

Datum
2018-02-20

Vård och omsorg

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

Diariennr: VON/2017:19 730

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Beslut i Vård- och omsorgsnämnden : 2018-04-19

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 2018.....	6
5.2 Samordnad vårdplanering – SVPL.....	7
5.2.1 SVPL-IT.....	7
5.3 Läkarmedverkan.....	7
5.3.1 Förbättringsförslag för 2018.....	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 2018.....	9
6.2 Palliativa registret.....	9
6.2.1 Förbättringsförslag för 2018.....	9
6.3 Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom	10
6.3.1 Förbättringsförslag för 2018.....	10
7. Arbete med nationella punktprevalensmätningar.....	10
7.1 Nationell punktprevalensstudie av trycksår.....	10
7.1.1 Förbättringsförslag för 2018.....	11
7.2 Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler.....	11
7.2.1 Förbättringsförslag för 2018.....	12
7.3 HALT.....	12
8. Uppföljningar genom egenkontroll.....	12
8.1 Avvikelser angående läkemedelshantering.....	12
8.1.1 Förbättringsförslag för 2018.....	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 2018.....	13
8.3 Nutrition.....	14
8.3.1 Nattfasta.....	14
8.3.2 Förbättringsförslag för 2018.....	15
8.4 Dokumentation.....	15
8.4.1 Journalgranskning.....	15
8.4.2 Förbättringsförslag 2018.....	15
8.5 Fall och fallolyckor.....	16
8.5.1 Registrering av fallolyckor.....	16
8.5.2 Förbättringsförslag för 2018	16

8.5.3 Antal höftfrakturer.....	17
8.6 Delegation.....	17
8.6.1 Förbättringsförslag för 2018.....	18
8.7 Munhälsa.....	18
8.7.1 Förbättringsförslag för 2018.....	19
9. Medicin teknik.....	19
9.1 Medicinteknisk avvikelse.....	19
9.1.1 Förbättringsförslag för 2018.....	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 2018.....	21
11. Vård och omsorg om personer med demenssjukdom.....	22
11.1 Verksamheter.....	22
11.2 Kompetens.....	22
11.2.1 Förbättringsförslag för 2018.....	22
12. Uppsökande verksamhet	23
12.1 Screena för förmaksflimmer.....	23
12.1.1 Förbättringsförslag för 2018.....	23
13.2 eHälsa - planering för 2018.....	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.

Under 2017 har vård- och omsorg gått in i en ny typ av organisation med förvaltningschef, tre områdeschefer samt enhetschefer. Hälso- och sjukvården är tillsammans med korttidsvård och Trygg hemgång organiserad under områdeschef för HSL som har en kombinerad tjänst som MAS och områdeschef. De övriga områdescheferna har ansvar för dels särskilt boende dels för hemtjänst, LSS samt myndighetsutövning.

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. Ett arbete med att utveckla ledningssystemet påbörjats och det arbetet fortgår. På grund av olika problem med systemet och deras representanter har det arbetet dragit ut på tiden

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 2016-års Patientsäkerhetsberättelse

I samband med redovisning av Patientsäkerhetsberättelse 2016 beslutade vård- och omsorgsnämnden om ett antal förbättringsåtgärder. En uppföljning av dessa ger följande:

Grönt betyder genomfört

Gult betyder delvis genomfört

Rött betyder ej genomfört

Förslag till förbättringar	Ansvarig	Följs upp	Resultat
<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	Kontinuerligt pågående
Att äldresatsningen satsas där bemanningen är lägst kopplat till vårdtyngden med uppföljning av att satsningen kommer vårdtagarna till del.	Förvaltningschef/ Enhetschef	PSB 2017	Genomfört
<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	Kontinuerligt pågående
Fortsätta arbetet med deltagande i dialoggrupp (sk. RIVÖ-HOP) tillsammans med regionens representanter för en ökad kunskapsspridning kring avvikelsernas konsekvenser och hur de kan undvikas.	MAS Vårdplanerare	PSB 2017	Pågående
<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	Pågående
<u>Palliativa registret</u>			
Att omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar behovet av informerande samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017	Andelen som erbjuds samtal ökar
Att vidta förebyggande åtgärder för trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017	Bör öka, fortfarande inte tillfredsställande.
Att smärtskattning genomförs vid behov.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017	Ökande men kan bli ännu bättre.

<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	Pågående
All vård ska vara personcentrerad.	Enhetschefer	PSB 2017	Vården utgår från ett personcentrerat perspektiv.
<u>Trycksår</u>			
Antalet trycksår i särskilt boende ska minska.	Enhetschefer Omvårdnadsansvariga sjuksköterska	PSB 2017	Behöver förbättras ytterligare
Genomföra utbildningsinsatser med all personal.	Enhetschefer	PSB 2017	Delvis genomfört
Rapportera alla som kommer till våra boenden med trycksår till MAS för återkoppling till eventuell annan vårdgivare.	Omvårdnadsansvariga sjuksköterska	PSB 2017	Sker endast i enstaka fall.
Arbeta strukturerat med Senior Alert för att förebygga trycksår.	Enhetschefer Legitimerad personal	PSB 2017	Pågående
Göra en tydlig vårdplan/behandlingsplan för alla vårdtagare med trycksår.	Omvårdnadsansvariga sjuksköterska	PSB 2017	Sker delvis, kan förbättras ytterligare.
<u>Basala hygien- och klädregler</u>			
Att förbättra följsamheten till korrekt arbetsdräkt.	Enhetschef	PSB 2017	Förbättring har skett men ännu inte helt. Kan bli ännu bättre.
Arbeta vidare med åtgärder utifrån hygienronden.	MAS/ enhetschefer	PSB 2017	Pågående, kan utökas ytterligare.
Att vid 2 gånger per år informera och uppdatera all vård- och omsorgspersonal om basala hygienrutiner.	Enhetschefer	2 ggr/ år	Skjer på APT.
Hemtjänsten ska arbeta utifrån handlingsplanen kring hygien som togs fram 2015	Enhetschefer hemtjänst	2 ggr/år	Pågående

