



PERSTORPS
KOMMUN

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2015

Peter Hansson; utvecklingsledare
Kristian Håkansson; områdeschef

Socialförvaltningen

Innehåll

1 Sammanfattning

2 Regelverk

3 Övergripande mål och strategier

4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämndens ansvar

Verksamhetschefens ansvar

Medicinsk ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Områdeschefens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

5 Struktur för uppföljning/utvärdering

Senior Alert

BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Svenska palliativ registret

6 Kvalitetsuppföljning

7 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Avvikelser

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Läkemedelshantering

Fallskador

Trycksår

Inkontinens

Vårdhygien

Nutrition

Munhälsa

Rehabilitering

Medicinteknik

Dokumentation

Vård och omsorg om patienter med demenssjukdom

Vård och omsorg om patienter i livets slutskede

Prevention

Genomförda personalutbildningar

8 Samverkan för att förebygga vårdskador

Ledningskraft

e-Hälsa

9 Samverkan med patienter och närstående

10 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

11 Resultat

12 Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål

Strategier och planerade åtgärder

1 Sammanfattning

Vårdgivaren, Socialnämnden i Perstorps kommun, ansvarar för god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska på nämndens uppdrag se till att kvalitet och patientsäkerhet är hög.

Ledningssystem:

Under 2015 påbörjades arbetet med ett övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Första led var att nämnden antog detta. Målet under 2015 har varit att integrera omsorgen i system. Målet kvarstår under 2016. En väsentlig del av kvalitetsarbetet är att använda bedömningsinstrument som finns i kvalitetsregistren.

Senior Alert:

Antalet registreringar med åtföljande åtgärdsförslag har minskat. Målet nu är att öka antalet bedömningar till 2014 års nivå. Målet för hemsjukvården är fortfarande låga och måste förbättras. Målsättningen med ytterligare utökning, blåsdysfunktion/inkontinens, i registret har inte kunna nås. Punktprevalensmätning för trycksår och fall har genomförts.

Palliativregistret:

Täckningsgraden är god och ska bibehållas. Förbättringar inom enskilda områden bör ske.

BPSD:

Igångsättning av BPSD påbörjats. Två utbildningstillfällen för personalen har genomförts för att skapa en gemensam grund. Under 2016 ska fortsatt utveckling ske.

Avvikelser:

Totala antalet avvikelser har ökat under 2015. Detta kan ses som ett resultat utifrån upplysningen 2014.

18 stycken externa avvikelser har inkommit och har tagits omhand. Samtal med klagande har hållits och detta har diskuterats vid sammankomster med personalgruppen.

Avvikelser har dock inte bearbetats på ett önskvärt sett. Anledningen av detta får tas vidare i kvalitetsutvecklingen.

Under 2015 är 19 Lex Sarah diarieförda. Av dessa har 4 gått vidare till IVO. Detta är en ökning jämfört med 2014. Av dessa har två skickats till IVO för bedömning. Ökningen får ses som tillfredsställande med tanke på verksamhetens utveckling under 2015.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar har genomförts både på SÄBO och inom hemsjukvården enligt författning.

Dokumentation

Inom hälso- och sjukvården är dokumentationen viktig. Detta för att säkerställa god och säker vård samt säkra informationsöverföringen. Dokumentationen skall vara korrekt och fullständig. Dokumentationen kräver dock fortsatta insatser för att nå en bra nivå.

Omvårdnad vid demenssjukdom

Utbildning i BPSD har genomförts för personalen 2015. Silviasyster och Silvia sjuksköterska finns anställd och har under året varit stödjande till övrig personal vid uppkomna situationer.

Samverkan

Förvaltningen har deltagit i arbetet i och omkring Ledningskraft – Bättre liv för sjuka äldre har fortgått under 2015. Målsättningen har varit att patienten ska kunna åldras med trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Detta förutsätter samverka med Region Skåne och kommuner. Diskussioner har förts kring det nya hälso- och sjukvårdsavtalet och vad det kan innebära för enskilda kommuner. I detta deltar kommunen i samverkan med KFSK i denna fråga.

