



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet
2016-03-01

Inger Andersson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Gisela Beckman, 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	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Riskanalys	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	18

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 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 fortsatt positiv utveckling i satsningen smärtskattning, bedömning av munhälsa och läkarinformation (brytpunktsamtal) i livets slutskede. Genom att följa resultat i palliativ registret identifieras förbättringsområden.

I Senior alert görs riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Vid risk görs en åtgärdsplan och en uppföljning planeras. Målet under 2015 var att se en positivare utveckling av arbetet med riskbedömningar, vilket har uppnåtts.

Arbetet med att utveckla demensregistret BPSD på övriga särskilda boende har pågått och nu finns administratörer på kommunens fyra särskilda boende. 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. För tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar har en struktur utarbetats i samverkan med vårdcentralen och läkemedelsgenomgångarna har utökats under 2015.

Arbetet med beslutsstöd för arbetsterapeuter och sjukgymnaster har påbörjats under 2015 och prioriteringsordningen används som ingår i beslutsstödet.

Under året har ett arbete med att formera ledningsteam på respektive hemtjänst område och boende inletts. Syftet var att på ett strukturerat sätt driva området/enheten framåt med gemensamma mål och prioriteringar utifrån gällande lagstiftning, riktlinjer, allmänna råd, lokala rutiner och behov.

För att kunna uppfylla hygienkraven gällande arbetskläder i SOFS 2015:10(som trädde i kraft 1/1 2016) och minska risken för vårdrelaterade infektioner har arbetskläder till samtlig personal som arbetar inom äldreomsorgen införskaffats.

Under 2015 har ett arbete påbörjats med verksamhetssystemet QPR från företaget Ensolution. Ett IT stöd för att arbeta med kvalitet och med en struktur för det systematiska förbättringsarbetet. Arbetet med att identifiera processer inom de olika lagrummen har påbörjats. Som en del i detta arbete har en checklista och en egenkontroll utarbetats och ska igångsättas under 2016.

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. 1/1 2015 infördes patientlagen med innebörd att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god 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 fortsätter under 2016.

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 och Patientsäkerhetsförordningen.

- 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 pga. brister 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 dokumentera 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 ev. 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.
- Uppföljningar av dokumentation.

Uppföljning genom egenkontroll

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

En övergripande Handlingsplan för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre finns framtagen i samverkan Kommunförbundet och Region Skåne. Denna handlingsplan är nedbruten i lokala handlingsplaner för kommunen. Dessa områden ska regelbundet analyseras under året för uppföljning och utveckling. Vilket görs i lokala Ledningskrafts möte. Följande område finns och ingår i kommunens egenkontroll.

God vård i livets slut

Det pågår ett strukturerat arbete för att förbättra vården i livets slutskede. I det arbetet används palliativregistret för att kunna följa resultat. Under 2015 var ett mål att förbättra indikatorerna smärtskattning, munhälsobedömning samt brytpunktsamtal. Ett strukturerat arbetssätt och användning av bedömnings instrumentet Abby Pain Scale vid smärtskattning, instrumentet ROAG vid munhälsobedömning samt täta uppföljningar av resultat och presentation för personalen har bidragit till fortsatt positivt resultat även under 2015. Täckningsgraden för antalet oväntade och väntade dödsfall i kommunen är samma som 2014.

Preventivt arbetssätt

Det arbetas förebyggande i verksamheterna, i det arbetet används nationella kvalitetsregistret Senior alert. Riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar för fall, trycksår, undernäring samt munhälsa. Under 2014 sågs 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 hade inletts och krävde en tydlig struktur. Målet för 2015 var att få en positiv utveckling, vilket resultatet visar har skett. Under året har man även börjat implementera det förebyggande arbetssättet med stöd av kvalitetsregistret senior alert i ordinärt boende. Ett strukturerat arbetssätt som drivs av hela teamet.