<u>Läkemedelshantering</u>			
Alla verksamheter registrerar alla avvikelser i det digitala programmet.	Enhetschefer	PSB 2017	Pågår
Utbildning inom omsorgen kring avvikelserapportering.	Enhetschefer inom LSS	PSB 2017	Genomfört
Utbilda fler personer som kan registrera avvikelser digitalt.	Enhetschefer	PSB 2017	Genomfört
Att e-läkemedel införs i samtliga verksamheter	Utvecklingsstrateg	PSB 2017	Pågående
Arbeta utifrån handlingsplanen som tagits fram efter apotekets granskning av läkemedelshanteringen.	MAS/ Enhetschefer för ssk	PSB 2017	Genomfört
<u>Läkemedelsgenomgångar</u>			
Att öka samverkan med primärvården kring "skånemodellen".	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017	Fungerar väl med en av vårdcentralerna, inte fullt ut med den andra.
<u>Nattfasta</u>			
Att den ofrivilliga nattfastan inte är längre än 11 tim.	Enhetschefer	PSB 2017	Fungerar väl på två enheter, ej fullt ut på övriga två enheter.
Att det i vårdplanen/genomförandeplanen ska framgå hur eventuella kvällsmål/ nattmål ska serveras för att minska nattfastan.	Enhetschefer	PSB 2017	Anges delvis
Förtydliga rutinen för sammanställning av nattfasta för att undvika missförstånd.	Dietist/MAS	PSB 2017	Genomfört
<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	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017	Uppfylls till största del. En del brister gällande samtycke.

annan vårdgivare.			
Att aktuell vårdstatus uppdateras.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017	Uppfylls ej
Upprätta en gemensam rehab- och vårdplan i Trygg hemgång och inom korttidsvård.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska Arbetsterapeut Sjukgymnast/ fysioterapeut	2 ggr/år	Skär delvis
Att klockslag anges vid journalanteckning där det är av betydelse.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2017	Uppfylls i stor utsträckning
Fall och fallolyckor			
Att alla äldreomsorgens verksamheter screenar för fallolycka i Senior Alert.	Enhetschefer	PSB 2017	Pågående
Att antalet fallolyckor minskar.	Enhetschefer	PSB 2017	Har minskat, kan bli ännu bättre
Att all personal i hemtjänst/hemsjukvård genomgår utbildning i fallprevention.	Enhetschefer	PSB 2017	Delvis
Implementera handlingsprogrammet för fallprevention i alla verksamheter efter utvärdering tillsammans med Lindhems personal.	MAS/ Enhetschefer	PSB 2017	Pågående

Munhälsa			
Att alla verksamheter arbetar kontinuerligt med munhälsobedömningar.	Enhetschefer	PSB 2017	Pågående
Att munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av planer för personlig omvårdnad.	Enhetschefer	PSB 2017	Skär delvis
Att alla munbedömningar utförs enligt ROAG samt registreras i senior alert.	Enhetschefer	PSB 2017	Delvis
Utbilda ROAG-ombud.	Enhetschefer	PSB 2017	Pågående
Medicin teknik			
Att skapa och implementera rutiner för periodiskt underhåll och kontroller i	Enhetschef	PSB 2017	Pågående men ej helt uppfyllt

samtliga verksamheter.			
<u>Rehabilitering</u>			
Att bedömning ska göras enligt COPM i senior alert efter införande.	Sjukgymnast/ Arbetssterapeut	PSB 2017	Har ej införts
Fortsätta att utveckla teamarbetet kring Senior Alert.	Enhetschefer	PSB 2017	Fungerar väl
Genomföra och utvärdera förflyttningsutbildningar.	Sjukgymnast/ fysioterapeut/ Arbetssterapeut	PSB 2017	Pågående
<u>Vård av personer med demenssjukdom</u>			
Att fortsätta arbetet med att utbilda personalen i Demens ABC, Demens ABC+ samt Nollvisionen	Enhetschefer Demenssjuksköterska	PSB 2017	Pågående
Att alla verksamheter arbetar utifrån handlingsplanen för demenssjukdomar och BPSD.	Enhetschefer Demenssjuksköterska	PSB 2017	Pågående
Att fortsätta arbetet med symtomskattningar och registreringar BPSD-registret.	Enhetschefer Omvårdnadsansvariga sjuksköterska	PSB 2017	Pågående
Att utbilda koordinators för BPSD-registret.	Förvaltningschef	PSB 2017	Pågående
Flytta dagverksamheten för demenssjuka i Lönsboda till Soldalen.	Enhetschef	PSB 2017	Har ej skett pga nya rön kring byggnation
Fortsätta det gynnsamma arbetet på Lindhem och Soldalen med att utveckla demensvården och boendemiljön.	Enhetschefer	PSB 2017	Pågående
Samtliga verksamheter ska fortsätta att utveckla den personcentrerade vården.	Enhetschefer	PSB 2017	Pågående
Förankra nollvisionen i samtliga verksamheter.	Demenssjuksköterska Enhetschefer	PSB 2017	Pågående
Tydliggöra det övergripande demensteamets roll i verksamheten.	Områdeschef	PSB 2017	Genomfört
Tydliggöra teamets roll i respektive arbetsgrupp.	Enhetschefer	PSB 2017	Genomfört
<u>Uppsökande verksamhet</u>			

