

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet
2015-03-01

Inger Andersson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Susanna Wahlman- Sjöbring, Verksamhetschef HSL

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Uppföljning genom egenkontroll	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Risikanalys	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Hantering av klagomål och synpunkter	11
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	11
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	17

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Under året har det fortsatt arbetet med registrering i de nationella kvalitetsregistren Senior alert och Palliativa registret fortsatt med syfte att öka patientsäkerheten och kvalitén. Resultatet från palliativa registret påvisar en positiv utveckling i satsningen smärtskattning och bedömning av munhälsa i livets slutskede. Genom att följa resultat i palliativ registret identifieras förbättringsområden. Arbetet med att utveckla demensregistret BPSD har skett på Lagunen. BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Syftet är att symtomskattning blir ett instrument och ett arbetssätt i omvårdnaden för att ge en individuell personcentrerad vård. I Senior alert görs riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition. Vid risk görs en åtgärdsplan och en uppföljning planeras. Under 2014 utvidgades riskbedömningarna till att även innefatta bedömning av munhälsa. Detta föranledes av en utbildning för omvårdnadspersonalen i bedömning av munhälsa. Nationella mätetal finns att tillgå för verksamheternas förbättringsområde

Journalgranskning har skett via extern granskare vid två tillfällen under året (20 oidentifierade journaler). Syftet har varit en objektiv granskning med fokus på det juridiska perspektivet, innehållet, processerna, språket, uppföljning och vårdplaner. Resultatet har lett till fortsatt förbättringsarbete inom dessa områden med störst fokus på att utveckla dokumentation via vårdplaner. Detta för att säkerställa vård och omsorg.

Patientsäkerheten har under året följts genom avvikelssystemet där all personal är skyldig att registrera en avvikande händelse, rapporter från kvalitetsregistren.

Sjuksköterskorna i kommunen har fått en utbildning kring kliniska bedömningar för att kunna få vägledning på vilken vårdnivå som en patient med akut försämring ska kunna få läkarvård. Beslutsstöds utbildningen genomfördes i början av året och uppföljning via en enkät visar på att sjuksköterskan får stöd i handläggning vid ett akut hembesök med akut sjukdom.

Nationell patientöversikt (NPÖ) har införts och innebär att kommunen är konsument och kan ta del av journaldokumentation från slutenvården och primärvården. Detta innebär en utveckling mot en ökad sammanhållen journalföring och en ökad tillgänglighet av medicinsk information som ökar patientsäkerheten

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Övergripande mål är att varje patient/brukare ska känna sig trygga och säkra i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras.

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för den enskilde individens självbestämmande och integritet.

Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och tillräcklig kompetens hos personalen.

Kommunstyrelsen har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsen, Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)*. Uppbyggnaden av detta ledningssystem sker under 2015.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, kommunstyrelsen. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

Verksamhetschef enligt § 29 HSL har ansvar för att leda, samordna, utveckla och säkerställa verksamhetens kvalitet. Ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen, Patientsäkerhetsförordningen, Socialstyrelsens allmänna råd som innebär:

- Bevaka att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.
- Att delegeringar är förenliga med säkerheten för patienten.
- Att göra anmälningar om en patient i samband med vård eller behandling riskerats eller utsatts för allvarlig skada enligt Lex Maria.
- Rutiner för läkemedelshantering, läkarkontakt, journalhantering.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Respektive enhetschef ansvarar för att dokumen-

tera hur patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet under föregående kalenderår utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik och följa de riktlinjer och rutiner som beslutas.

Övrig personal

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls genom att arbeta i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet och medverka i verksamhetens patientsäkerhets och kvalitetsarbete.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

- Utredningar av avvikelser och Lex Maria.
- Nationella kvalitetsregister följs upp återkommande på var enhet samt ska redovisas på lednings möte. En gång per år görs en sammanställning och redovisas för kommunstyrelsen.
- Öppna jämförelser och brukarundersökningar.
- Uppföljningar görs under året så att förbättringsarbete enligt mål i patientsäkerhetsberättelsen för innevarande år pågår.
- Rutiner för uppföljningar ska beslutas i ledningssystemet som utarbetas under 2015.
- Uppföljningar av dokumentation.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

En gemensam handlingsplan Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre finns framtagen i samverkan med Primärvård, ASIH och sjukhusen i nordost. Dessa områden ska regelbundet analyseras under året för uppföljning och utveckling. Följande område finns och ingår i kommunens egenkontroll.