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

God vård vid demenssjukdom

Demenssjuksköterskan har följt BPSD skattningar, både frekvens och resultat under året och redovisat på olika ledningsnivåer. Genom att identifiera och skatta patientens beteendemässiga och psykiska symtom vid demens med hjälp av ett skattningssinstrument och sätta in åtgärder kan man därefter följa resultatet av de åtgärder som sätts in. Analysen visar i de enskilda fallen att ett personcentrerat förhållningssätt ger ökad livskvalitet för den enskilde. Under 2015 har demenssjuksköterskan utbildat administratörer på alla särskilda boende

Områdesansvariga sjuksköterskor har tillsammans med enhetschef och undersköterskor på respektive särskilt boende fått utbildning i arbetssättet med BPSD skattningar.

Antalet registreringar har ökat sen införandet 2012. Från 33 registreringar till 115 under 2015. Fördelat på 22 respektive 53 personer.

Kartläggning över antalet personer med demensdiagnoser följs. Det strävas efter att det ska finnas en demensdiagnos vid inflyttning på demensboende.

God läkemedelsbehandling för äldre

Samverkan med vårdcentralen vid läkemedelsgenomgångar har skett genom att symtomskattning inför tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar. Symtomskattningen används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling t.ex. biverkningar och interaktionseffekter. En gemensam struktur har byggts upp och läkemedelsgenomgångar har utökats under 2015 enligt ”Skånemodellen”.

Sammanhållen vård och omsorg

I samarbetet med primärvården har en struktur som säkerställer att verksamheterna kan erbjuda medborgarna en samordnad individuell plan, SIP, arbetats fram. Detta ska bidra till en säker, trygg och välplanerad vård.

Övrig uppföljning

Avvikelser/klagomål/synpunkter registreras in i verksamhetsystemet och ska utifrån avvikelserns art utredas enligt rutin för avvikelsehantering. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt. Ett sätt att identifiera händelser som har orsakat eller riskerar att orsaka vårdskador.

Utvecklingen av kollegial journalgranskning ska leda till att förbättringsområden kan identifieras och utgöra grund för fortsatt kvalitetsutveckling inom hemsjukvården.

Medicinsktekniska produkter har genomgått årlig service genom de avtal som finns. Även förebyggande underhåll av hjälpmedel görs.

Munhälsobedömningar erbjuds genom avtal med Oral care. Statistik över munhälsan 2015 har delgivits verksamheterna som ett led i förbättringsarbete.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen har genomförts av en extern farmaceut. Åtgärdsplaner på de granskade enheterna har gjorts på framkomna förbättringsåtgärder för att säkra en god läkemedelshandtering.

Punktprevalensmätning gällande förekomst av fall/trycksår har genomförts. Mätningen sammanställs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Resultat kommer att följas årligen. Även punktprevalensmätningar gällande basala hygienrutiner i mindre skala har genomförts.

Loggkontroller 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

- Fortsatt arbete med dokumentation/vårdplaner har pågått inom hälso- och sjukvården. Rutiner för kollegial journalgranskning har utarbetats. Kollegial granskning i sig syftar till kvalitetsförbättring, utvecklande av tydliga dokumentationsrutiner och patientsäkerhet. Vilket ledde till fördjupningsutbildning i dokumentationssystemet Treserva för all legitimerad personal genomfördes under 2015.
- För att kunna uppfylla hygienkraven gällande arbetskläder i SOFS 2015:10 och minska risken för vårdrelaterade infektioner har arbetskläder till samtlig personal som arbetar inom äldre omsorgen införskaffats.
- Hygienrund genomfördes på korttidsboendet av hygiensjuksköterskor från Vårdhygien, region Skåne. Ett led i att säkerställa smittorisken utifrån de förutsättningar som finns. Utifrån protokollet görs en handlingsplan på åtgärder och dessa följs upp under 2016.
- Det har genomförts en föreläsning av Vårdhygien i ämnet Smitta, risker och utmaningar i kommunal vård för alla enhetschefer och legitimerad personal inom vård och omsorg.
- Rutiner för omvårdnad vid multiresistenta bakterier/ andra smittor har reviderats av Vårdhygien.
- Riktlinjer för frihetsbegränsande åtgärder har reviderats. Samtidigt har demenssjuksköterskan identifierat användandet av frihetsbegränsade åtgärder på boenden inom äldreomsorgen och LSS verksamheterna.
- Verksamheten har arbetat med förbättringsarbeten inom preventivt arbetssätt, god vård i livets slutskede och god vård vid demenssjukdom. Genom resultaten i kvalitetsregistren Palliativregistret, Senior Alert och BPSD registret visar verksamheten på fortsatt kvalitetsutveckling inom dessa områden.
- I samarbetet med primärvården har en struktur som säkerställer att verksamheterna kan erbjuda medborgarna en samordnad individuell plan, SIP, arbetats fram. Detta bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård.
- Uppföljning av avvikelser har skett.
- Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har påbörjat implementering av beslutsstöd. Syftet med beslutsstödet är att främja ett enhetligt och strukturerat arbetssätt med likvärdiga bedömningar, där medborgaren blir delaktig på ett tydligt sätt.

