Bl.a. ställdes frågan

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

		Riket gnm-snitt i %	Skåne gnm-snitt i %	Osby i %	År
Hem- tjänsten	Mycket lätt/ ganska lätt	54	51	74	2012
		69	66	76	2013
		69	65	76	2014
		67	64	83	2015
		Mätas ej	Mätas ej	Mätas ej	2016
Särskilt boende	Mycket lätt/ ganska lätt	67	65	74	2012
		78	78	88	2013
		78	78	84	2014
		77	77	82	2015
		77	77	82	2016

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning 2012, 2013, 2014, 2015 och 2016

5.5 Samverkan med medborgare i övrigt

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att

- ✓ ha en lättillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- ✓ medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer, mervetare, veteranerna etc.

En uppskattad äldredag har genomförts under året. Särskilt boende har bjudit in till anhörigräffar och i dagverksamheten har det arrangerats ett närståendecafé.

6. Arbete med nationella kvalitetsregister

Verksamhetsområdet har under året arbetat med riskanalyser i nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert och Palliativa registret. Flera verksamheter registrerar i Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. Under 2016 har flera utbildningsinsatser gjorts för att utveckla arbetet med BPSD då det varit mycket framgångsrikt hos de enheter som kommit långt i det arbetet. Implementeringsarbetet kring BPSD går framåt. Tankesättet kring hur man ska jobba börjar sätta sig, verksamheterna menar att man tänker BPSD och fokuserar på det. Vi ser att registren hjälper till att hitta ett strukturerat arbetssätt för att arbeta förebyggande vilket i sin tur leder till att antalet trycksår minskar, den palliativa vården blir bättre och så vidare.

6.1 Senior Alert

[Senior Alert](#) är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av undernäring, trycksår och fallolyckor. Under hösten 2016 har ett omtag skett med arbetet i Senior Alert. Arbetet har inriktats mot teamarbetet och hur det kan bli bättre i såväl det förebyggande arbetet som i arbetet med Senior Alert. Fortfarande har inte arbetet nått tillfredsställande resultat i ordinärt boende. Därför gäller samma förbättringsförslag under 2017 som under 2016.

Enhet	Antal inmatade	Antal inmatade	Antal inmatade	Antal inmatade

	riskbedömningar		åtgärder		uppföljningar		avslut	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Lindhem	132	113	132	113	128	120	13	21
Rönnebacken	175	154	131	109	242	100	105	92
Bergfast	38	45	37	45	38	47	7	15
Soldalen	40	39	39	44	40	44	5	4
HTJ/HSV Osby	22	20	19	21	21	25	8	8
HTJ/HSV Lönsboda	18	32	14	17	15	8	7	6
Totalt	425	403	372	349	484	344	145	146

Källa: Senior Alert 2015 och 2016

6.1.1 Förbättringsförslag 2017

- Samma förbättringsförslag som 2016 gäller även under 2017, dvs alla personer >65 år och som har insatser i form av hemtjänst eller hemsjukvård ska erbjudas riskbedömning enligt Senior Alert.

6.2 Palliativa registret

[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 livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Indikatorer i palliativa registret – år:	2014	2015	2016
Täckningsgrad i procent:	%	%	%
Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall	76	94	84
-inrapporterade av kommunens verksamheter	39		53
Informerande samtal till patient	46	76	61
Informerande samtal till närstående	74	76	76
Utfört smärtskattning enligt VAS	59	70	73
Ordination av inj-läkemedel mot smärta vid behov	94	97	97
Ordination av inj-läkemedel mot illamående vid behov	74		84
Ordination av inj-läkemedel mot oro vid behov	78	84	85
Ordination av inj-läkemedel mot rosslighet vid behov	83		87
Förekomst av trycksår vid dödsfallet	20	10	15
Någon närvarande i samband med dödsfallet	83		82
Erbjudande om eftersamtal till närstående	74		89
Munhälsobedömning			83

Källa: Palliativa registret

De flesta indikatorer har förbättrats, men inrapportering till systemet kan säkert bli bättre, liksom informerande samtal till patient och närstående.

Antalet trycksår i samband med dödsfallet bör förebyggas i större grad.
Glädjande att andelen smärtskattningar ökar

6.2.1 Förbättringsförslag för 2017

- Att omvårdnadsansvarig sjuksköterska fortsätter att initiera behovet av informerande samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående.
- Arbeta aktivt i teamet med senior alert för att förebygga trycksår.

6.3 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. Detta gör att varje enhet kan följa sin verksamhet. Registreringen ska leda till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel.

	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>
Antal kompletta bedömningar i BPSD-registret	50	130	158	160

Källa: BPSD-registret

Fler verksamheter med personer med demenssjukdom och BPSD-symtom registrerar nu i kvalitetsregistret. En handlingsplan har tagits fram för hur arbetet med BPSD ska ske i samtliga verksamheter.

Kommunen har tre BPSD-koordinatorer som ger stöd till verksamheterna och utbildar fler användare.

6.3.1 Förbättringsförslag för 2017

- Implementera synsättet kring arbetet med BPSD i samtliga verksamheter. Handlingsplanen ska vara ett levande dokument som används i vardagen.

7. Arbete med nationella punktprevalensmätningar

Under året har i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting SKL genomförts nationella punktprevalensmätningar.

7.1 Nationell punktprevalensstudie av trycksår

På uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har sjukhus i samtliga landsting och äldreboende i 177 kommuner under vecka 13 genomfört en punktprevalensstudie för att visa på förekomst av trycksador/trycksår. Mätningen bestod av fyra delar: hudbedömning, prevention, riskbedömning och journalgranskning. I Osby kommun genomfördes mätningen av sjuksköterskor och kontaktpersoner hos 147 vårdtagare i samtliga fyra äldreboende. En hudbedömning genomfördes på alla vårdtagare för att mäta förekomst av trycksador och vilken kategori de tillhörde. Samtliga äldreboenden gör riskbedömning i Senior Alert.

Resultat 2009 – 2016:

År	Antal Vårdtagare	Antal med Trycksår	Andel i %	Trycksår Kat.1	Trycksår Kat. 2	Trycksår Kat. 3	Trycksår Kat. 4
2009	180	18	10	9	7	1	1
2010	167	13	8	8	3	1	1
2011	165	9	5	8	3	0	0
2012	162	14	9	6	6	1	1
2013	152	7	4	2	4	1	1
2014	147	6	4	3	1	1	1
2015	148	6	4	4	0	0	2
2016	153	10	7	6	5	2	1

Källa: Nationell punkt prevalensmätning trycksår – PPM-trycksår våren 2009-2015

2017-års mätning visade följande:

- Antalet trycksår har ökat något under året.