2 Regelverk

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9](#)

Vårdgivaren, eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamheten.

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten

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.

[Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763](#)

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förbygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Vården och behandlingen ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

[Patientsäkerhetslagen, 2010:659](#)

De tidigare disciplinpåföljderna varning och erinran har ersatts av bland annat en utökad möjlighet för IVO att rikta kritik mot såväl vårdgivare som enskild yrkespersonal.

Patientens klagomål ska utredas förutsättningslöst av IVO.

Vårdgivaren får ett tydligare ansvar för att utreda händelser, förbygga vård skador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård.

[Patientlagen, 2014:821](#)

1 januari 2015 trädde den nya Patientlagen i kraft, den kommer så småningom att ersätta Hälso- och sjukvårdslagen.

Denna lag syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Lagen ställer högre krav på delaktighet och informationsskyldighet.

3 Övergripande mål och strategier

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

Vårdgivaren, socialnämnden i Perstorps kommun, har fastställt följande vision:

"I Perstorps kommun ska alla kommuninvånare ha trygghet och tillit till att de kan erhålla en god och kvalificerad vård och omsorg när de har behov av det."

Patienten ska inte komma till skada eller utsättas för skada i vårdarbetet. Patienten ska känna sig trygg i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta under förutsättningar som ger patienten en god och säker vård.

Vårdgivaren ska varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetslagen ger vårdgivaren ansvar att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete och förebygga vårdskador. Vårdgivaren ska utreda händelser, åtgärda bakomliggande orsaker samt vidta åtgärder för att förhindra att patienter kommer till skada. Vårdgivaren ska också informera patienten. Vidare ska vårdgivaren underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dem att framföra sina synpunkter.

4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

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

➤ **Socialnämnden**

Nämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Nämnden ansvarar för att det finns ett kvalitets- och ledningssystem.

Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

➤ **Verksamhetschefen**

Verksamhetschefen ska svara för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschefen ska ta fram, fastställa och dokumentera riktlinjer och rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

Verksamhetschefen ska följa upp och analysera verksamheten i syfte att kontinuerligt förbättra densamma.

Verksamhetschefen ska bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten.

Under 2015 avslutade dåvarande verksamhetschef sin tjänst. Arbetsuppgifterna överfördes till MAS och socialchef.

➤ **Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS**

MAS ansvarar för att säkerställa och följa upp kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården.

MAS ansvarar för att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs.

MAS ansvarar för att det finns nödvändiga direktiv och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

MAS ansvarar för att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs.

MAS ansvarar för tillsyn, egenkontroll och uppföljning av att verksamheten följer de lagar och föreskrifter som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården.

Under 2015 Tillträdde ny MAS.

➤ **Områdeschefen**

Områdeschefen ska bryta ned de övergripande kvalitetsmålen på enhetsnivå.

Områdeschefen ska leda och genomföra det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med styrdokument, lagar och föreskrifter.

Områdeschefen ska bevaka enhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten.

Områdeschefen ska identifiera processer och aktiviteter inom verksamheten.

Områdeschefen ska skapa rutiner för det egna området som knyter an till befintliga verksamhetsövergripande rutiner.

Områdeschefen ska informera, utbilda och göra personalen delaktig i det systematiska kvalitetsarbetet.

➤ **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta efter gällande riktlinjer och rutiner.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska aktivt bidra till kvalitetsutvecklingen på enheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska rapportera brister i kvaliteten och missförhållande/risker för missförhållande.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska delta i uppföljning och analys av mål och resultat.

5 Struktur för uppföljning/utvärdering

[SOSFS 2011:9, 3 kap. 2 §](#), [SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §](#)

Genom Patientsäkerhetslagen förtydligas vikten av preventivt arbete, inte bara omhändertagande av redan uppkomna fel.

Fortlöpande ska riskbedömningar göras för händelser som skulle kunnat inträffa och som kan medföra risk eller fara för patienten. I teamarbetet och genom statistik och analyser inom olika områden garanteras patientsäkerheten.