Att förbättra uppföljningarna ytterligare.	Enhetschef Sjuksköterskor inom uppsökande verksamhet.	PSB 2017	Pågående
Att fortsätta med gruppträffar och förbättra träffarna med fler kompetenser.	Enhetschef Sjuksköterskor inom uppsökande verksamhet	PSB 2017	Pågående
Att påbörja hembesök enligt ny modell under hösten utifrån ny modell i samverkan med Högskolan Kristianstad.	Utvecklingsstrateg	PSB 2017	På försök 2017, igång 2018
<u>Nya hälso- och sjukvårdsavtalet</u>			
Utveckla formerna för avtalet på lokal nivå tillsammans med primärvården.	MAS/ verksamhetschef	PSB 2017	Pågående men problematis
Ta fram en plan för att öka kompetensen hos samtliga yrkeskategorier för att möta behovet utifrån det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.	MAS/ verksamhetsområde schef/ enhetschefer/ utvecklingsstrateg	PSB 2017	Har tagits fram men oklarheter råder hur vården ska organiseras

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](#)
- [Regelverk för Samordnad vårdplanering](#) - reviderat under 2016.
- [Regelverk för tandvårdsstöd i Skåne](#) - reviderat under 2014.
- [Samarbetsavtal mellan kommunerna och regionens sjukvård i nordöstra Skåne](#)

- Hälsa- 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 hälsa- och sjukvårdsavtal

Den 1 september 2016 trädde det nya hälsa- och sjukvårdsavtalet i kraft. Avtalet är ett utvecklingsavtal och i praktiken har små förändringar skett under 2017. 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.

Arbetet går trögt då mycket av genomförandet knutits till hälsoavtalets ackrediteringar och man inte enats om hur själva arbetet ska organiseras. Läkarbrist försvårar arbetet.

5.1.1 Äldresatsningen 2017

Åren 2015-2017 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 3 457 064 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.

Satsningar inför 2018

Arbeta vidare med kontinuerlig samverkan med regionen kring utveckling och implementering av nya hälsa- och sjukvårdsavtalet på olika nivåer.

Utvärdera äldresatsningens effekt kontinuerligt så att den används där behovet är som störst.

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 avvikelsen.

1.

Avvikelser till	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Psykiatrin, Kristianstad	0	0	0	1	0	0	1
Ambulans, Hässleholm	0	0	1	1	0	0	0
ASIH	0	0	0	0	0	0 (2)	0
Centralsjukhuset, Kristianstad	4	6	6	6	5	7	6
Sjukhuset, Hässleholm	8	2	6	6	4	7	5
Primärvård	0	0	0	0	0	2	1
Totalt	13	8	13	14	9	18	13

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, gruppen kallas RIVÖ – risker i vårdens övergångar. Syftet med detta är att det fungerar som ett lärandetillfälle där personal kan utbyta erfarenheter och få förståelse för vilka konsekvenser olika händelser får så att de ska kunna förebyggas.

Förbättringsförslag inför 2018:

- Ett nytt arbetssätt införs under 2018 gällande samverkan vid utskrivning från slutenvården. Redan under januari och början av februari förekommer ett ökat antal avvikelser i samband med nytt arbetssätt. Under 2018 krävs ett intensifierat arbete med såväl RIVÖ som samverkan och diskussion med regionen om olika sätt att förbättra arbetssätten.

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 2017 har ytterligare ett mobilt läkarstöd, en bil med sjuksköterska och läkare som utgår från sjukhuset i Hässleholm funnits. 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. Dock gör dessa olika bilar att det upplevs som lite rörigt, vilken bil ska användas vid vilket tillfälle? Synpunkterna har förts fram från kommunens representanter i olika samverkansforum.

Under 2017 har andelen SIP, det vill säga samordnad individuell plan ökat. Fokus på SIP är starkt uttalat i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, SIP är ett krav för att bli inskriven i den nya vårdformen. Dock finns det fortfarande förbättringspotential. En gemensam handlingsplan finns upprättad tillsammans med vårdcentralerna för att få ett flöde i arbetet med SIP. Arbetet försvåras genom att det stundtals varit svårt för vårdcentralerna med tillgång till läkare. Samtliga som flyttar in på SÄBO ska erbjudas SIP inom 3 veckor. I ordinärt boende har det fokuserats på att erbjuda en SIP till dem som är i störst behov av en samordnad vårdplan.

5.3.1 Förbättringsförslag för 2018:

- Samarbetet med vårdcentralerna fungerar mycket bra. Ett problem är att läkarkontinuiteten har brustit ibland. Arbetet med SIP ska fortsätta under 2018 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 öppna jämförelser

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

Här finns undersökningen i sin helhet:

<http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/aldreomsorg/enhetsundersokningenaldreomsorg>

Svaren i denna undersökning stämmer inte fullt ut. Vi har dubbelgranskat dessa och funnit att vi har svarat korrekt i det material vi skickat in men i redovisningen stämmer det inte. Korrekta svar skickas åter in till Socialstyrelsen.

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, pensionärs-

organisationer, 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. Verksamheten arbetar mycket med att vara synliga på sociala medier och att bjuda in närstående vid aktiviteter.

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 2017 har arbetet med att utveckla BPSD fortsatt 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. Arbetet har inriktats mot teamarbetet och hur det kan bli bättre i såväl det förebyggande arbetet som i arbetet med Senior Alert.