God vård i livets slut

Registrering i palliativa registret har pågått. Under 2014 var ett mål förbättra indikatorerna smärtskattning och munhälso- bedömning med 10 % och det målet uppnåddes. Ett strukturerat arbetssätt med utbildning och användning av bedömnings instrumentet Abby Pain Scale samt täta uppföljningar av resultat och presentation för personalen har bidragit till positivt resultat. Det påvisas också en positiv utveckling gällande bryt-

punktsamtal mellan läkare och patient. Täckningsgraden för antalet oväntade och väntade dödsfall i kommunen fortsätter öka för vart år.

Preventivt arbetssätt

Förebyggande arbete innehåller registreringar i det nationella registret Senior alert med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring samt munhälsa. Här ses en minskning av antalet riskbedömningar mot tidigare år. En förklaring kan vara att ett nytt arbetssätt med ökat teamarbete och en utveckling till att arbeta strukturerat med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar har inletts och kräver en tydlig struktur. Täta egenkontroller ska ske under 2015 för att analysera att en positiv utveckling sker. Detta ska redovisas på gemensamt ledningsmöte på enhetschefs nivå.

Resultat från de nationella registren har presenterats och analyserats ett flertal gånger under året på gemensamt ledningskraftsmöte både på lokal och regional nivå.

God vård vid demenssjukdom

Demenssjuksköterskan har följt BPSD skattningar, både frekvens och resultat under året och redovisat på olika ledningsnivåer. Analysen visar i de enskilda fallen att ett personcentrerat förhållningssätt med hjälp av skattningsinstrument ger gott resultat för den enskilde. Analysen visar en ökning av antalet skattningar i registret från föregående år.

God läkemedelsbehandling för äldre

Kommunen ska samverka med vårdcentralen vid läkemedelsgenomgångar genom att göra symtomskattning. Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar har inte gjorts 2014 pga. avsaknad av farmaceut.

Sammanhållen vård och omsorg

Kommunen initierar och samverkar vid Samordnad individuell plan (SIP) samt vid hembesök av läkare.

Övrig uppföljning

Vårdskador kan mätas genom uppföljning av inkomna avvikelser ur avvikelssystemet, uppföljning av klagomål och genom granskningar av journaldokumentation.

Avvikelser registreras in i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelstens art utredas enligt rutin för avvikelse hantering. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt.

Medicinsktekniska produkter har genomgått årlig service genom de avtal som finns.

Munhälsobedömningar erbjuds genom avtal med Oral care. Statistik över munhälsan 2014 har delgivits verksamheterna som ett led i förbättringsarbete.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har genomförts av en extern farmaceut. Åtgärdsplaner på de granskade enheterna har gjorts på framkomna förbättringsåtgärder för att säkra en god läkemedelshandling. Vissa åtgärder genererade ändringar i den övergripande rutinen Läkemedelshandling.

Punktprevalensmätning gällande förekomst av fall/trycksår har genomförts. Mätningen sammanställs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Det var 1:a gången Bromölla deltog, därför beslutades att deltagandet gäller för de patienter som har en riskbedömning som inte är äldre än 6 månader. Deltagandet 2014 skedde i mindre omfattning. Resultat kommer att följas årligen.

Öppna jämförelser – påvisar för 2014 bättre resultat för användning av olämpliga läkemedel, 75 år och äldre samt även för användning av antipsykotiska läkemedel, 75 år och äldre. Medan däremot användning av psykofarmaka och tio eller fler läkemedel fortfarande är i överkant.

Logg kontroller genomförs kontinuerligt en gång i månaden i journalsystemet Treserva.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- Utbildning i dokumentation med fokus på vårdplaner har fortsatt under året inom hälso- och sjukvården. Journalgranskning (20 journaler) via extern handledare har skett två gånger under året. Analysen av den senaste granskningen sker feb. 2015. Dokumentationsgruppen arbetar vidare med att utveckla vårdplaner och därmed ett led att säkerställa vården.
- Nationell patientöversikt (NPÖ) har införts och innebär att kommunen är konsumenter och kan ta del av journaldokumentation från slutna vården och primärvården. Detta innebär en utveckling mot en ökad sammanhållen journalföring och en ökad tillgänglighet av medicinsk information som ökar patientsäkerheten. Förutsättningarna för sammanhållen journalföring och tillgång till patientuppgifter regleras i Patientdatalagen och är starkt förknippat med vissa sekretess krav.