-
- Ett arbete med att formera ledningsteam på respektive hemtjänst område och boende inleddes. Syftet är att på ett strukturerat sätt driva området/enheten framåt med gemensamma mål och prioriteringar utifrån gällande lagstiftning, riktlinjer, allmänna råd, lokala rutiner och behov. Ledningsteamerna utgörs av enhetschef och leg personal. Detta har lett till en ökad kvalitet då ledningsteamerna identifierat ett flertal förbättringsområden och åtgärdat dessa på ett systematiskt sätt.
 - Verksamheterna har i sina team utbildat omvårdnadspersonalen för att öka deras kunskap i bla hur man tar blodtryck, puls och temp.
 - En utbildning i kliniska bedömningar och checklista beslutstöd genomfördes 2015 för nyanställda sjuksköterskor. Checklista beslutsstöd infördes 2013, ett bedömningsverktyg för sjuksköterskorna att använda som stöd inför bedömning av optimal vårdnivå för patienten när det medicinska allmäntillståndet försämras. Syftet med beslutsstödet 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 intensifiera 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.***
 - Nattfastemätning har utförts två gånger under året på särskilt boende. Syfte är att få en uppfattning hur lång nattfastan var för att därefter kunna sätta in åtgärder för att bibehålla en god nutritions status.

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 inef-

fektivitet 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.

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. Vid en allvarligare avvikelse/klagomål 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, Lex Sarah anmälan. Som tidigare beskrivits finns en rutin kring avvikelser. Övervägande delen av rapporterade risker och händelser är läkemedelshantering och fall. Under året har ingen Lex Maria anmälan lämnats. Sex (6) händelseanalyser har gjorts. 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. Ett (1) ärende hade inkommit under 2015 till patientnämnden.

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 2016.

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 2016.

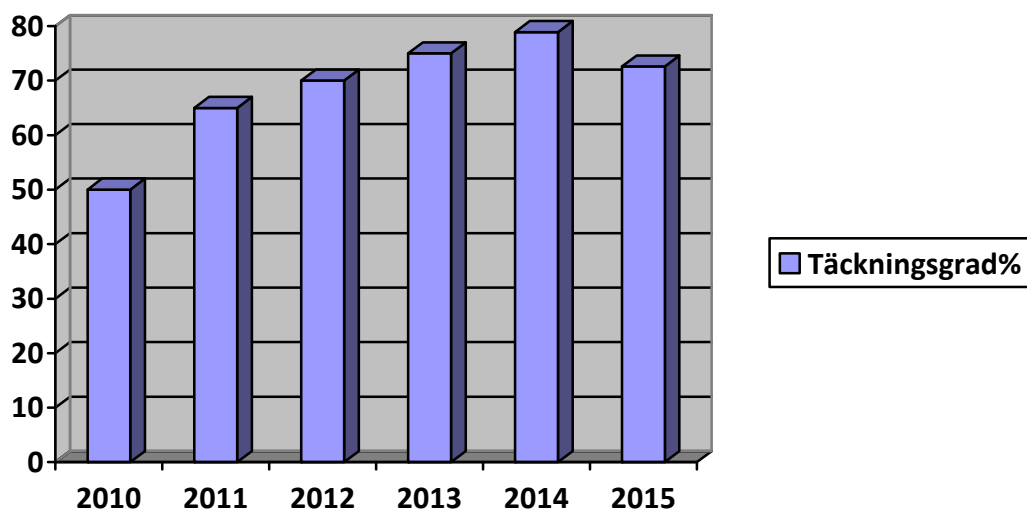
Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