Enhet	Antal inmatade riskbedömningar		Antal inmatade åtgärdsplaner		Andel utförda åtgärder vid risk i %		Andel riskbedömningar med risk	
	2016	2017	2016	2017		2017		2017
Lindhem	113	137	113	121		81%		93%
Rönnebacken	154	78	109	71		81%		98%
Bergfast	45	45	45	40		33%		98%
Soldalen	39	43	44	42		76%		98%
HTJ/HSV Osby	20	90	21	62		61%		78%
HTJ/HSV Lönsboda	32	146	17	130		68%		93%
Totalt	403	539	349	466		67%		146

Källa: Senior Alert 2016 och 2017

Förbättringsförslag 2018:

Ur resultatet kan utläsas att en stor andel av de som riskbedöms, bedöms ha en faktisk risk för fall, trycksår, undernäring eller dålig munhälsa. Åtgärder föreslås men en relativt låg andel av åtgärderna utförs. Under 2018 behöver större fokus läggas på utvärdering av insatta åtgärder, så att arbetet verkligen kommer vårdtagarna till del.

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:	2015	2016	2017
Informerande samtal till patient	76	61	70
Informerande samtal till närstående	76	76	87
Utfört smärtskattning med validerat instrument	70	73	80
Ordination av inj-läkemedel mot smärta vid behov	97	97	95
Ordination av inj-läkemedel mot illamående vid behov		84	85
Ordination av inj-läkemedel mot oro vid behov	84	85	88
Ordination av inj-läkemedel mot rosslighet vid behov		87	90
Förekomst av trycksår vid dödsfallet	10	15	15
Någon närvarande i samband med dödsfallet		82	84
Erbjudande om eftersamtal till närstående		89	95
Munhälsobedömning		83	81

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. Samma åtgärder som 2017 med tillägget att utarbeta en handlingsplan.

6.2.1 Förbättringsförslag för 2018

- 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. Utarbeta ett handlingsprogram för att undvika trycksår då nuvarande åtgärder inte haft önskvärd effekt.

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.

Totalt antal BPSD registreringar

	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>
Antal kompletta bedömningar i BPSD-registret	130	158	160	186

Källa: BPSD-registret

Antal registreringar på respektive enhet

År	Enhet	Antal registreringar
2017	Rönnebacken	57
2017	Bergfast	11
2017	Osby hemtjänst	3
2017	Lindhem	76
2017	Soldalen	39

Samtliga verksamheter med personer med demenssjukdom och BPSD-symtom registrerar nu i kvalitetsregistret, dock med varierande frekvens. 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.

Förbättringsförslag 2018:

- Uppdatera handlingsplanen för implementering av BPSD samt fortsätta arbetet med BPSD kontinuerligt inom samtliga verksamheter.

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 – 2017:

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
2017	228	11	5	8	7	1	2

Källa: Nationell punkt prevalensmätning trycksår – PPM-trycksår våren 2009-2017

2017-års mätning visade följande:

- Antalet trycksår har minskat marginellt under året.
- Det vi däremot ser är att korttiden skiljer ut sig med en stor andel trycksår, 21,7%. Denna trend är densamma i andra kommuner som gjort mätningar på korttidsvården. Detta är allvarligt och kräver att vi analyserar detta djupare. Är det så att personer kommer från sjukhuset med trycksår eller uppstår de i kommunens korttidsvård?

7.1.1 Förbättringsförslag för 2017:

- Upprätta en handlingsplan för hur arbetet med trycksår kan förbättras på korttid samt hur återkopplingen till sjukhuset kan ske snabbt, om det är så att personer kommer från sjukhuset med trycksår.
- 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	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Basala hygienrutiner vid vård- och omsorgsarbete	%	%		%	%	%
Korrekt desinfektion av händerna före	100	88	75	100	70	75
Korrekt desinfektion av händerna efter	100	93	98	100	95	75
Korrekt användning av handskar	85	100	90	90	95	90
Korrekt användning av plastförkläde	100	93	63	100	55	90
Korrekt arbetsdräkt	90	95	95	50	60	90
Avsaknad av ringar, armband, klocka	98	98	95	90	80	95
Kort eller uppsatt hår	98	93	100	100	100	90
Korta naglar, ej konstgjort material	-	90	100	-	80	95

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

Fortfarande är följsamheten alltför dålig, i år lite sämre resultat på SÄBO än normalt. Ytterligare insatser och åtgärder behövs.

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 resistenta 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.

Resultat

Indikator	Osby 2016	Osby 2017	Riket 2016	Riket 2017
Totalt antal vårdtagare i HALT-mätningen	137	157	12090	24846
Antal vårdtagare med korttidsvård	13	11	153	694
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på enheten	2	2	212	368

Antal vårdtagare med antibiotika	8	1	406	730
Antal vårdtagare med profylax	4	1	109	138
Andel vårdtagare med antibiotika (prevalens)	5%	1%	3%	2%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	9	1	426	827

7.2.1 Förbättringsförslag för 2018

- Att vid 2 gånger per år informera och uppdatera all vård- och omsorgspersonal om basala hygienrutiner.
- Hygienrutinerna följs upp av enhetscheferna kontinuerligt under året utöver PPM-mätningen. Punktinsatser med extra mätningar på de enheter som har sämst resultat.
- Hygien en punkt på såväl APT som vid medarbetarsamtal och lönesamtal.
- Fortsätta utbilda kommunens personal genom kommunens hygienteam.

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 Avvikelser angående läkemedelshantering

Avvikelserna registreras i ett digitalt program för läkemedelshantering.

År	2014	2015	2016	2017
Rönnebacken	81	54	117	154
Bergfast	37	27	33	64
Lindhem	37	26	29	12
Soldalen	12	22	29	42
Omsorgen	0	0	0	10
HSV Osby	2	6	24	45
HSV Lönsboda	60	63	70	48
Totalt	229	198	302	375

Inrapporterade avvikelser har ökat från föregående år. 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 tyder på att man arbetar med avvikelser och då också kan åtgärda det som går fel. Dock måste vi även arbeta med att se över rutiner för läkemedelshanteringen, kring vad som går fel för att åtgärder ska kunna sättas in.