7.1.1 Förbättringsförslag för 2017:

- Antalet trycksår i särskilt boende ska minska.
- Genomföra utbildningsinsatser med all personal
- Rapportera alla som kommer till våra boenden med trycksår till MAS för återkoppling till eventuell annan vårdgivare.
- Arbeta strukturerat på samtliga enheter med Senior Alert för att förebygga trycksår
- Göra en tydlig vårdplan/behandlingsplan för alla vårdtagare med trycksår.

7.2 Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler

Bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom äldreomsorgen kan ge svåra följder främst genom spridning av antibiotikaresistenta bakterier och smittsamma sjukdomar till äldre personer med nedsatt motståndskraft.

På uppdrag av SKL har landsting och kommuner medverkat i [mätning av följsamhet till basala hygienrutiner](#) och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård m.m.” ([SOSFS 2007:19](#)).

Metoden grundar sig på observationsstudier och genomförs genom att en sjuksköterska med specifikt intresse och kunskap för hygienfrågor gör 10 observationer per enhet. Varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.

I kommunen har observationer utförts i samtliga fyra äldreboende samt i hemtjänst/hemsjukvård Lönsboda respektive Osby. Totalt 6 enheter med totalt 60 observationer.

Särskilt boende:**Ordinärt boende**

År	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Basala hygienrutiner vid vård- och omsorgsarbete	%	%	%	%	%	%
Korrekt desinfektion av händerna före	98	100	88	85	100	70
Korrekt desinfektion av händerna efter	98	100	93	90	100	95
Korrekt användning av handskar	100	85	100	100	90	95
Korrekt användning av plastförkläde	100	100	93	100	100	55
Korrekt arbetsdräkt	98	90	95	50	50	60
Avsaknad av ringar, armband,klocka	100	98	98	90	90	80
Kort eller uppsatt hår	100	98	93	95	100	100
Korta naglar, ej konstgjort material	-	-	90	-	-	80

Källa: Nationell punkt prevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler - SKL

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i särskilt boende har förbättrats på vissa områden och försämrats lite på andra delar. Fortfarande finns störst förbättringspotential inom hemsjukvård/hemtjänst där ännu större ansträngningar krävs. Hygienrond har genomförts på korttidsenheten under året.

7.3 HALT

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Andelen resistent bakterier ökar i världen till följd av bland annat en i vissa fall felaktig antibiotikaanvändning. HALT syftar till att kartlägga förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Istället riktar sig arbetet mot att förebygga infektioner med hjälp av god hygien och vaccinationer. HALT mätningar startade första gången 2014. Osby kommun har deltagit i mätningarna 2015 och 2016.

Resultat 2016

Indikator	Osby	Riket
Totalt antal vårdtagare i HALT-mätningen	137	12090
Antal vårdtagare med korttidsvård	13	153
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på enheten	2	212
Antal vårdtagare med antibiotika	8	406
Antal vårdtagare med profylax	4	109
Andel vårdtagare med antibiotika (prevalens)	5%	3%

Totalt antal antibiotikabehandlingar	9	426
--------------------------------------	---	-----

7.2.1 Förbättringsförslag för 2017

- Att vid 2 gånger per år informera och uppdatera all vård- och omsorgspersonal om basala hygienrutiner. Fortsätta att arbeta med handlingsplanen som upprättades under 2015.
- Arbeta vidare med åtgärder utifrån hygienronden.
- Genomföra utbildning tillsammans med vårdhygiensjuksköterskorna
- Sjuksköterska inom kommunen med ansvar för hygien
- Att förbättra följsamheten till korrekt arbetsdräkt inom HT/HSV.

8. Uppföljningar genom egenkontroll

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

8.1 Avvikelse angående läkemedelshantering

Avvikelse registreras i ett digitalt program för läkemedelshantering.

År	2013	2014	2015	2016
Rönnebacken	100	81	54	117
Bergfast	43	37	27	33
Lindhem	19	37	26	29
Soldalen	23	12	22	29
Omsorgen	0	0	0	0
HSV Osby	2	2	6	24
HSV Lönsboda	19	60	63	70
Totalt	206	229	198	302

Inrapporterade avvikelser har ökat från föregående år. Stor tveksamhet huruvida Omsorgen har rapporterat alla sina avvikelser. På Rönnebacken har skett en markant ökning av mängden avvikelser. Där har också skett ett riktat arbete från enhetschefernas sida för att belysa betydelsen av avvikelser. I hemsjukvården har antalet avvikelser ökat vilket får anses positivt då det var tveksamt huruvida avvikelserrapportering skett kring alla aktuella händelser under fjolåret.

8.1.1 Förbättringsförslag för 2017

- Att alla verksamheter registrerar alla avvikelser i det digitala

programmet. Riktad utbildningsinsats till omsorgens personal.

- Införande av e-läkemedel i samtliga enheter.
- Utbilda fler personer som kan registrera avvikelser digitalt. Har påbörjats men är inte slutfört.

8.1.2 Lex Maria

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen. Denna regel kallas lex Maria.

Under 2015 har ingen anmälan gjorts enligt lex Maria.

8.2 Läkemedelsgenomgångar

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.

Enligt Socialstyrelsens indikatorer bör en minskning ske av följande:

- Olämpliga läkemedel
- Olämpliga läkemedelskombinationer
- Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre

I kommunens avtal med vårdcentralerna är läkemedelsgenomgångar enligt ”[skånemodellen](#)” ett prioriterat mål.

Läkemedelsgenomgångar enligt ”skånemodellen” har genomförts inom hemsjukvård och SÄBO. Apotekare finns tillgänglig för regionens vårdcentral men ej för Helsa vilket begränsar möjligheten att genomföra läkemedelsgenomgångar enligt ”skånemodellen”. Dialog kring hur detta ska ske fortgår tillsammans med Helsa, fd Hälsoringen.

En apoteksgranskning genomfördes under 2015 och arbetet med handlingsplaner som utgått från dessa har fortsatt under 2016.

8.2.2 Förbättringsförslag för 2017

- Fortsätta att arbeta för läkemedelsgenomgångar enligt ”Skånemodellen” även med Helsa (fd Hälsoringen).
- Att minska antalet olämpliga läkemedel.

8.3 Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. För att motverka undernäring inom vård och omsorg i Osby kommun har socialnämnden antagit en [nutritionspolicy](#). Under 2015 började en ny författning gälla som berör förebyggande och behandling av undernäring.

Kosten som serveras på särskilda boenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att en riskbedömning enligt Senior Alert. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas.