➤ **Senior Alert**

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som ger möjlighet att arbeta systematiskt för att förebygga trycksår, fall, undernäring samt ohälsa i munnen. Alla personer över 65 år som bor på särskilt boende ska bedömas enligt instrumentet.

Inom hemsjukvård/hemtjänsten görs bedömningar på de patienter som uppfyller de kriterier som man i teamet kommit överens om.

Antal registrerade riskbedömningar samt antal riskbedömningar med planerade åtgärder

SÄBO Österbo	2014	2015
Antal riskbedömningar	111	107
Antal riskbedömningar med risk	108	100
Risk för fall med planerade åtgärder	98 %	92 %
Risk för trycksår med planerade åtgärder	97 %	96 %
Risk för undernäring med planerade åtgärder	97 %	97 %
Risk för ohälsa i munnen med planerade åtgärder	98 %	87 %

SÄBO Ybbåsen	2014	2015
Antal riskbedömningar	33	19
Antal riskbedömningar med risk	30	18
Risk för fall med planerade åtgärder	96 %	93 %
Risk för trycksår med planerade åtgärder	100 %	100 %
Risk för undernäring med planerade åtgärder	94 %	89 %
Risk för ohälsa i munnen med planerade åtgärder	100 %	100 %

Hemsjukvården	2014	2015
Antal riskbedömningar	74	22
Antal riskbedömningar med risk	60	17
Fallrisk med planerade åtgärder	92 %	46 %
Risk för trycksår med planerade åtgärder	100 %	100 %
Risk för undernäring med planerade åtgärder	94 %	80 %
Risk för ohälsa i munnen med planerade åtgärder	50 %	50 %

Punktprevalensmätning i Senior Alert

Täckningsgraden redovisas nedan för respektive enhet.

Enhet	Täckningsgrad
Österbo A1	87,5 %
Österbo A2	100 %
Österbo C1	87,5 %
Österbo C2	90 %
Österbo E1	100 %
Österbo Korttid	100%
Ybbåsen	91,7 %
Hemtjänst	0 %

Förbättringsförslag

Att riskbedömningar fortsätter generellt inom SÄBO.

Att säkerställa och öka antal riskbedömningar inom hemsjukvården.

Att klara och konkreta insatser finns där risk har framkommit.

Att fortsätta arbetet med PPM-mätningar avseende trycksår och fall.

Att förbättra statistik samt analysera resultat och åtgärder.

➤ **BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens**

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte är att kvalitetssäkra omvårdnaden om personer med kognitiv svikt. Detta kännetecknas av beteendemässiga och psykiska symtom. Symtomen kan utgöras av aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och sömnstörningar. Generellt har detta negativa effekter för den enskilde.

Antalet kompletta bedömningar i BPSD under 2015 är till antalet 55 st. Detta kan jämföras med 2014 då 61 kompletta bedömningar gjordes.

Antal bedömningar BPSD	År
55	2015
61	2014

BPSD utgörs av NPI-skattning (Neuro Psychiatric Inventory). I denna sker en skattning av 12 olika parametrar. Dessa utgör ett mått på vårdtyngden. Efter skattningen görs en analys och därefter planeras omvårdnadsåtgärder som sedan utvärderas och korrigeras i teambaserade arbetsgrupper.

Framgångsfaktorerna vid behandling av kognitiv svikt är kunskap kring sjukdomens utveckling kombinerat med ett gott bemötande, god omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden. BPSD-registret är ett verktyg för att skatta och analysera och att åtgärda. Uppföljning är en väsentlig del av detta. Arbets sättet infördes 2014 och har fortsatt 2015.

Vårdtyngden har sjunkit efter att man börjat arbeta med skattningar och dokumenterade vårdåtgärder. Även bemötande är mer i fokus med arbets sättet.

Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande läkemedel är mindre i Perstorps kommun om jämförelse sker med övriga skånska kommuner. I Skåne är andelen 66% och i Perstorp 40% under 2015.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

Att fortsätta sprida kunskap om i BPSD.