8.1.1 Förbättringsförslag för 2018

- Enhetschefer och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor behöver arbeta med att kartlägga varför avvikelser uppstår och vad som kan göras för att undvika att de sker.
- Fortsatt införande av e-läkemedel i samtliga enheter.

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 2017 har en anmälan gjorts enligt lex Maria. Den gällde felaktigheter kring läkemedelshantering med anknytning till delegationer.

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. Fortfarande har ingen lösning skett. Kontakter har tagits med övriga kommuner som har Helsa för att se om det går att finna en gemensam lösning.

8.2.2 Förbättringsförslag för 2018

- Fortsätta att arbeta för läkemedelsgenomgångar enligt ”Skånemodellen” även med Helsa.
- 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](#).

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 sker enligt Senior Alert. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas i teamsamverkan där dietist ingår.

För att säkerställa att den enskilde vårdtagaren inom särskilt boende och i hemsjukvården ska kunna garanteras en god och näringsriktig kost har kommunen anställt 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.

	Natfasta < 11 t	Natfasta 11,1-13 t	Natfasta över 13 t
Vecka 40 2017	70%	17%	13%
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%

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

sammanställt mätningen på ett bra sätt vilket var ett förbättringsområde under fjolåret då vissa missförstånd uppstod i samband med mätningen.

Resultatet från nattfastemätningen visar att två av SÄBO-enheterna i kommunen lyckas mycket bra med nattfastan, där är resultatet 100% som har mindre än 11 timmars nattfasta. På övriga två SÄBO-enheter är inte resultatet lika bra, vilket drar ner helhetsresultatet. Det visar sig dock att ett idogt och envist arbete med nattfastan gör nytta.

8.3.2 Förbättringsförslag för 2018

- Den ofrivilliga nattfastan ska inte vara längre än 11 tim.
- Att det i vårdplanen/genomförandeplanen ska framgå hur eventuella kvällsmål/nattmål ska serveras för att minska nattfastan.

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 fortfarande 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 71% gällande klockslag.

År	2015	2016	2017
Granskning av omvårdnadsjournaler	Ja(%)	Ja(%)	Ja (%)
1. Finns fullständiga uppgifter om patientens identitet?	100	100	100
2. Finns notering om omvårdnadsansvarig sjuksköterska?	95	93	86
3. Finns notering om patientansvarig läkare?	92	93	100
4. Finns notering om anhörig/närstående?	97	100	100
5. Finns notering om att lämna samtycke att lämna uppgifter till annan vårdgivare?	80	62	58
6. Finns aktuellt vårdstatus?	55	62	50
7. Finns det en individuell vårdplan?	94	100	86
8. Är tidpunkten för vårdåtgärderna tydligt angivna?	100	50	71
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	100	100	100

journalföring?			
----------------	--	--	--

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

8.4.2 Förbättringsförslag 2018

- 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.
- Nytt journalsystem behövs och upphandlingsprocessen är påbörjad.

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.

Fall registreras i senior alert samt fallförebyggande åtgärder.

Under 2016 och 2017 såg antalet fall och allvarlighetsgraden på fallen ut så här:

Även antalet fall under 2015 redovisas.

År	2015	2016	2017	2016	2016	2016	2017	2017	2017
Enhet	Antal fall	Antal fall	Antal fall	Ingen skada	Mindre skada	Allvarlig skada/fraktur	Ingen skada	Mindre skada	Allvarlig skada/fraktur
Rönnebacken	90	125	153	72	48	5	120	26	7
Spången	39	44	1	32	12	0	0	1	0
Lindhem	265	268	224	201	64	3	142	76	6
Bergfast	132	138	90	99	37	2	73	14	3
Soldalen	94	89	60	40	18	2	32	28	0
HSVOsby	149	108	121	97	23	1	82	34	5
HSV Lönsboda	85	84	76	58	26	0	56	19	1
Totalt:	854	800	720	546	228	13	505	198	22

Senior Alert används i alla verksamheter för att riskbedöma för fall. Här registreras varje fall som en händelse med åtgärdsprogram och uppföljning. Lindhem startade under slutet av 2016 ett handlingsprogram för att förebygga fall. Efter utvärdering syns det att fallen på Lindhem har minskat. Personalen upplever också att medvetenheten om fall har ökat. Av den

anledningen kommer nu handlingsplanen för fall att implementeras i samtliga verksamheter under 2018. Fallen har under 2017 minskat med 9%, vi nådde nästan upp till målet som var 10%. Under 2016 minskade fallen med 6% i förhållande till året innan. Att fallen minskar är positivt och visar att det förebyggande arbetet gör nytta.

8.5.2 Förbättringsförslag för 2018

- Implementera handlingsprogrammet för fallförebyggande arbete i samtliga verksamheter.

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 2008-2017

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
2017	80	30	9	55	0	2	0	176

Antalet delegationer från sjuksköterskor ligger mycket lägre än vad det gjort tidigare. Troligen felaktigt värde beroende på att inte alla delegationer skickats in till MAS enligt gällande rutin.

Delegationer från fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter 2008-2017

År	Beh/träning	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
2017	8	0	8	0	15	0	31

8.6.1 Förbättringsförslag för 2018

- Samtlig legitimerad personal ska skicka in delegationer till MAS för sammanställning. Påminnelse kontinuerligt under året.