För att säkerställa att den enskilde vårdtagaren inom särskilt boende och i hemsjukvården ska kunna garanteras en god och näringsriktig kost har kommunen en dietist. Dietisten svarar för utbildning av personal inom vård och omsorg. I samband med nutritionsproblematik såsom vid exempelvis palliativ vård eller där risk för undernäring och/eller trycksår föreligger har dietisten också en viktig funktion.

8.3.1 Nattfasta

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida elva timmar. Är nattfastan längre, ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar också möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med för lång nattfasta löper risk för undernäring.

Kommunens kvalitetsuppföljning av den ofrivilliga nattfastan sker genom egna mätningar två gånger per år. Under 2016 utarbetade vi en ny form av mätmetod (signerings och mätlista) och mätte därför endast en gång.

	Natfasta < 11 t	Natfasta 11,1-13 t	Natfasta över 13 t
Vecka 40 2016	72%	16%	13%
Vecka 47 2015	37%	33%	30%
Vecka 22 2015	31%	51%	18%
Vecka 9 2015	39%	45%	15%
Vecka 40 2014	44%	30%	27%
Vecka 17 2014	49%	35%	16%
Vecka 40 2012	45%	40%	15%
Vecka 12 2011	39%	44%	17%

Vid mätningen 2016 användes en signeringslista uppdelad i kvarter över kväll och natt. Personalen har då endast behövt signera när vårdtagaren har erbjudits mat eller dryck vilket har förenklat mätningen. Resultatet var markant bättre 2016 än 2015. Dock ingår inte Rönnebacken (Norrebo, Västerbo och Söderbo) i mätningen på grund av ett missförstånd i sammanställningen av resultatet. Övriga enheter ingår. En grupp av studenter från Högskolan Kristianstad har studerat hur vi bättre kan kommunicera med personalen kring nattfastan och en rapport kring detta

kommer att färdigställas under våren 2017. Från 1 januari 2017 har kommunen en dietist anställd på heltid vilket ger en större möjlighet att arbeta med nutritionsfrågorna.

8.3.2 Förbättringsförslag för 2017

- Att den ofrivilliga nattfastan inte är längre än 11 tim.
- Att det i vårdplanen/genomförandeplanen ska framgå hur eventuella kvällsmål/nattmål ska serveras för att minska nattfastan.
- Förtydliga rutinen för sammanställning för att undvika missförstånd. Väga in resultatet från kommunikationsrapporten i det kommande arbetet.

8.4 Dokumentation

[Patientdatalagen SFS 2008:355](#) reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även 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.

8.4.1 Journalgranskning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört slumpmässiga journalkontroller inom samtliga verksamheter. Resultatet är överlag bra men aktuell vårdstatus lämnar mer att önska. Till viss del beror det på att status är lite svårarbetat i journalsystemet. Tidpunkten är angiven till 100% avseende datum men endast till 50% gällande klockslag.

År	2014	2015	2016
Granskning av omvårdnadsjournaler	Ja(%)	Ja(%)	Ja(%)
1. Finns fullständiga uppgifter om patientens identitet?	100	100	100
2. Finns notering om omvårdnadsansvarig sjuksköterska?	90	95	93
3. Finns notering om patientansvarig läkare?	90	92	93
4. Finns notering om anhörig/närstående?	93	97	100
5. Finns notering om att lämna samtycke att lämna uppgifter till annan vårdgivare?	77	80	62
6. Finns aktuellt vårdstatus?	50	55	62
7. Finns det en individuell vårdplan?	93	94	100
8. Är tidpunkten för vårdåtgärderna tydligt angivna?	100	100	50
9. Är omvårdnadsjournalen skriven på ett för patienten tydligt och lättförståeligt sätt?	100	100	100
10. Är journalen skriven på ett sätt som uppfattas som god journalföring?	100	100	100

Stickprovskontroller av loggar har genomförts utan anmärkning, vilket tyder på att den inre sekretessen är välfungerande.

8.4.2 Förbättringsförslag 2017

- Att alltid i samband med nya insatser uppdatera bakgrundsuppgifter såsom omvårdnadsansvarig sjuksköterska, patientansvarig läkare, närstående och **om samtycke beviljas** för att lämna relevant information till närstående, till omvårdnadspersonal eller annan vårdgivare.
- Att klockslag anges vid journalanteckning där det är av betydelse.

8.5 Fall och fallolyckor

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

Under hösten 2016 togs ett handlingsprogram i Osby kommun för det fallförebyggande arbetet. Vi har ännu inte sett något resultat i statistiken av det arbetet men personalen upplever att det finns en större medvetenhet kring problematiken.

Fall registreras i senior alert samt fallförebyggande åtgärder.

Under 2015 och 2016 såg antalet fall och allvarlighetsgraden på fallen ut så här:

År	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Enhet	Antal fall	Antal fall	Antal fall per person genomsnitt	Antal fall per person genomsnitt	Ingen skada	Ingen skada	Allvarlig skada/fraktur	Allvarlig skada/fraktur
Rönnebacken	90	118	1,7	1,5	61	70	3	5
Spången	39	44	2,2	1,5	25	32	0	0
Lindhem	265	268	1,6	1,7	183	202	2	2
Bergfast	132	94	2,2	2,2	96	68	3	1
Soldalen	94	89	1,9	1,8	65	70	1	1
HSVOsby	149	103	2,3	1,7	111	38	2	1
HSV Lönsboda	85	84	2,1	1,7	66	58	1	0
Totalt:	854	800	2,0	1,7	607	538	12	10

Senior Alert används i alla verksamheter för att riskbedöma för fall. Här registreras varje fall som en händelse med åtgärdsprogram och uppföljning. Vi ser ett ganska stort antal fall på Lindhem, av den anledningen har enheten

startat ett arbete handlingsprogrammet, i teamsamverkan. På Lindhem bor många personer med demenssjukdom som ofta är relativt fysiskt rörliga i kombination med oro. Dessa faktorer ökar fallrisken. Viktigt att arbeta med fallen i senior alert och försöka förebygga fall i så stor utsträckning som möjligt. Totalt sett så har antalet fall minskat med 6% vilket är mycket positivt och talar för att det förebyggande arbetet är viktigt. Vi når inte riktigt målet som var 10% men är en bit på väg.

8.5.2 Förbättringsförslag för 2017

- Att antal fallolyckor minskar med 10 %.
- Att alla äldreomsorgens verksamheter screenar för fall i Senior Alert.
- Att all personal i hemtjänst/hemsjukvård genomgår utbildning i fallprevention.
- Implementera handlingsprogrammet i alla verksamheter efter utvärdering tillsammans med Lindhems personal.