-
- Enheterna har under året fortsatt registrering i kvalitetsregistren Senior alert, Svenska palliativregistret och demensregistret med BPSD. Arbetet med prevention och registrering i senior alert har lett till en utveckling i teamarbete och strukturerade teamträffar. Under året har bedömning av munhälsa tillkommit. Detta för att säkerställa en god nutrition varvid munhälsa har en stor betydelse. Innan munhälsobedömningar infördes gavs en utbildning för omvårdnads personal i bedömning av munhälsa.
 - Uppföljning av avvikelser har skett regelbundet enligt riktlinjer.
 - Checklista beslutstöd infördes och är ett verktyg för sjuksköterskorna att använda som stöd inför bedömning av optimal vårdnivå för patienten när det medicinska allmäntillståndet försämras. Syftet med beslutstödet är att skapa trygghet för patienten, ge vård på optimal nivå utifrån behov och situation, samt att säkra upp informationsöverföringen då vårdansvaret går över från en huvudman till en annan.
 - Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffade för 2012-2014 en överenskommelse som syftar till att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensiviera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Genom projektet Ledningskraft har ett chefsteam med representanter från kommun, primärvård och slutenvård skapats för att samverka över verksamhetsgränserna för att tillsammans uppnå en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. En handlingsplan för samverkan kring följande områden har tagits fram: ***God vård i livets slut, Preventivt arbetssätt, God vård vid demens sjukdom, God läkemedelsbehandling, Sammanhållen vård och omsorg.*** Prestationsersättningar har tilldelats kommunen för de uppsatta mål som uppnåtts. Dessa har använts i huvudsak till kompetensutveckling och kvalitetsförbättringar.
 - Implementeringen av kvalitetsregister Rikssår är påbörjad och en kartläggning av hur många svårsläkta sår som hemsjukvården behandlar är genomförd.
 - Det genomfördes under året en uppföljning på verksamhets uppföljning QUSTA inom äldreomsorgen. Genomgång av vad som åtgärdats och vad som skulle utvecklas ytterligare. Enheterna har kommit olika långt i förbättringsarbete efter åtgärdsförslagen som presenterades.

-
- Behovet av vårdhygienisk expertis till kommunerna har länge varit eftersökt. Multiresistenta bakterier och smittor av olika slag ökar i samhället och drabbar även de kommunala verksamheterna både på boende och i ordinärt boende. Sen den 1/9 finns denna expertis till kommunerna via Region Skånes verksamhet Smittskydd Skåne. Det finns nu möjlighet till bla råd vid smittutbrott, utbildningar och hygien ronder. Tillgång till arbetskläder på arbetsplatsen som byts varje dag infördes i hemtjänsten under året. Detta i kombination med god följsamhet till basala hygienrutiner kan leda till att risken för spridning av vårdrelaterade infektioner minskar.
 - Nattfastemätning är utförd en gång under året i syfte att få en uppfattning hur lång nattfastan var för att därefter kunna sätta in åtgärder för att bibehålla en god nutritions status. Detta upprepas varje år och resultaten ska följas. Nattfastan bör ej överstiga 11 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.
 - Antalet delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal skiftar mellan 11-35 st. personal/sjuksköterska. Delegeringarna ska inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade personalen att kvalitetssäkra genom uppföljning och handledning till personalen.
 - Kommunen har för första gången deltagit i den nationella punktprevalensmätningen inom fall och trycksår. Den har utförts inom kommunens särskilda boende.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektivitet och därmed också klagomål på vården. För att säkerställa att patienten vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdaktörer.

Formerna för samverkan regleras i 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
- Riktlinjer för samordnad vårdplanering(SVPL)