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 munhälsobedömningen, 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. Vi ser att det fortfarande finns förbättringspotential avseende antalet registreringar. Vissa enheter är flitigare än andra. I tabellen nedan redovisas alla de bedömningar som gjorts där vårdtagaren hade någon typ av munproblem enligt grad 2 ROAG, dvs avvikelser i munhälsan som med insatser kan åtgärdas av vårdpersonalen. I alla dessa fall ser vi alltså att problem fanns som lätt kan avhjälpas. Om ingen bedömning skett är risken stor att problemen växt sig större och lett till såväl ökat lidande för individen som ökade kostnader för individ och samhälle. Det är således viktigt att alla fortsätter att arbeta med bedömningarna för att ytterligare förbättra munhälsan framöver.

År	2016	2017
Enhet	Antal munbedömningar med någon grad 2 enligt ROAG	Antal munbedömningar med någon grad 2 enligt ROAG
Rönnebacken	34	25
Spången	0	4
Lindhem	20	41
Bergfast	3	0
Soldalen	13	11
HSV Osby	7	12
HSV Lönsboda	0	2
Totalt	77	95

8.7.1 Förbättringsförslag för 2018

- Att alla verksamheter arbetar kontinuerligt med munhälsoutbildningar samt utbildar ROAG-ombud.
- Att munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av planer för personlig omvårdnad.
- Att verksamheterna registrerar munhälsa i senior alert.

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

2 avvikelser har anmälts vidare till Läkemedelsverket.

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 2018

- Att tillse att rutiner fungerar för periodiskt underhåll och kontroller i samtliga verksamheter.

Trygg hemgång

71 personer har varit inskrivna i Trygg hemgång i Osby under 2017.

Vård- och omsorgsnämnden har som ett mål att Trygg hemgång ska vara ett förstahandsalternativ efter vistelse på sjukhus och att andelen som vårdas i Trygg hemgång ska öka. Vård och rehabilitering i den enskildes hem har ofta mycket god effekt och vårdtagarna är oftast mycket nöjda med den vård som ges. När någon vårdas i Trygg hemgång finns alltid en garantiplats på något av kommunens korttidsboenden tillgänglig för att garantera trygghet för den enskilde. Det är sällan platsen utnyttjas.

Nya riktlinjer för Trygg hemgång togs fram under 2017 och arbetet utifrån dem fortsätter under 2018.

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 2017 har teamarbetet gällande Senior Alert fortskridit på ett mycket bra sätt. Arbets sättet är nu implementerat i våra verksamheter.

Rehabpersonalen har haft en drivande och framträdande roll i detta förtjänstfulla arbete. Rehabpersonalen genomför även förflyttningsutbildning för all personal. Rehabpersonalen är drivande i olika typer av utvecklingsarbete samt ingår i olika team inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde. Allt detta utförs på ett mycket förtjänstfullt sätt.

Arbetsterapeut i samarbete med biståndshandläggare

Under 2017 påbörjades ett utvecklingsarbete där arbetsterapeut medverkar vid biståndshandläggningen i nära samarbete med biståndshandläggare. När den enskilde ansöker om trygghetslarm eller utökning av insatser gör arbetsterapeuten ett hembesök. Syftet är att kartlägga om någon träning eller något hjälpmedel kan sättas in istället för att en insats från hemtjänsten beviljas. Arbetet har mottagits positivt från såväl vårdtagare, biståndshandläggare som arbetsterapeut. I flera fall har träning eller hjälpmedel kunnat vara till hjälp medan det i andra fall gjorts att en bedömning skett att den enskilde behöver mer insatser än han eller hon ansökt om. Detta arbetet kommer att utvecklas ytterligare under 2018.

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 EQ5D

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

Verksamheten mäter vårdtagarens egen upplevelse enligt [EQ-5D](#), som är ett standardiserat frågeformulär för att mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter. I instrumentet ingår framöver fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, vardagliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. De allra flesta upplever såväl ökad livskvalitet som förbättrad rörlighet och ökad självständighet. I vissa fall förväntar man sig ännu större förbättring än vad som sedan faktiskt skett. Gällande smärta och oro är resultatet ofta oförändrat när patienten själv skattar sin hälsa och situation. Rehabpersonalen upplever att personen är trygg och fungerar väl efter avslutade insatser. Vad den diskrepansen beror på är svårt att veta säkert. Under nästa år kommer vi att använda en 5-gradig skala istället för som nuvarande 3-gradig. Förhoppningen är att det ska ge en bättre, mer nyanserad bild.

Måluppfyllelse efter rehabinsatser, utvärderat i IVP

Vid uppföljning av resultat efter rehabinsatser enligt IVP visar att i 85% av insatserna har en förbättring av funktionen skett hos den enskilde. Detta visar att rehabiliteringsinsatser gör stor skillnad för möjligheten till självständighet och funktion.

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 95% 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 kommit 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. Så har inte heller skett under 2017 och vi har inte någon ny information om när det faktiskt ska börja gälla. Vi tar därför bort det målet och tar ny ställning när det faktiskt kommer i senior alert.

10.3.1 Förbättringsförslag för 2018

Utveckla arbetet med arbetsterapeut vid biståndshandläggning som påbörjats under 2017.

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, kompetensgrupp kognitiv vård. I gruppen ingår silviaundersköterskor, demenssjuksköterska, äldrespecialistsjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt MAS. Gruppens ansvar är att omvärldsbevaka samt fungera som expertstöd till övriga verksamheter när behovet finns. 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.

Vid särskilt svåra omvårdnadssituationer finns handledning att tillgå från erfaren personal inom kommunen. För att ytterligare förstärka den möjligheten har en del av äldresatsningen satsats på vårdhund och vårdhundsförare. Vårdhundsföraren har stor erfarenhet av demensvård och arbetar dels med direkt patientkontakt, dels med handledning. Det är värdefullt att ha kompetens inom kommunen som kan handleda när behov finns.