8.6 Delegation

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbrist-situationer. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade att regelbundet följa upp sina delegationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket innebär t.ex. att man inte kan delegera katetersättning om man själv inte praktiserar detta. Varje enhet ska enligt § 2d HSL (1982:763) vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning. Delegeringsmöjligheten ska användas i undantagsfall.

Delegationer från sjuksköterskor 2008-2016

År	Överlämning läkem	Ge insulin	Sondmat	Sår-oml	KAD-sättn	KAD-spoln	Sugn luftväg	Deleg. totalt
2008	346	63	69	33	27	40	0	578
2009	334	119	88	196	21	84	0	842
2010	368	103	89	241	21	84	0	906
2011	442	144	68	253	8	83	8	1006
2012	398	159	57	222	5	59	4	904
2013	392	144	73	215	0	74	0	898
2014	387	162	83	186	2	55	0	875
2015	355	163	105	218	1	55	0	897
2016	243	102	38	143	0	13	0	539

Antalet delegationer från sjuksköterskor ligger lägre än vad det gjort

tidigare. Mycket kraft har lagts på att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal vilket har varit framgångsrikt. En delegation har återkallats under året.

Delegationer från fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter 2008-2016

År	Beh	Bräda	Prof	Rollator	Korsett	Krage	Totalt
2008	5	2	0	0	0	0	7
2009	4	6	6	0	0	0	29
2010	0	2	1	0	0	0	16
2011	0	1	0	0	0	0	10
2012	0	0	0	1	0	0	10
2013	10	0	0	0	0	0	10
2014	0	0	12	0	0	0	44
2015	1	1	17	1	7	17	38
2016	0	0	5	0	0	35	40

Delegation från fysioterapeut ökar främst genom säker hantering vid luftning av nackkrage.

8.6.1 Förbättringsförslag för 2017

- Fortsätta att arbeta aktivt för att rekrytera legitimerad personal inom samtliga yrkeskategorier för att säkerställa att delegeringar hålls på en rimlig nivå.

8.7 Munhälsa

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende bör sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid den årliga munhälso-bedömningen, som boende enligt lag har rätt till, för att få information om hur munhålan skall skötas. Personalen skall ges möjlighet att delta i den utbildning som utföraren av munhälsobedömningar ger. Det finns en samverkansöverenskommelse med Region Skåne om samarbete vid munhälsobedömningar och den överenskommelsen skall vara känd av alla berörda. Region Skåne har upphandlat munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av tandvårdsföretaget Oral Care AB.

I senior alert registreras munhälsobedömningar. Registreringsfrekvensen skiljer sig kraftigt åt mellan olika enheter. Här finns förbättringspotential att arbeta vidare med. Dels att göra bedömningar, dels att registrera dem. Om man tittar på hur många bedömningar som lett till åtgärder visar det att 63% av bedömningarna lett till åtgärder. Det visar på att behovet är stort av att

göra bedömningarna och uppmärksamma när problem föreligger för att kunna förebygga mer allvarliga problem samt minska lidande. Behovet sågs även i den palliativa vården då dålig munhälsa medför obehag i varierande grad. Då det fortfarande finns förbättringspotential fortsätter vi med samma förbättringsförslag som gällde 2016.

År	2015	2016	2015	2016
Enhet	Antal mun-dömningar	Antal mun-bedömningar	Antal som lett till åtgärder	Antal som lett till åtgärder
Rönnebacken	96	94	42	36
Spången	36	37	20	17
Lindhem	129	102	104	77
Bergfast	37	44	34	42
Soldalen	23	28	7	24
HSV Osby	22	16	3	8
HSV Lönsboda	4	7	2	4

8.7.1 Förbättringsförslag för 2017

- Att alla verksamheter arbetar kontinuerligt med munhälsoutbildningar.
- Att munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av planer för personlig omvårdnad.
- Att munhälsoombuden riskbedömer enligt ROAG, uppdatera utbildning.
- Att verksamheterna registrerar munhälsa i senior alert.
- Utbilda ROAG-ombud inom hemtjänst.

9. Medicin teknik

Medicintekniska produkter, MTP, används inom äldreomsorgen. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska och det skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat skall anges hur ofta översyn/kontroll skall ske för att produkten skall vara säker. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner. De kommunala riktlinjerna för [Medicintekniska produkter](#) finns tillgängliga på såväl intranät som kommunens hemsida.

9.1 Medicinteknisk avvikelse

1 avvikelse har anmälts vidare till Läkemiddelsverket.

9.2 Periodiskt underhåll

En sjuksköterska i Osby har som sitt ansvarsområde att se över alla rutiner samt ansvara för att alla kontroller blir utförda.

9.2.1 Förbättringsförslag för 2017

- Att skapa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller i samtliga verksamheter, där det inte fungerar tillfredsställande.

10. Rehabilitering

Vid behov av rehabilitering skall en rehabplan upprättas, företrädesvis tillsammans med en vårdplan. Önskvärt är att upprättandet av vård- och rehabplan sker i teamsamverkan. Patient som har behov av arbetsterapeutisk eller fysioterapeutisk träning skall erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av behörig personal.

Vid behov skall ett ADL- eller funktionsstatus upprättas.

Kommunen ansvarar för rehabilitering vid dagverksamhet, i särskilt boende, i korttidsboende och i ordinärt boende enligt gällande avtal med region Skåne, s.k. hemrehabilitering. Kommunen har också team i såväl Osby som Lönsboda som arbetar med Trygg hemgång, i samband med hemgång från sjukhus eller korttidsvistelse. Det arbetet är framgångsrikt då många vårdtagare skrivs ut från Trygg hemgång med inga eller få insatser från hemtjänst. Den enskilde får bättre förutsättningar för ett självständigt liv.

Under 2016 har det satsats mycket på att få igång teamarbetet gällande Senior Alert. Rehabpersonalen har haft en drivande och framträdande roll i detta förtjänstfulla arbete. Den andra stora satsningen har varit att utforma utbildningen kring förflyttning med lyft mm. All personal ska genomgå en förflyttningsutbildning regelbundet och denna utbildningen har under året utformats av rehabpersonalen.

10.1 Sjukgymnastens/fysioterapeutens insatser

Sjukgymnasten/fysioterapeuten ansvarar för funktionsbedömningar, träning, rådgivning och utprovning av t.ex. gånghjälpmedel. Träningen ska leda till att bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras vidare till omvårdnadspersonal.

10.2 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 rehabiliteringsprocessen.