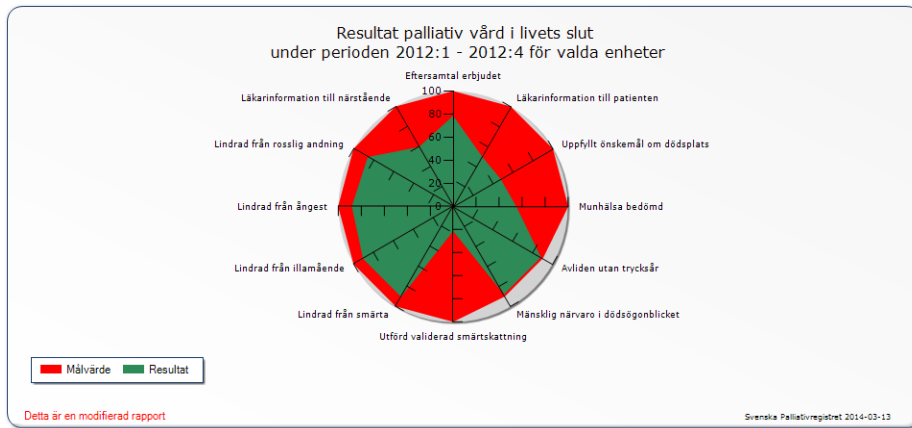
Resultatmått ska spegla utfallen och kommer att presenteras efterhand som verksamheterna utvecklar arbetet med systematiska förbättringsarbete och de mätbara instrumenten och observationerna.

Palliativa registret

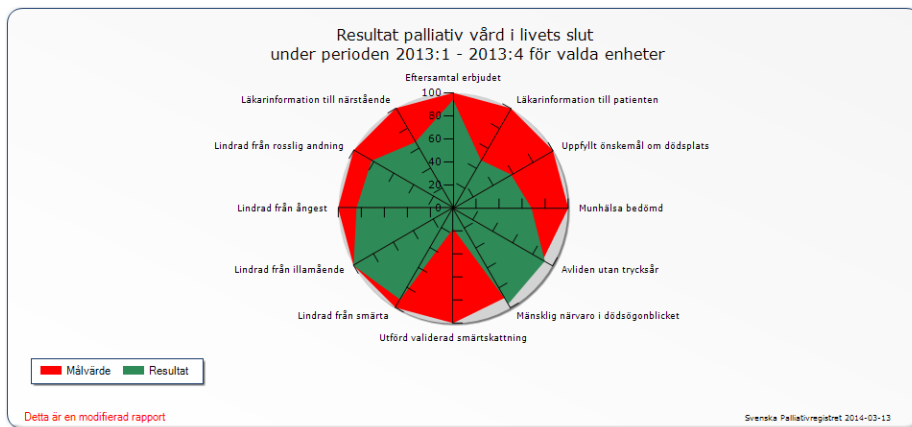
Nedanstående tabell visar täckningsgrad av registrerade dödsfall i procent oavsett driftsform (kommun, region). Det nationella täckningsgradsmålet är 70 % och kommunens täckningsgrad blev 72,6 % vilket innebär att målet uppnåddes.