-
- Riktlinjer för uppsökande tandvård.
 - Samarbetsavtal mellan sjukhusen i Hässleholm och Kristianstad, primärvården nordost samt kommunerna i Nordöstra Skåne (10 st. kompletterande dokument till de regionala rutinerna)
 - Lokalt avtal om läkarmedverkan med Hälsoringen AB.
 - Ledningskraft Bromölla kommun tillsammans med vårdcentralen och Centralsjukhuset.
 - Samverkan mellan kommunförbundet Skåne och Region Skåne kring olämpliga läkemedel finns förankrat. Bla finns utbildningsmaterial för kommunens sjuksköterskor kring olämpliga läkemedel.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys ska göras på uppdrag om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra skada eller risk för skada gällande patientsäkerheten. Genom patientsäkerhetslagen har ett förtydligande skett på vikten av förebyggande arbete och inte enbart händelseanalys av redan uppkomna fel. Under året har det bla gjorts riskanalys vid driftsstopp i journalsystemet och resursplanering sjuksköterskas bemanning och inför semesterperioderna. Riskanalyser kommer följas upp årligen utifrån den kvalitetsredogörelse som respektive enhet ska lämna.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Rapportering av negativa händelser, tillbud och risker är en skyldighet och ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. Det är viktigt att sammanställa och analysera avvikelser och ge återkoppling till medarbetarna liksom att sprida kunskap till andra verksamheter. När en allvarlig avvikelse upptäcks ska de bakomliggande orsakerna identifieras genom en händelseanalys och insatta åtgärders effekt utvärderas för att undvika en upprepning. Ledningssystemet innehåller rutiner för anmälan till myndighet när en anmälan enligt gällande författningar ska göras. t.ex. Lex Maria anmälan. Som tidigare beskrivits finns en rutin kring avvikelser. Övervägande delen av rapporterade risker och händelser är läkemedelshantering och fall. Under året har en (1) Lex Maria anmälan lämnats. Fyra (4) anmälningar har lämnats till Läkemedelsverket gällande tillbud med medicinskt teknisk produkt.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 §

Det finns en allmän synpunktshantering på kommunens hemsida. Rutin är att inkomna klagomål, synpunkter ska omhändertas, analyseras och återkopplas. Detta sker oftast i det direkta mötet med ansvarig chef inom respektive verksamhet. Förtroendefrågor, klagomål eller synpunkter från patientnämnden och Socialstyrelsen hanteras av verksamhetschef respektive medicinskt ansvarig sjuksköterska. Dessa registreras, diarieförs och bevaras. Inget ärende har inkommit under 2014

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Det finns idag ingen bra sammanställning av insamlade uppgifter gällande klagomål och synpunkter som kan ge denna bild på ett överskådligt sätt. Detta kommer att synas tydligare genom den revidering av ledningssystemet som pågår 2015.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Centralt sker samverkan med handikapporganisationen samt pensionärsorganisationen. På enhetsnivå sker anhörigmöten regelbundet. Vid inflyttning till särskilt boende eller korttidsboende genomförs gemensamma möten med patient och/eller närstående. Målet är att patienten och och/eller dennes närstående ska vara delaktiga i frågor som berör patientens vård och omsorg och få den information som behövs. Kommunens hemsida kommer att utvecklas under 2015.

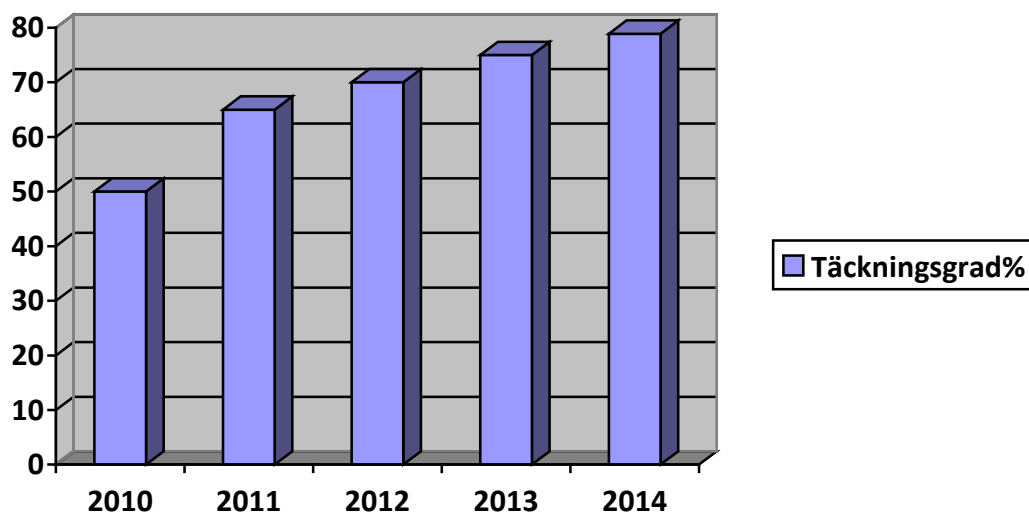
Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