Att fortsätta följa statistik samt analysera resultat i teamträffarna.

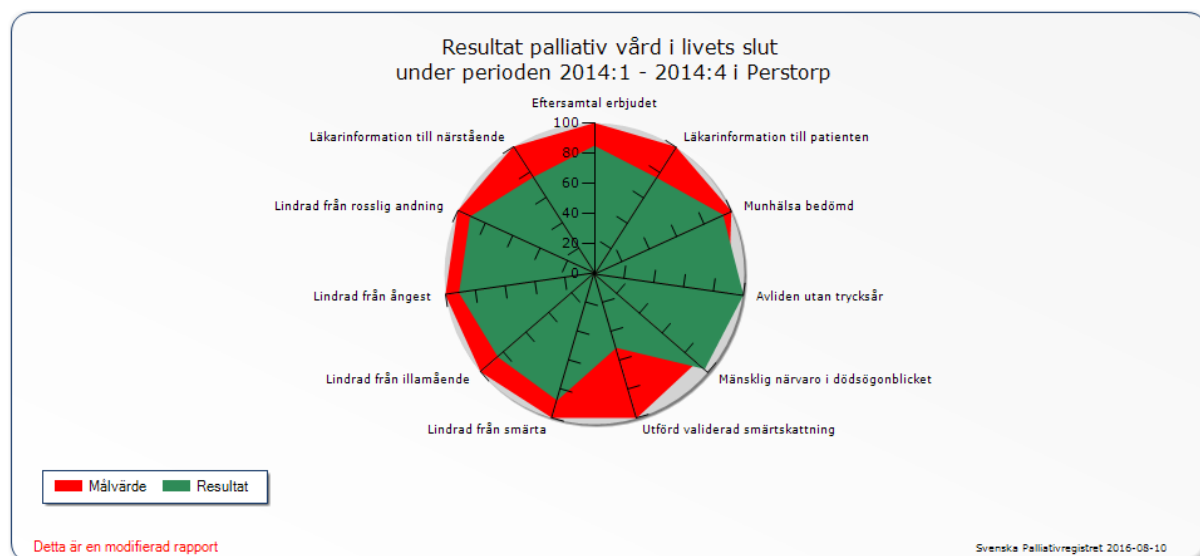
Att öka antalet bedömningar till 2014-års nivå.

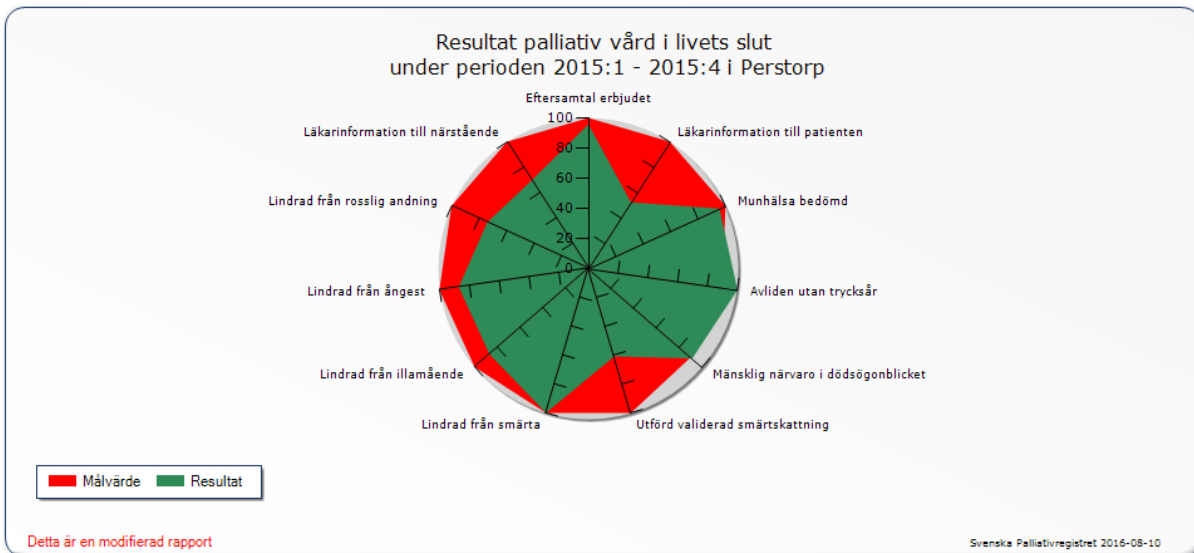
Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som riktar sig till vårdgivare som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att sjuksköterskan som vårdat en avliden besvarar ett antal frågor. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en förväntad död ska kunna känna trygghet, vara smärtlindrad, vara lindrad från övriga symtom som illamående, andnöd, oro samt ha ordinerade läkemedel vid behov. Att få vårdas där man vill, inte behöva vara ensam samt veta att närstående får stöd.