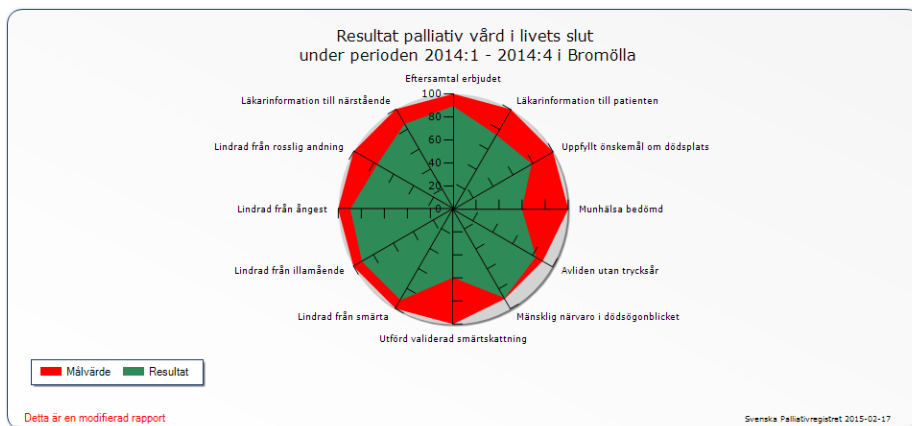
Det finns ett antal parametrar som kan följas över tid vid vård i livets slutskede. Det blir en kunskapsbank och härav kan vård i livets slutskede kvalitetssäkras. Se tabell nedan.



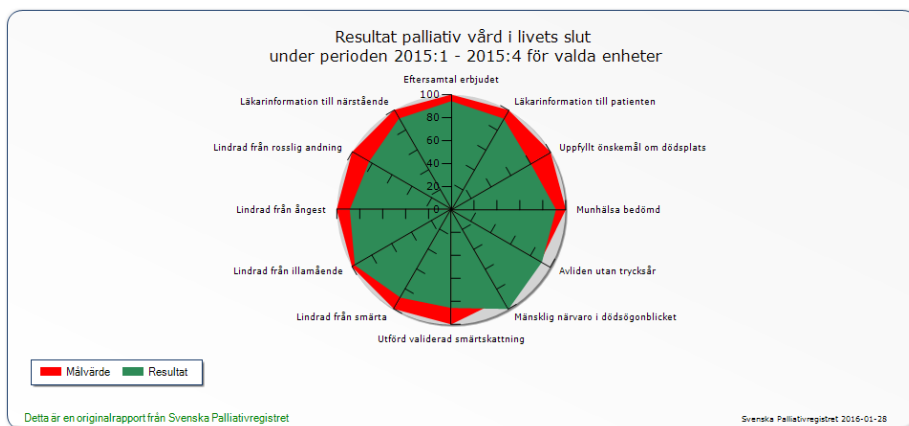
Antal vårdtillfällen: 42 st



Antal vårdtillfällen: 50 st



Antal vårdtillfälle: 53 st.



Antal vårdtillfälle: 35 st

- Smärtskattning (2014 60 % till 86 %) och munhälsobedömning (2014 60 % till 91 %) fanns med i förbättringsarbetet 2015 och har visat på ett mycket bra ökat resultat.
- Läkartinformation (brytpunktssamtal) har en fortsatt positiv utveckling positiv utveckling från 74,5 % till 91 %
- Även övriga indikatorer har en fortsatt utveckling och målet är nästintill nått

Förebyggande arbete i kommunen

Nedan tabell visar vårdprevention för alla riskområden, fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Analysen för 2015 påvisar ett påtagligt högre antal riskbedömningar jämfört med 2014. Enheterna har under 2015 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 har fått en positiv vändning.

			Riskbedömningar där risk konstaterats och...					
Tidsperiod	Riskbedömningar	varav risk	...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
2015	160	153	101	66,0	108	70,6	53	34

* För att åtgärder ska räknas som utförda krävs att dessa registrerats senast 6 månader efter aktuell riskbedömning.

Riskbedömningar Munhälsa –Senior alert

Startade under 2014 och är under utveckling. Munhälsa har stor betydelse för nutritionsintaget. Bedömningar av status på munhälsa är förenat med integritet och kräver därav en kunskap och teknik. Totalt gjordes under 2015 **150** riskbedömningar mot **36** 2014. Fördelat på särskilda boende och i ordinärt boende. Talar för en fortsatt god utveckling under 2015.