10.3 Uppföljning av rehabiliteringsinsatser enligt FIM och EQ5D samt GMF och EQ5D

I teamarbetet med rehabilitering inom Spången korttidsenhet och Trygg hemgång används FIM och EQ5D som utvärderingsinstrument.

Utvärderingen av dessa visar att såväl funktionsnivån inom personlig vård, social och intellektuell funktion, kommunikation, längre förflyttningar, kortare förflyttningar, sfinkterkontroll som mäts med FIM har förbättrats efter rehabilitering.

Verksamheten mäter även vårdtagarens egen upplevelse enligt [EQ-5D](#), som är ett standardiserat frågeformulär för att mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter. I instrumentet ingår fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, vardagliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet.

Under året har Trygg hemgång rehabiliterat 55 personer i hemmet.

GMF mäter hjälpberoende, trygghet och smärta. Vid uppföljning med hjälp av GMF och EQ5D av rehabiliteringsinsatser ses en förbättring avseende samtliga parametrar efter genomförda träningsinsatser. Vid hjälpmedelsutprovning ses främst en förbättring avseende trygghet och smärta, tryggheten blir större och smärtan minskar.

De uppföljningar som är gjorda med GMF i början av året visar samma resultat som ovan. På grund av svårigheter att rekrytera sjukgymnast/fysioterapeut har resurserna under 2016 varit begränsade, vilket gjorde att utvärdering med hjälp av GMF endast gjordes under en begränsad period.

10.4 Uppföljning av rehabiliteringsinsatser av arbetsterapeut enligt AusTOMs

Kommunens arbetsterapeuter har använt AusTOMs för skattning/utvärdering av arbetsterapiprocessen. Genom att använda AusTOMs kan man fastställa hur vårdtagarens status förändras efter en träningsinsats av arbetsterapeut. Fyra AusTOMs komponenter utgör basen för skattningen:

1. Funktionsnedsättning
2. Aktivitetsbegränsning
3. Delaktighetsinskränkning
4. Bekymmer/välbefinnande

Skattning sker från 0 till 5. Där högsta siffran anger ”ingen begränsning”.

Vid analys av de skattningar som gjorts avseende AusToms visar att rehabiliteringen och träningen av arbetsterapeut har mycket gynnsam effekt. Vid analys av de insatser som gjorts under tre av årets månader visar att rehabiliteringsinsatserna har förbättrat vårdtagarens status i 93% av fallen vilket får anses som ett mycket bra resultat. De insatser som görs av arbetsterapeuterna har mycket stor betydelse för såväl faktisk aktivitetsförmåga som vårdtagarens upplevda livssituation.

Registrering med COPM i Senior Alert skulle komma igång under 2016, det blev dock framskjutet eftersom det ännu inte finns tillgång till det i systemet. Den senaste informationen säger att det istället ska komma igång under 2017. Personalen har under 2016 deltagit i Senior Alerts utbildning gällande COPM.

10.3.1 Förbättringsförslag för 2017

- Registrera i senior alert med COPM.
- Fortsätta och utveckla teamarbetet kring Senior Alert.
- Genomföra och utvärdera förflytningsutbildningar.

11. Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Hög ålder är den största riskfaktorn för demenssjukdom. I Osby kommun beräknas ca 200-250 personer ha någon form av demenssjukdom.

11.1 Verksamheter

I kommunen finns 48 lägenheter som räknas som gruppboende för personer med demenssjukdom. Det finns dagverksamhet i Osby och Lönsboda som erbjuder aktiviteter, promenader och utflykter. I kommunen finns övergripande demensteam. Ett sk hemstödsteam i Osby har ansvar för hemtjänstinsatser till personer med demenssjukdom. Teamet arbetar med hög kontinuitet för att underlätta för vårdtagarna. I Lönsboda finns ett mindre demensteam som arbetar på liknande sätt.

Under året har det arbetats med att förbättra boendemiljön, främst på Lindhem och Soldalen. Satsningar har gjorts på att skapa mindre enheter med en lugn miljö. Även utemiljön spelar en viktig roll. Särskilt fokus har legat på utemiljön kring Lindhem. Vid särskilt svåra omvårdnadssituationer finns handledning att tillgå från erfaren personal inom kommunen. För att ytterligare förstärka den möjligheten har ett projekt med vårdhundar tillsammans med sin förare med lång erfarenhet av demensvård genomförts under hösten. Projektet föll väl ut och kommer att fortsätta under 2017 i en lite annan form. Det är värdefullt att ha kompetens inom kommunen som kan handleda när behov finns. Inom kommunen är vi väl försedda med kompetent personal, se nedan:

11.2 Kompetens

I kommunen finns:

- en silviasjuksköterska med *Omvårdnadsvetenskap med inriktning demensvård, 30 hp.*
- två silviasystrar med *Demensvård för undersköterskor, 60 hp.*
- En äldrespecialistssk med specialområde demens
- nästan all personal har genomfört utbildningen [Demens ABC](#)
- Ca 30 personer har genomgått utbildning som [BPSD](#) administratörer.
- 3 personal som är certifierade BPSD-utbildare.
- 2 undersköterskor har påbörjat specialistutbildning i demensvård för undersköterskor under 2016.
- Det finns redan ett antal specialistutbildade usk på olika nivåer.

11.2.1 Förbättringsförslag för 2017

- Att samtliga verksamheter följer handlingsplanen för arbete med demenssjukdomar och BPSD.
- Att fortsätta arbetet med symtomskattningar och registreringar i BPSD-registret.
- Skapa ett demenscentrum på Soldalen i Lönsboda där såväl

dagverksamhet som boende för personer med demenssjukdom och växelvård/korttidsvård inryms.

- Fortsätta det gynnsamma arbetet på Lindhem och Soldalen med att utveckla demensvården och boendemiljön.
- Samtliga verksamheter ska fortsätta utveckla den personcentrerade vården.
- Implementera de nya nationella riktlinjerna för vård och omsorg av personer med demenssjukdom.
- Genomföra utbildning i demens-ABC+ för samtlig personal
- Förankra nollvisionen i samtliga verksamheter
- Tydligöra det övergripande demensteamets roll i verksamheten
- Tydligöra teamets roll inom all demensvård i respektive arbetsgrupp.