Alla dödsfall rapporteras till Svenska Palliativregistret vilket ger ett mått på symptomlindring i livets slut och säkrar kvaliteten.

Perstorps resultat 2014-2015





Målen för 2015 var:

Öka andelen patienter som smärtskattas, 2014 51,5 % - 2015 60,9 %.

Öka andelen patienter som får information från läkaren, 2014 75,8 % - 2015 52,2 %

Öka andelen patienter som munhälsobedöms, 2014 93,9 % - 2015 95,7 %.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringar

Att bibehålla nivån på patienter som smärtskattas, 70 % är Svenska Palliativregistrets mål

Att öka andelen patienter som är lindrade från illamående

Att bibehålla andelen patienter som får brytpunktssamtal, 70 % är Svenska Palliativregistrets mål

Att förbättra metodiken vid brytpunktssamtal

Att använda statistiken och föra ut till arbetsteam

6 Kvalitetsuppföljning

Vårdgivaren ska erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård på lika villkor för alla som bor i kommunens särskilda boende och för dem som har hemsjukvård. Vårdgivaren ska dessutom erbjuda en god rehabilitering samt tillgodose behovet av hjälpmedel. MAS och socialchef ansvarar för att följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet i kommunens verksamheter. Perstorps kommun har inte haft något system för verksamhetsuppföljning. Planeringen att införa Quasta Quality under 2015 infriades dessvärre inte beroende på personalavgångar. Förhoppningarna är att återkomma till detta system.

7 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap. 2 § p 6

➤ Avvikelser

Verksamhet inom vården är mångfacetterad, inte minst avseende risker. Ambitionen är att avvikelser ska reduceras och i första hand förebyggas genom ett aktivt arbete med kvalitet. Avvikelserna och åtgärderna ska föras ut i verksamheten.

Arbetet kring och med avvikelser förutsätter en dialog mellan vårdpersonal, patient och anhöriga. Där varje del är en kugge i det förebyggande arbetet i och omkring arbetet med säkerheten. Detta förutsätter att alla deltar i det förebyggande arbetet. Dialogen mellan patient, närstående och vårdgivaren är av grundläggande vikt.

Avvikelser kan till karaktären vara olika och avse en mängd olika faktorer i ett brett perspektiv i omvårdnaden. Dessa kan utgöras av brister i samverkan i vårdkedjan eller andra orsaker.

Rapporteringsskyldighet gäller för all personal inom hälso- och sjukvård. Syftet är att skapa en god patientsäkerhet. Målsättningen är att skapa en säker och trygg miljö för både patient och anställd. Alla avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Procapita. Genomgång av rapporterna sker i teambaserade personalgrupper minst en gång/månad. I dessa medverkar olika yrkeskategorier. I dessa grupper diskuteras avvikelser, åtgärdsförslag och uppföljningar.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ska hantera inkomna synpunkter på vården, utreder och anmäler till IVO enligt Lex Maria.

Under 2015 upprättades 1 Lex Maria.