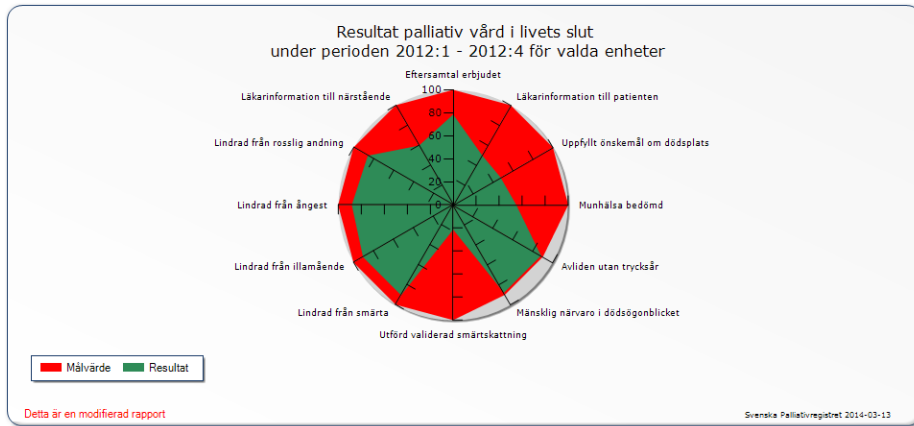
Resultatmåt ska spegla utfallen och kommer att presenteras efterhand som verksamheterna utvecklar arbetet med systematiska förbättringsarbetet och de mätbara instrumenten och observationerna.

Palliativa registret

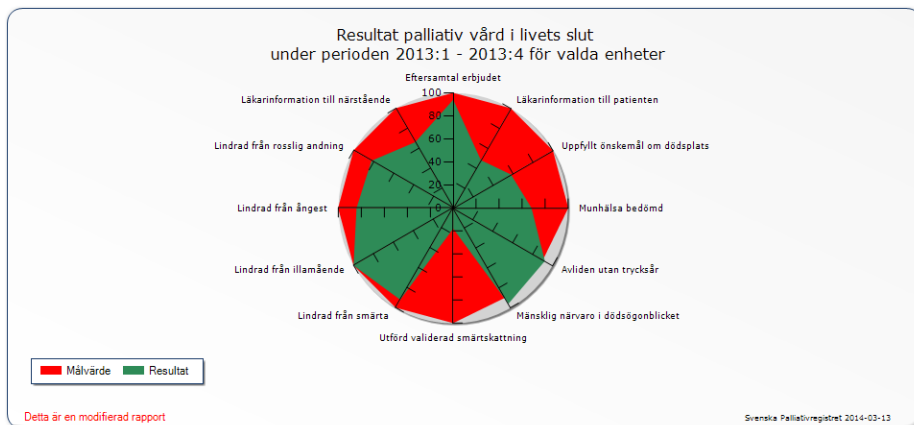
Nedanstående tabell visar täckningsgrad av registrerade dödsfall i procent oavsett driftsform (kommun, region). Det nationella täckningsgradsmålet är 70 % och kommunens täckningsgrad blev 78,9 % vilket innebär att målet uppnåddes. Bromölla kommun fick ta del av prestationsersättningar i uppnådda mål för täckningsgrad, smärtskatning och munhälsobedömningar.



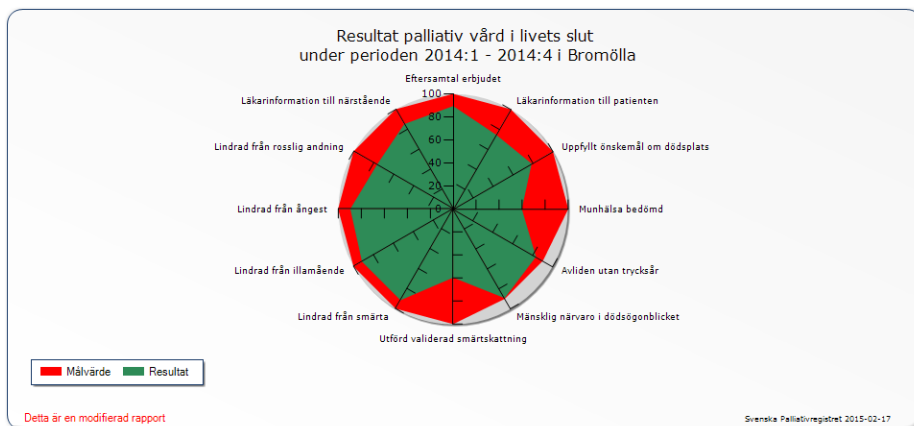
Det finns ett antal parametrar som kan följas över tid vid vård i livets slutskede. Det blir en kunskapsbank och härav kan vård i livets slutskede kvalitetssäkras. Se tabell nedan.