12. Uppsökande verksamhet

Vård och omsorg bedriver sedan 2006 en uppsökande verksamhet gentemot personer 75 år och äldre som ej bor i särskilt boende. 98 % av den aktuella populationen tackar ja till besöken, vilket innebär att det tar ca 4 år innan besök nummer två kan genomföras. Vid besöket tas i regel följande ämnen upp till diskussion och information:

- sociala aktiviteter
- hälsa, syn och hörsel
- boendesituation
- aktuella läkemedel ev. olämpliga
- riskbedömningar och förebyggande åtgärder för
 - fallolycka
 - felnäring
 - kognitiva besvär
 - benskörhet

Under 2016 har 374 hembesök utförts. Hälften av besöken har utförts hos de som fyllt 75 år och andra hälften har utförts på de som är 85 år och äldre. Under året har även gruppträffar för äldre genomförts utefter en validerad modell "livslots för äldre". Utvärderingen visar att träffen har varit uppskattad och att flera av de deltagande skulle rekommendera andra att medverka i gruppträffar. Fortsatt kommer gruppträffar att hållas både i Osby och Lönsboda under 2017.

Projektet med Högskolan i Kristianstad för att hitta en gemensam modell har fortskridit. Under 2016 har ett nytt frågeformulär utvecklats. Kontakter har tagits med andra kommuner och landsting som arbetar med hembesök. Vidare kommer en teknisk lösning att utvecklas där olika moduler kan användas utifrån de olika kommunernas förutsättningar och behov. Den nya

modellen väntas kunna utföras som en pilottest under hösten 2017 där Osby kommer att vara en av de kommuner där den nya modellen testas.

12.1 Screena för förmaksflimmer

Sedan några år erbjuder man att ta ett tum-EKG för möjligheten att finna tidigare upptäckta och obehandlade förmaksflimmer. Många personer känner inte själva att de har ett förmaksflimmer. Obehandlade förmaksflimmer är en stor riskfaktor för att drabbas av stroke. Statistiskt sett kommer ca 20 % av de personer med obehandlade förmaksflimmer att drabbas av stroke. Personer som drabbas av stroke pga obehandlat förmaksflimmer får oftast en mycket omfattande stroke, som kan leda till att patienten avlider eller får omfattande skador på hjärnan. Detta innebär stort personligt lidande och mycket höga samhällskostnader.

Sedan starten har den uppsökande verksamheten funnit strax över 20 nyupptäckta förmaksflimmer. Dessa personer har fått förebyggande antikoagulantibehandling.

Av detta kan man dra slutsatsen att enbart upptäckten av personer med förmaksflimmer och att de kommer till behandling, ger en årlig besparing motsvarande nästan hela kostnaden för den uppsökande verksamheten. Dessutom förhindras ett stort lidande.

Socialstyrelsen har under 2016 kommit med rekommendationer att inte screena för förmaksflimmer då man inte anser att det finns tillräckligt med underlag för att styrka nyttan av en sådan screening. I nordöstra Skåne fortsätter vi med screening i samarbete med Magnus Esbjörnsson, överläkare på Hässleholms sjukhus för att ha underlag till ytterligare studier.

Förbättringsförslag för 2017

- Att förbättra uppföljningarna ytterligare
- Att fortsätta med gruppträffar och förbättra träffarna med fler kompetenser
- Att påbörja hembesök enligt ny modell under hösten utifrån ny modell i samverkan med Högskolan Kristianstad.

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 detta 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 infört 2016

- Nationell patientöversikt – NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av

journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Slagningar i NPÖ har under 2016 ökat. Flera informationsträffar har hållits för HSL-personal för att motivera till ökad användning.

- Samordnad individuell plan – SIP görs när patienten har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när samordning av insatser kring en enskild individ behövs. Antal [SIP:ar](#) har ökat under 2016. Detta är även ett förberedande arbete inför det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Mobil signering av läkemedelshantering via e-läkemedel – för säker läkemedelshantering – är infört på Lindhem under 2016. Flera förbättringar har genomförts både i appen och i webbmodulen. Vi ser dock brister i överföring mellan e-hälsomyndighetens läkemedelslista och aktuell medicinlista vilket minskat förutsättningar för ökad bredd av införande.
- Surfplatta används som möjlighet vid sociala aktiviteter för att använda Skype, spela filmer och musik samt söka information runt vårdtagarnas intresse och önskemål.
- Trådlöst nätverk är installerat på Lindhem. Fortsatt utbyggnad sker under 2017 på Bergfast och Soldalen.
- Test av mobil dokumentation med flyttbart simkort har inte fallit så väl ut. Användningen har varit obetydlig. För att öka möjligheten till lättare användning har möjlighet att placera simkort i datorerna utförts. Detta testas under 2017.
- Digitala trygghetslarm är installerat hos samtliga vårdtagare 2015-2016.
- Test av vårdplanering på distans har utförts med personal på avdelning 37 i Hässleholm. Tyvärr har vi inte nått fram till lösning på att vidare testa med vårdtagare. Beslut inväntas från Skånevård Kryh. Från Osby kommuns sida är vi redo.
- Utbildning av demenssjuksköterska samt ytterligare en sjuksköterska har utförts för att bereda inför införandet av GPS-trygghetslösning för personer med demenssjukdom.
- Förfrågan till ägare av verksamhetssystem att påbörja NPÖ producent har gjorts men avstannat. Utveckling av verksamhetssystemet utförs inte då Alfa omsorg bygger ett nytt system.
- Utbildning av vårdpersonal har utförts för att de ska kunna utföra digital dokumentation för några personalgrupper. Fortsatt utbildning kommer att ske 2017.

13.2 eHälsa - planering för 2017

- Den elektroniska utvecklingen fortsätter inom vård och omsorg med bl.a.:
- Mobil signering av läkemedelshantering via eLäkemedel – för säker läkemedelshantering – i alla verksamheter. Dock finns i nuläget en del problem som gör att införandet i samtliga verksamheter försvåras.
- Införande av mobil dokumentation via Laptops, surfplattor och smartphones. Test fortsätter i hemsjukvården i Osby och Lönsboda med sim-kort direkt i datorn för att underlätta användningen.
- Fortsatt arbete med rutiner och riktlinjer inför införandet av GPS-trygghetslösning för personer med demenssjukdom.
- Anmälan till upphandling om nytt verksamhetssystem för SoL, HSL och LSS. Inventering är påbörjad och kravspecifikation kommer att tas fram under 2017.
- Ökad användning av appar som ger lättillgänglig information för personal.
- Vidare information till handläggare och övrig personal om möjligheter till tillsyn och ökad trygghet för vårdtagare av sensorer, GPS-funktioner eller kamera i hemmet eller på vård och omsorgsboende.
- Arbete har påbörjats med att införa ledningssystemet till vissa delar i Stratsys som är ett verksamhetssystem där ledningssystemet kan ingå. Fortsatt arbete kommer att ske under 2017.
- Utbildning av vårdpersonal har genomförts för att de ska kunna utföra digital dokumentation för några personalgrupper. Fortsatt kommer fler att bli utbildade under 2017.