Punktprevalensmätning Trycksår

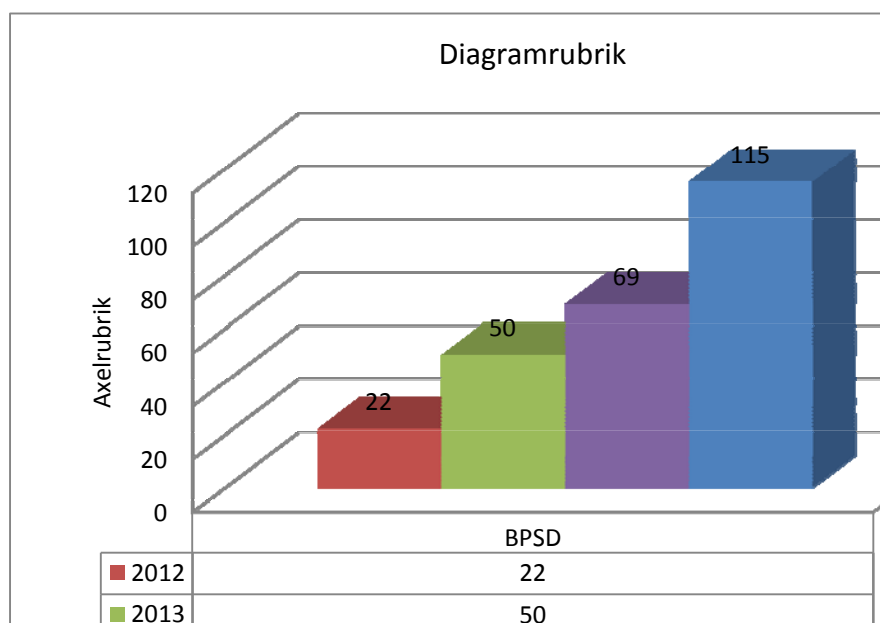
Kommunen deltog för första gången i nationell mätning avseende trycksår 2014. Det gjordes **41** registreringar fördelat på 3 av kommunens särskilda boende. 2015 gjordes **78** registreringar fördelat på alla kommunens boende. Varav 13 personer med trycksår. Den övervägande delen trycksår tillhörde den lägsta kategorin sår. Mäts i kategorin 1-4. Från de lättare skadorna som rodnad i huden till mer djupare sår. Mätningen ingår i egenkontrollen och ska upprepas varje år.

Punktprevalensmätning basala hygienrutiner

Observationer av följsamhet till basala hygienrutiner gjordes på två särskilda boende. Följsamhet till korrekt arbetsdräkt var 100 %. Förbättringsområde finns inom användning av handsprit och skydds handskar vid vårdmoment som kräver det samt användning av plastförkläde. Mätning sker systematiskt varje år.