Antal vårdtillfällen: 42 st



Antal vårdtillfällen: 50 st



Antal vårdtillfälle: 53 st.

- Smärtskattning och munhälsobedömning fanns med i förbättringsarbetet 2014 och har visat på ett bra ökat resultat.
- Läkarinformation (brytpunktssamtal) har en positiv utveckling från 48 % till 74,5 %.
- Även indikatorerna läkemedel ordinerat mot ångest och information till närstående har ökat

Förebyggande arbete i kommunen

Riskbedömningar i Senior alert är 61 stycken.

Nedan tabell visar vårdprevention för alla riskområden, fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Analysen för 2014 påvisar ett påtagligt lägre antal riskbedömningar. Enheterna har under 2014 arbetat med att utveckla teamträffar och få en struktur där även genomgång av gjorda riskbedömningar och därpå ev. åtgärder ska ingå. Arbete med förebyggande åtgärder är ett ständigt pågående arbete för verksamheten och detta behöver kvalitetssäkras bättre och finns med i förbättringsarbetet 2015.

Tidsperiod	Riskbedömningar	varav risk	Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
			...teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts		...åtgärd planerats		...åtgärd utförts *	
			N	%	N	%	N	%
2012	177	173	34	19,7	47	27,2	18	10,4
2013	107	101	93	92,1	98	97,0	0	0,0
2014	61	58	36	62,1	40	69,0	7	12,1

* För att åtgärder ska räknas som utförda krävs att dessa registrerats senast

Riskbedömningar Munhälsa –Senior alert

Startade under 2014 och är under utveckling. Totalt gjordes **36** st riskbedömningar munhälsa. Fördelat på särskilda boende och i ordinärt boende.

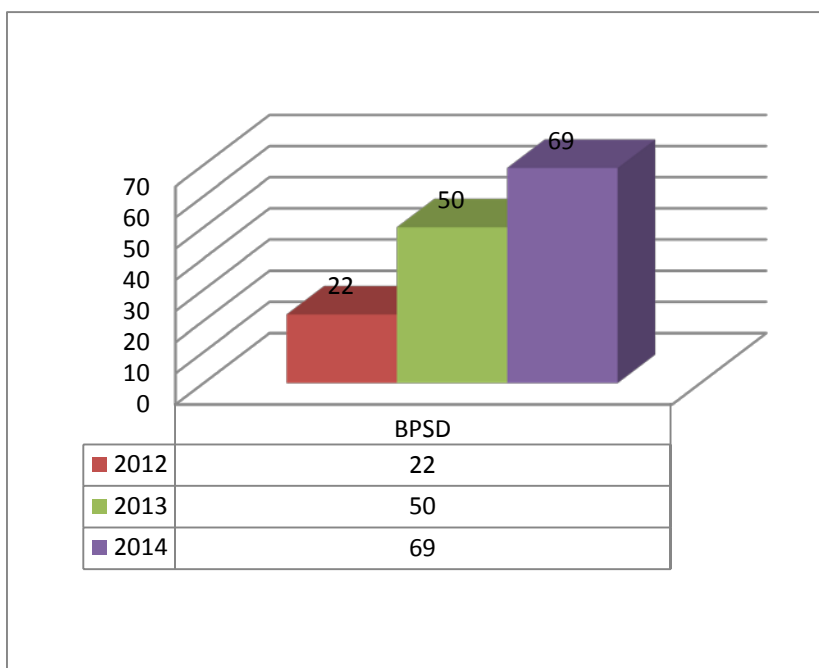
Punktprevalensmätning Trycksår

Kommunen deltog för första gången i nationell mätning avseende trycksår. Det gjordes **41** registreringar fördelat på 3 av kommunens särskilda boende. Varav 11 patienter med trycksår. Varierat från de lättare

skadorna som rodnad i huden till den första- fjärde graden av sår. Mätningen ingår i egenkontrollen och ska upprepas varje år.