14. Framtid

Antalet äldre ökar i kommunen och alltmer avancerad sjukvård sker både 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.

Ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal har börjat gälla under 2016 vilket syftar till att förbättra läkartillgången i kommunerna. Det är dock svårt att rekrytera läkare och från kommunens sida är vi beroende av att regionen har tillgång till läkare. Regionen å sin sida är beroende av att vi har övrig personal. I nuläget förlängs avtalet med Falck hembesöksbilar och skillnaden i läkartillgång är i princip obefintlig gentemot hur det varit tidigare. Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet är dock ett utvecklingsavtal och ska vara i drift fullt ut 2020. Inriktningen för närvarande är att hitta

formerna för hur vi kan samverka med primärvården för att så bra som möjligt leva upp till avtalet. Vi märker redan att trycket från sjukhuset är hårt med snabbt tempo på in- och utskrivningar. Det ställer stora krav på kommunens vård- och omsorg, dels gällande att möta kompetensbehovet, dels att arbeta så effektivt som möjligt. Samtidigt är det viktigt att vi har en bra arbetsmiljö och upplevs som en attraktiv arbetsgivare för att vi både ska kunna attrahera ny personal och behålla vår erfarna personal.

Ett förslag finns på en ny betalningsansvarslag som ska börja gälla 20180101, vilket kommer att påverka kommunens övertagande av vårdtagare. Besluten kommer att bli snabbare och tiden för att verkställa beslut kommer att bli kortare.

Det är viktigt att kommunen tidigt gör strategiska satsningar för att möta förändringarna med:

- Ökad kompetens hos all vård och omsorgspersonal enligt framarbetad kompetensutvecklingsplan.
- Att kontinuerligt bedöma behovet av legitimerad personal.
- Rekrytera och behålla befintlig personal.
- Kontinuerligt arbeta för att bekämpa tidstjuvar och använda resurserna optimalt.
- Skapa en kompetensförsörjningsplan för kommande år.
- Att identifiera riskgrupper och arbeta med förebyggande och hälsobefrämjande insatser.
- Förbättrade arbetsprocesser i samverkan kring och med vårdtagaren ex.:
 - läkemedelsförskrivning, läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar
 - kvalitetsregister och vårdsystem för dokumentation
 - minskning av vårdrelaterade infektioner
- Nyttänkande, utveckling och forskning.

15. Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen för 2016 visar på att vård och omsorg har gjort ett gott arbete med att förbättra kvaliteten för ”de mest sjuka äldre”.

Socialstyrelsens brukarundersökning visar att vårdtagarna tycker att det är lätt att få kontakt med sjuksköterska när det föreligger behov. Antal delegeringar från sjuksköterska till omvårdnadspersonal har minskat, vilket är mycket positivt ur ett patientsäkerhetsperspektiv .

Kommunens rehabilitering för äldre och funktionshindrade visar på positiva resultat såväl när det gäller FIM, EQ-5D som AusTOMs. Det lönar sig att arbeta rehabiliterande. Teamarbete ger bra resultat för vårdtagarna. På grund av svårighet att rekrytera vissa yrkesgrupper, främst fysioterapeuter påverkas teamarbetet negativt till viss del.

Den uppsökande verksamheten uppvisar genom hem-EKG bra resultat för upptäckt av nya obehandlade förmaksflimmer. För att nå bästa möjliga kvalitet och patientsäkerhet bör det förebyggande arbetet med riskbedömningar och åtgärdsprogram även fortsättningsvis ha en viktig roll i den kommunala hälso- och sjukvården. Att förebygga vårdskador såsom t.ex. stroke, höftfrakturer och onödigt lidande bör även detta ge kommunen lägre kostnader på sikt.

Möjligheter till förbättringar finns inom områden för palliativ vård, demensvård, vårdhygien, munhälsa och läkemedelsgenomgångar. Arbetet inom främst demensvården har gjort stora framsteg under året men det skiljer sig åt mellan enheterna. Verksamheterna har ett ansvar att lära av varandra och utveckla hela verksamheten. Samverkan sker mellan de olika enheterna på ett mycket bra sätt vilket gagnar utvecklingen av en god vård inom hela kommunen.

En av verksamhetens största utmaning handlar om att rekrytera kvalificerad personal inom alla yrkeskategorier. Arbetet med att behålla och rekrytera personal bör vara ständigt levande och vård- och omsorg bör arbeta intensivt med att vara en attraktiv arbetsgivare som medarbetarna trivs hos. Konkurrenten om personalen är hård mellan olika arbetsgivare och här bör Osby kommun vara ett självklart val.

14. Sammanfattning av föreslagna förbättringar

Förslag till bättringar	Ansvarig	Följs upp
<u>”De mest sjuka äldre</u>		
Kontinuerlig samverkan med regionen kring utveckling och implementering av det nya hälso- och sjukvårdsavtalet	MAS/Områdeschef/ Enhetschef ssk	PSB 2017
Att äldresatsningen satsas där bemanningen är lägst kopplat till vårdtyngden med uppföljning av att satsningen kommer vårdtagarna till del.	Förvaltningschef/ Enhetschef	PSB 2017
<u>Samverkan</u>		
Intensifiera arbetet med SIP med målet att alla på SÄBO ska ha en SIP liksom samtliga i HSV som skrivs in i den nya vårdformen.	Enhetschefer	PSB 2017
Fortsätta arbetet med deltagande i dialoggrupp (sk. RIVÖ-HOP) tillsammans med regionens representanter för en ökad kunskapsspridning kring	MAS Vårdplanerare	PSB 2017

avvikelseernas konsekvenser och hur de kan undvikas.		
<u>Senior Alert</u>		
Att alla personer >65 år och som har insatser i form av hemtjänst eller hemsjukvård ska erbjudas riskbedömning enligt Senior Alert.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska/ enhetschef	PSB 2017
<u>Palliativa registret</u>		
Att omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar behovet av informerande samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017
Att vidta förebyggande åtgärder för trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017
Att smärtskattning genomförs vid behov.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017
<u>BPSD-registret</u>		
Implementera synsättet kring arbetet med BPSD i samtliga verksamheter. Handlingsplanen ska vara ett levande dokument som används i vardagen.	Enhetschefer	PSB 2017
All vård ska vara personcentrerad.	Enhetschefer	PSB 2017
<u>Trycksår</u>		
Antalet trycksår i särskilt boende ska minska.	Enhetschefer Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017
Genomföra utbildningsinsatser med all personal.	Enhetschefer	PSB 2017
Rapportera alla som kommer till våra boenden med trycksår till MAS för återkoppling till eventuell annan vårdgivare.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017
Arbeta strukturerat med Senior Alert för att förebygga trycksår.	Enhetschefer Legitimerad personal	PSB 2017
Göra en tydlig vårdplan/behandlingsplan för alla vårdtagare med trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017
<u>Basala hygien- och klädregler</u>		
Att förbättra följsamheten till korrekt arbetsdräkt.	Enhetschef	PSB 2017
Arbeta vidare med åtgärder utifrån hygienronden.	MAS/ enhetschefer	PSB 2017
Att vid 2 gånger per år informera och uppdatera all vård- och omsorgspersonal om basala hygienrutiner.	Enhetschefer	2 ggr/ år