Den planerade flytten av dagverksamheten till Soldalen har uppskjutits i väntan på beslut huruvida Soldalen ska byggas om/till alternativt ett helt nytt äldreboende ska byggas i Lönsboda. Utredning pågår kring kostnader och effektiviseringsmöjligheter.

Växelvård för personer med demenssjukdom upplevs inte alltid som det bästa alternativet för den enskilde. Behov finns av att utveckla alternativa möjligheter till avlastning för att möta behovet hos vårdtagare och

närstående.

11.2.1 Förbättringsförslag för 2018

- Att samtliga verksamheter följer handlingsplanen för arbete med demenssjukdomar och BPSD.
- Samtliga verksamheter ska fortsätta utveckla den personcentrerade vården.
- Arbeta enligt de nationella riktlinjerna för vård och omsorg av personer med demenssjukdom.
- Förankra nollvisionen i samtliga verksamheter

12. Uppsökande verksamhet

Vård och omsorg bedriver sedan 2006 en uppsökande verksamhet gentemot personer 75 år och äldre som ej bor i särskilt boende. Ca 98 % av den aktuella populationen tackar ja till besöken. 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 2017 har 521 hembesök utförts. Uppföljningsbesöken har kompletterats med gruppträffar i både Osby och Lönsboda. Dessa träffar har varit uppskattade och kommer att fortsätta.

Projektet med Högskolan i Kristianstad har startat upp med ett nytt frågeformulär, Osby kommun har deltagit som pilotkommun i utformningen av det nya frågeformuläret.

Under 2017 har trygg hemgång omorganiserats och är närmare knutet till hemsjukvården. Två sjuksköterskor i Lönsboda och tre sjuksköterskor i Osby jobbar med uppsökande verksamhet vissa dagar, andra dagar arbetar de i hemsjukvården. De är då väl insatta i båda verksamheterna vilket förhoppningsvis kommer såväl vårdtagare som verksamheten till godo. Bokningarna sköts numera av assistenter för att använda allas kompetens på bästa sätt.

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 2018

- Att förbättra uppföljningarna ytterligare
- Att fortsätta med gruppträffar och förbättra träffarna med fler kompetenser
- Genomföra minst tre besök per dag per sjuksköterska

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.

- 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 2017 fortsatt öka men kan bli ännu bättre. 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 2017. SIP har en central roll i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet. De kommer även att vara viktiga i den lagen om

samverkan vid utskrivning från slutenvården som börjar gälla 1 januari 2018.

- Mobil signering av läkemedelshantering via e-läkemedel – för säker läkemedelshantering fortsätter att implementeras i våra verksamheter.
- Surfplatta används som möjlighet vid sociala aktiviteter för att använda Skype, spela filmer och musik samt söka information runt vårdtagarnas intresse och önskemål.
- 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 under 2017.
- Digitala trygghetslarm är installerat hos samtliga vårdtagare. Dock förekommer en hel del problem med larmen när IT-enheten kör uppdateringar och servicefönster vilket föranlett diskussioner kring alternativa driftsformer och hur de skulle kunna utformas.
- Vårdplanering på distans har utförts med personal på avdelning 37 i Hässleholm. Tyvärr är det svårt att nå hela vägen fram med användning i större skala. Fortsatta diskussioner pågår med regionen.
- Utbildning av demenssjuusköterska samt ytterligare en sjuusköterska har utförts för att bereda inför införandet av GPS-trygghetslösning för personer med demenssjukdom.
- Upphandling av nytt verksamhetssystem har påbörjats.
- Utbildning av vårdpersonal har utförts för att de ska kunna utföra digital dokumentation.

13.2 eHälsa - planering för 2018

- Den elektroniska utvecklingen fortsätter inom vård och omsorg med bl.a.:
- Mobil signering av läkemedelshantering via eLäkemedel – för säker läkemedelshantering – i alla verksamheter.
- Mobil dokumentation via Laptops, surfplattor och smartphones.
- Fortsatt arbete med rutiner och riktlinjer inför införandet av GPS-trygghetslösning för personer med demenssjukdom.
- Upphandling av nytt verksamhetssystem.
- 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.

- Fortsatt arbete med att införa ledningssystemet till vissa delar i Stratsys som är ett verksamhetssystem där ledningssystemet kan ingå.
- Fortsatt utbildning av vårdpersonal för att kunna genomföra digital dokumentation mobilt.

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 antalet 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 har avtalet med Falck hembesöksbilar förlängts 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. Under 2017 har arbetet med nya hälso- och sjukvårdsavtalet varit mycket trögt. Upplevelsen är att det inte händer så mycket till stor del en följd av bristen på läkare i primärvården. 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.

En ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård börjar gälla 2018-01-01, 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.
- Att identifiera riskgrupper och arbeta med förebyggande och hälsobefrämjande insatser.
- Förbättrade arbetsprocesser i samverkan kring och med vårdtagare.
- Nyttänkande, utveckling och forskning.

- Samverka med regionen gällande vården men även medverka i andra samverkansformer med kommunförbundet m fl för att uppnå ett resultat som på bästa sätt gagnar Osby kommuns invånare.

15. Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen för 2017 visar på att vård och omsorg har gjort ett gott arbete med att förbättra kvaliteten för ”de mest sjuka äldre”.

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. Glädjande är att vi nu har bemannat samtliga befattningar bland rehabpersonalen.