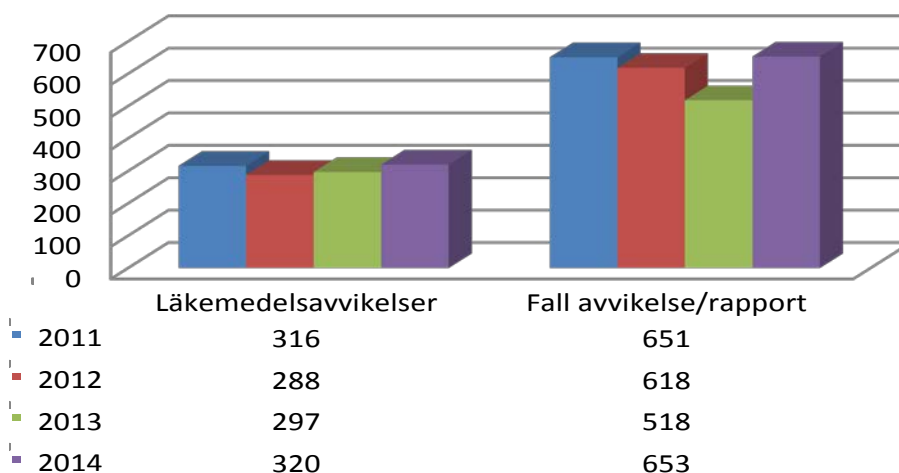
Demensvård

Registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) har fortsatt utvecklats och 2014 gjordes **69** stycken varvid det kunde identifieras vid uppföljning en minskning i poäng för flertalet. Detta resulterar i en ökad personcentrerad vård med bättre livskvalité.



Avvikelser

Avvikelser registreras in i verksamhetssystemet och ska utifrån avvikelsernas art utredas enligt rutin av ansvarig. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt. Fördelning av läkemedelsavvikelser och fallrapporter beskrivs i tabellen nedan.



Den vanligaste avvikelsen är ej följt rutin vilket medför att överlämna läkemedel glömts bort. Av läkemedelsavvikelser tillhörde 30 st annan vårdgivare. Läkemedelsavvikelser har de senaste åren varit stabilt runt ca 300 st.

Vad avser skador finns en (1)fraktur rapporterad samt 9 med sår eller blåmärke. Detta är en underrapportering i avvikelse systemet. Flest fall sker i ordinärt boende med antingen hemtjänst och/eller trygghetslarm. Fall prevention är ett område som bör kvalitetssäkras.

Övriga avvikelser är utebliven behandling, våld/ hot mellan vårdtagare, utebliven insats.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Fortsatt utveckling i arbetet med kvalitetsregister, resultat med mätbara mål ska användas till förbättringsarbete. Följa utvecklingen i riskbedömningar fall, trycksår, undernäring och munhälsa som behöver kvalitetsäkras bättre och få en positiv utveckling.

I det förebyggande arbetet utveckla riskbedömningar för personer i ordinarie område.

God vård i livets slut: Fortsatt satsning på de olika kvalitetsindikatorerna med extrafokus på smärtskattning, bedömning av munhälsa och brytpunktsamtal.

God demensvård: Fortsätta integrera BPSD- registrering för en god demensvård som ett led i att tydliggöra den personcentrerade vården.

God läkemedelsbehandling: Bistå vårdcentralen med symtomskattning vid tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar.

Fortsatt arbete med utveckling av dokumentationen.

Delta i nationella punktprevalensmätningen både gällande fall/trycksår och basala hygienrutiner.

Arbetskläder kommer att införas på särskilt boende.

Nattfastemätningar ska genomföras 2 gånger/år

Utbildning fallprevention för personalen.

Utveckla det systematiska förbättringsarbetet och därtill en strukturerad uppföljning av egenkontroller.

Beslutsstöd för arbetsterapeuter och sjukgymnaster kommer införas under 2015. För patienten och verksamheten innebär det att:

- En likvärdig bedömning görs och att man kan se på vilka grunder beslut om insatser fattas.
- Patienten bli delaktig på ett tydligt sätt.
- En strukturerad uppföljning av nyttan med insatsen blir möjlig att göra.
- Hjälpmedlen kan nyttjas på ett mer effektivt sätt.