Hemtjänsten ska arbeta utifrån handlingsplanen kring hygien som togs fram 2015	Enhetschefer hemtjänst	2 ggr/år
--	---------------------------	----------

Läkemedelshantering		
Alla verksamheter registrerar alla avvikelser i det digitala programmet.	Enhetschefer	PSB 2017
Utbildning inom omsorgen kring avvikelserapportering.	Enhetschefer inom LSS	PSB 2017
Utbilda fler personer som kan registrera avvikelser digitalt.	Enhetschefer	PSB 2017
Att e-läkemedel införs i samtliga verksamheter	Utvecklingsstrateg	PSB 2017
Arbeta utifrån handlingsplanen som tagits fram efter apotekets granskning av läkemedelshantering.	MAS/ Enhetschefer för ssk	PSB 2017
Läkemedelsgenomgångar		
Att öka samverkan med primärvården kring ”skånemodellen”.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017
Nattfasta		
Att den ofrivilliga nattfastan inte är längre än 11 tim.	Enhetschefer	PSB 2017
Att det i vårdplanen/genomförandeplanen ska framgå hur eventuella kvällsmål/nattmål ska serveras för att minska nattfastan.	Enhetschefer	PSB 2017
Förtydliga rutinen för sammanställning av nattfasta för att undvika missförstånd.	Dietist/MAS	PSB 2017
Dokumentation		
Att alltid i samband med nya insatser uppdatera bakgrundsuppgifter såsom omvårdnadsansvarig sjuksköterska, patientansvarig läkare, närstående och om samtycke beviljas för att lämna relevant information till närstående, till omvårdnadspersonal eller annan vårdgivare.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017
Att aktuell vårdstatus uppdateras.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2016
Upprätta en gemensam rehab- och vårdplan i Trygg hemgång och inom korttidsvård.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska Arbetsterapeut Sjukgymnast/ fysioterapeut	2 ggr/år
Att klockslag anges vid	Omvårdnadsansvarig	PSB

journalanteckning där det är av betydelse.	sjuksköterska	2017
Fall och fallolyckor		
Att alla äldreomsorgens verksamheter screenar för fallolycka i Senior Alert.	Enhetschefer	PSB 2017
Att antalet fallolyckor minskar.	Enhetschefer	PSB 2017
Att all personal i hemtjänst/hemsjukvård genomgår utbildning i fallprevention.	Enhetschefer	PSB 2017
Implementera handlingsprogrammet för fallprevention i alla verksamheter efter utvärdering tillsammans med Lindhems personal.	MAS/ Enhetschefer	PSB 2017

Munhälsa		
Att alla verksamheter arbetar kontinuerligt med munhälsobedömningar.	Enhetschefer	PSB 2017
Att munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av planer för personlig omvårdnad.	Enhetschefer	PSB 2017
Att alla munbedömningar utförs enligt ROAG samt registreras i senior alert.	Enhetschefer	PSB 2017
Utbilda ROAG-ombud.	Enhetschefer	PSB 2017
Medicin teknik		
Att skapa och implementera rutiner för periodiskt underhåll och kontroller i samtliga verksamheter.	Enhetschef	PSB 2017
Rehabilitering		
Att bedömning ska göras enligt COPM i senior alert efter införande.	Sjukgymnast/ Arbetsterapeut	PSB 2017
Fortsätta att utveckla teamarbetet kring Senior Alert.	Enhetschefer	PSB 2017
Genomföra och utvärdera förflyttningsutbildningar.	Sjukgymnast/ fysioterapeut/ Arbetsterapeut	PSB 2017
Vård av personer med demenssjukdom		
Att fortsätta arbetet med att utbilda personalen i Demens ABC, Demens ABC+ samt Nollvisionen	Enhetschefer Demenssjuksköterska	PSB 2017
Att alla verksamheter arbetar utifrån handlingsplanen för demenssjukdomar och BPSD.	Enhetschefer Demenssjuksköterska	PSB 2017
Att fortsätta arbetet med symtomskattningar och registreringar	Enhetschefer Omvårdnadsansvarig	PSB 2017

BPSD-registret.	sjuusköterska	
Att utbilda koordinatörer för BPSD-registret.	Förvaltningschef	PSB 2017
Flytta dagverksamheten för demenssjuka i Lönsboda till Soldalen.	Enhetschef	PSB 2017
Fortsätta det gynnsamma arbetet på Lindhem och Soldalen med att utveckla demensvården och boendemiljön.	Enhetschefer	PSB 2017
Samtliga verksamheter ska fortsätta att utveckla den personcentrerade vården.	Enhetschefer	PSB 2017
Förankra nollvisionen i samtliga verksamheter.	Demenssjuusköterska Enhetschefer	PSB 2017
Tydliggöra det övergripande demensteamets roll i verksamheten.	Områdeschef	PSB 2017
Tydliggöra teamets roll i respektive arbetsgrupp.	Enhetschefer	PSB 2017
<u>Uppsökande verksamhet</u>		
Att förbättra uppföljningarna ytterligare.	Enhetschef Sjuusköterskor inom uppsökande verksamhet.	PSB 2017
Att fortsätta med gruppträffar och förbättra träffarna med fler kompetenser.	Enhetschef Sjuusköterskor inom uppsökande verksamhet	PSB 2017
Att påbörja hembesök enligt ny modell under hösten utifrån ny modell i samverkan med Högskolan Kristianstad.	Utvecklingsstrateg	PSB 2017
<u>Nya hälso- och sjukvårdsavtalet</u>		
Utveckla formerna för avtalet på lokal nivå tillsammans med primärvården.	MAS/ verksamhetschef	PSB 2017
Ta fram en plan för att öka kompetensen hos samtliga yrkeskategorier för att möta behovet utifrån det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.	MAS/ verksamhetsområdes chef/ enhetschefer/ utvecklingsstrateg	PSB 2017