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, trycksårsprofylax, vårdhygien, munhälsa och läkemedelsgenomgångar. 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 utmaningar 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. Konkurrensen 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 2018
Kontinuerligt utvärdera att	Områdeschef/	PSB

äldresatsningen satsas där bemanningen är lägst kopplat till vårdtyngden så att satsningen kommer vårdtagarna till del.	Enhetschef	2018
<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 2018
1 januari 2018 börjar en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården att gälla. Intensifiera arbetet med avvikelser och samverkansformer för att förbättra övergången mellan vårdformer.	MAS	PSB 2018
<u>Senior Alert</u>		
Utvärdera insatta åtgärder i senior alert.	Ansvarig HSL-personal/ enhetschef	PSB 2018
<u>Palliativa registret</u>		
Att omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar behovet av informerande samtal (brytpunktssamtal) till patient/närstående.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2018
Att vidta förebyggande åtgärder för trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2018
Att smärtskattning genomförs vid behov.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2018
<u>BPSD-registret</u>		
Handlingsplanen för BPSD ska vara ett levande dokument som används i vardagen i samtliga berörda verksamheter.	Enhetschefer	PSB 2018
All vård ska vara personcentrerad.	Enhetschefer	PSB 2018
<u>Trycksår</u>		
Antalet trycksår i särskilt boende ska minska.	Enhetschefer Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2018
Ta fram ett handlingsprogram för att förebygga trycksår.	MAS/Enhetschefer HSL	PSB 2018
Rapportera samtliga som kommer till våra boenden med trycksår till MAS för återkoppling till eventuell annan vårdgivare.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	PSB 2018
Göra en tydlig vårdplan/behandlingsplan	Omvårdnadsansvarig	PSB

för alla vårdtagare med trycksår.	sjuusköterska	2018
Basala hygien- och klädregler		
Uppdatera/utbilda all vård- och omsorgspersonal om basala hygienrutiner 2 ggr/ år samt vid introduktion. Hygieneamnet finns att tillgå.	Enhetschefer	2 ggr/år
Kontinuerlig uppföljning av hygienrutinerna under året utöver PPM-mätningen, punktinsatser på de enheter som har sämst resultat.	Enhetschefer	2 ggr/år
Hygien tas upp som en punkt vid såväl APT som medarbetarsamtal och lönesamtal.	Enhetschefer	2 ggr/år

Läkemedelshantering		
Kartlägga varför avvikelser uppstår samt åtgärda brister som gör att de sker.	Enhetschefer och sjuusköterskor	PSB 2018
Fortsätta arbetet med att införa digital signering, sk e-läkemedel.	Verksamhetsutvecklare	PSB 2018
Läkemedelsgenomgångar		
Att öka samverkan med primärvården kring ”skånemodellen”.	Omvårdnadsansvarig sjuusköterska	PSB 2018
Nattfasta		
Att den ofrivilliga nattfastan inte är längre än 11 tim inom samtliga SÄBO-enheter.	Dietist/Enhetschefer	PSB 2018
Att det i vårdplanen/genomförandeplanen ska framgå hur eventuella kvällsmål/nattmål ska serveras för att minska nattfastan.	Enhetschefer	PSB 2018
Dokumentation		
Att alltid i samband med nya insatser uppdatera bakgrundsuppgifter såsom omvårdnadsansvarig sjuusköterska, patientansvarig läkare, närstående och om samtycke beviljas för att lämna relevant information till närstående, till omvårdnadspersonal eller annan vårdgivare.	Omvårdnadsansvarig sjuusköterska	PSB 2018
Upphandla nytt journalsystem	Områdeschefer	PSB 2018
Fall och fallolyckor		
Att antalet fallolyckor minskar med 10%	Enhetschefer	PSB 2018
Implementera handlingsprogrammet för	MAS/	PSB

fallprevention i samtliga berörda verksamheter.	Enhetschefer	2018
---	--------------	------

<u>Munhälsa</u>		
Att alla verksamheter arbetar kontinuerligt med munhälsobedömningar samt utbildar ROAG-ombud.	Enhetschefer	PSB 2018
Att munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av planer för personlig omvårdnad.	Enhetschefer	PSB 2018
Att alla munbedömningar utförs enligt ROAG samt registreras i senior alert.	Enhetschefer	PSB 2018
<u>Medicin teknik</u>		
Följa upp att rutiner finns och följs för periodiskt underhåll och kontroller i samtliga verksamheter.	MAS/ Enhetschefer HSL	PSB 2018
<u>Rehabilitering</u>		
Utveckla arbetet med arbetsterapeut vid biståndsbedömning	Områdeschefer	PSB 2018
<u>Trygg hemgång</u>		
Arbeta enligt riktlinjerna med Trygg hemgång som ett förstahandsval vid hemgång från sjukhus.	Områdeschefer/ biståndshandläggare	PSB 2018
<u>Vård av personer med demenssjukdom</u>		
Kontinuerligt utbilda personalen i Demens ABC, Demens ABC+ samt Nollvisionen	Enhetschefer Demenssjuksköterska	PSB 2018
Att alla verksamheter arbetar utifrån handlingsplanen för demenssjukdomar och BPSD.	Enhetschefer Demenssjuksköterska	PSB 2018
Arbeta enligt de nationella riktlinjerna för vård av personer med demenssjukdom.	Demenssjuksköterska	PSB 2018
Utveckla alternativ till växelvård	Områdeschefer/ Demenssjuksköterska	PSB 2018
<u>Uppsökande verksamhet</u>		
Förbättra uppföljningarna ytterligare, använda gruppträffar som ett kompletterande sätt att följa upp.	Enhetschef Sjuksköterskor inom uppsökande verksamhet.	PSB 2018
Genomföra hembesök enligt modell i samverkan med Högskolan Kristianstad.	Utvecklingsstrateg	PSB 2018
<u>Nya hälso- och sjukvårdsavtalet Lagen om samverkan vid utskrivning</u>		
Samverka i olika former med regionen	MAS/	PSB

och övriga kommuner för att få en trygg, patientsäker och sammanhållen vård i nordöstra Skåne.	verksamhetschef	2018
--	-----------------	------