Antal avvikelser:

Läkemedel

2010	2011	2012	2013	2014	2015
152	177	196	288	403	538

Fall

2010	2011	2012	2013	2014	2015
247	225	230	297	345	448

Övriga händelser

2010	2011	2012	2013	2014	2015
			79	66	360

Externa avvikelser

2010	2011	2012	2013	2014	2015
			15	25	18

➤ **Delegering**

Delegering innebär att en formellt kompetent personal (legitimerad) överlåter en arbetsuppgift till en reellt kompetent (vårdpersonal) personal. En delegering ska vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad och förutsätter att utbildning sker. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist. Delegeringen följs regelbundet upp. Vid delegering är MAS ytterst ansvarig för att patientsäkerheten beaktas. MAS har upprättade rutiner för delegering av arbetsuppgift inom hälso- och sjukvård i verksamheten med syfte att säkra kvaliteten för patienten.

Under 2015 skedde 3395 delegeringsbeslut rum.

Detta motsvarar 242 delegationer per sjuksköterska.

118 st av vårdpersonalen hade delegation att ge insulin. Detta motsvarar 8 delegeringar per sjuksköterska.

Inga delegeringar återkallades under 2015.

➤ **Läkemedelshantering**

Läkemedelshantering innefattar ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring. Rutiner finns för läkemedelshantering. Lokal rutin ska finnas för varje verksamhetsområde.

Läkemedelsavvikelse

Sjuksköterskan svarar för hantering och administrering av läkemedel när patienten inte klarar detta på egen hand. Sjuksköterska kan pröva om administrering av läkemedel kan delegeras omvårdnadspersonal. Detta förutsätter utbildning och kontroll.

Doser iordningsställs av sjuksköterska i dosett eller via Svensk Dos i dospåsar, ibland ges doser ur originalförpackning. En viktig del av kvalitetsuppföljningen är läkemedelsavvikelse/utebliven dos. Redovisning följer på nästkommande sidor.

Läkemedelsavvikelse - Utebliven dos 150101-151231

När på dygnet		
	03.00-06.59	2
	07.00-09.59	72
	10.00-13.29	14
	13.30-14.59	32
	15.00-19.59	62
	20.00-21.29	45
	21.30-22.59	12
	23.00-02.59	1