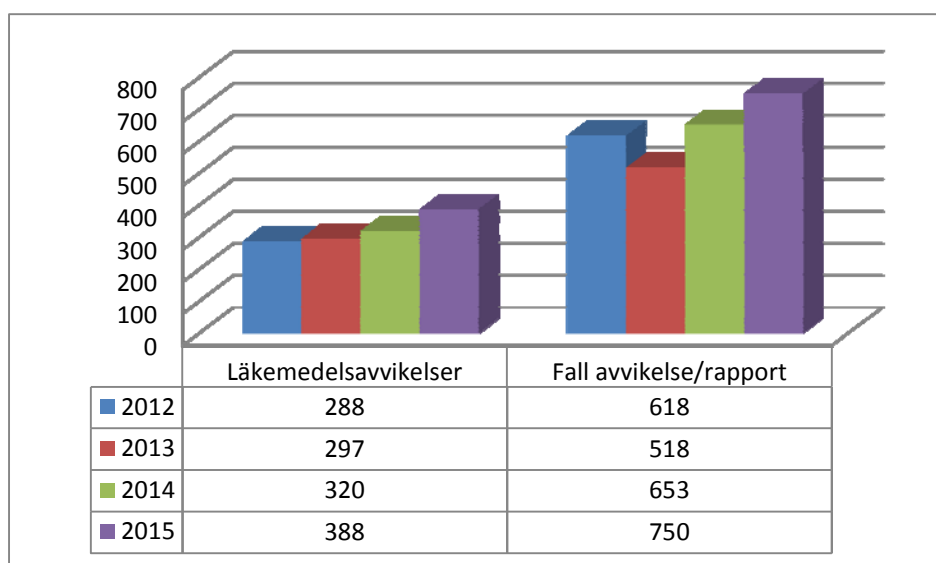
Demensvård

Registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) har fortsatt utvecklats och 2015 gjordes **115** registreringar på 53 personer mot 2014 då det gjordes **69** stycken. 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 läkemedelsavvikelse är utebliven dos, vilket medfört att överlämnande av läkemedel inte blivit utfört. Av läkemedelsavvikelser tillhörde 30 st. annan vårdgivare. Analys av dessa avvikelser, orsaker och åtgärder sker regelbundet på var enhet.

Flest fallrapporter är från ordinärt boende med antingen insatser från hemtjänst och/eller enbart trygghetslarm. En ökning av rapporter under 2015 är från natten. Vad avser skador finns sex (6)fraktur rapporterade. Detta kan vara en underrapportering i avvikelssystemet. Fallprevention är ett område som ständigt bör kvalitetssäkras.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2016 påbörjas användningen av checklista för verksamheten samt egenkontroll för chefer som en del i kvalitét och ledningssystemet enligt SOSF 2011:9.

Analys av avvikelser behöver få en tydligare struktur och ingår som en del i arbetet med kvalitét och ledningssystemet 2011:9 som fortsätter 2016.

Fortsatt utveckling i arbetet med kvalitetsregistret Senior alert, resultat med mätbara mål ska användas till förbättringsarbete. Följa utvecklingen i riskbedömningar fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Under 2016 påbörja utveckling kring hantering av blåsdysfunktion. Detta ingår som en del i Senior alert.

I det förebyggande arbetet fortsätta utveckla arbetet med riskbedömningar för personer i ordinärt boende med hemtjänst/hemsjukvård.

God vård i livets slut: Fortsatt satsning på de olika kvalitetsindikatorerna med fokus på att bibehålla och använda sig av de goda resultat som uppnåtts.

God demensvård: Fortsätta integrera BPSD- registret för en god demensvård och för att tydliggöra den personcentrerade vården. Ett standardiserat arbetssätt ska vidareutvecklas vid BPSD och registreringar i registret. Utbildning Nollvision, för demensvård utan tvång och begränsningar planeras för att öka förståelsen för vad frihetsbegränsade åtgärder innebär och för att minska användningen av frihetsbegränsande åtgärder. Nollvision är en utbildning som Svenskt demenscentrum fått i uppdrag av Socialdepartementet att utveckla.

God läkemedelsbehandling: Antalet läkemedelsgenomgångar ska öka, varvid kommunen är behjälpliga i samverkan med vårdcentralerna.

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

Lyftkörkortsutbildning för all omvårdnadspersonal.

Uppmärksamma och öka kunskapen om äldres psykiska hälsa och ohälsa.

Kommunen är del i projekt med högskolan gällande utveckling av uppsökande/förebyggande hembesök. En folkhälsoinsats för att främja ett hälsosamt och oberoende liv i så stor utsträckning som möjligt. Ett projekt varvid det kommer att ansökas projektpengar till viss del och projektet kommer att sträcka sig över ett antal år.

Utbildning i munhälsa för all personal via Oral Care, företaget som ansvarar för uppsökande tandvård och där det även ingår utbildning för personalen.

Fortsätta registrera i RiksSår som är ett nationellt kvalitetsregister för personer med svårläkta sår, det vill säga ett sår som inte läkt inom 6 veckor. Syftet är att lättare sätta en korrekt diagnos och på så sätt ge den bästa behandling och snabbare sårhäkning.