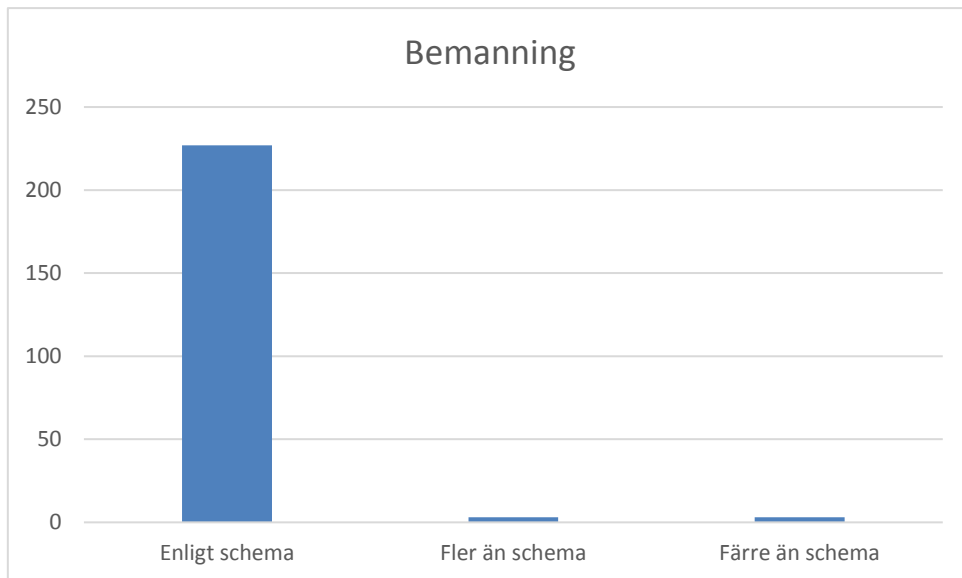


Vilken dag		
	Helg	69
	Vardag	171



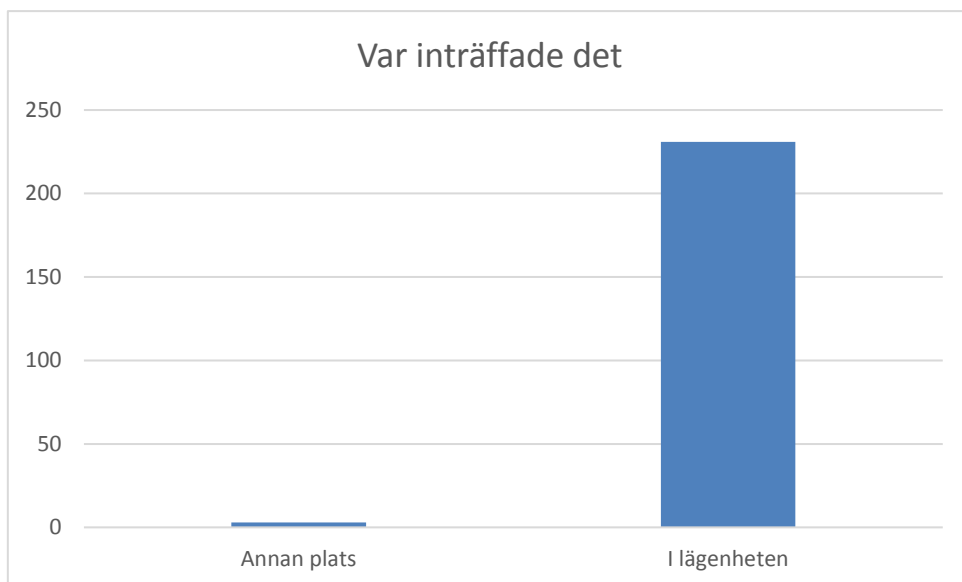
Bemanning

Enligt schema	227
Fler än schema	3
Färre än schema	3



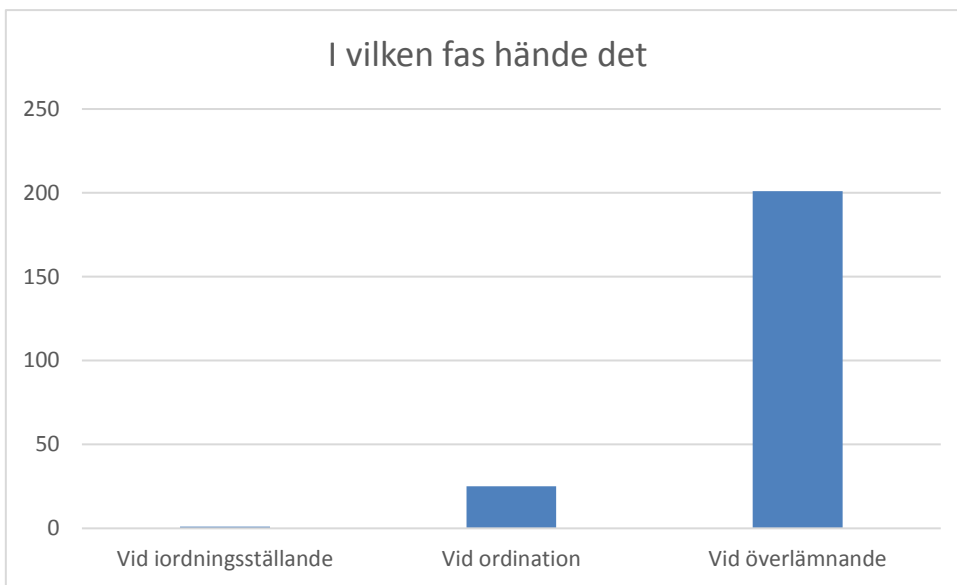
Var inträffade det

Annan plats	3
I lägenheten	231



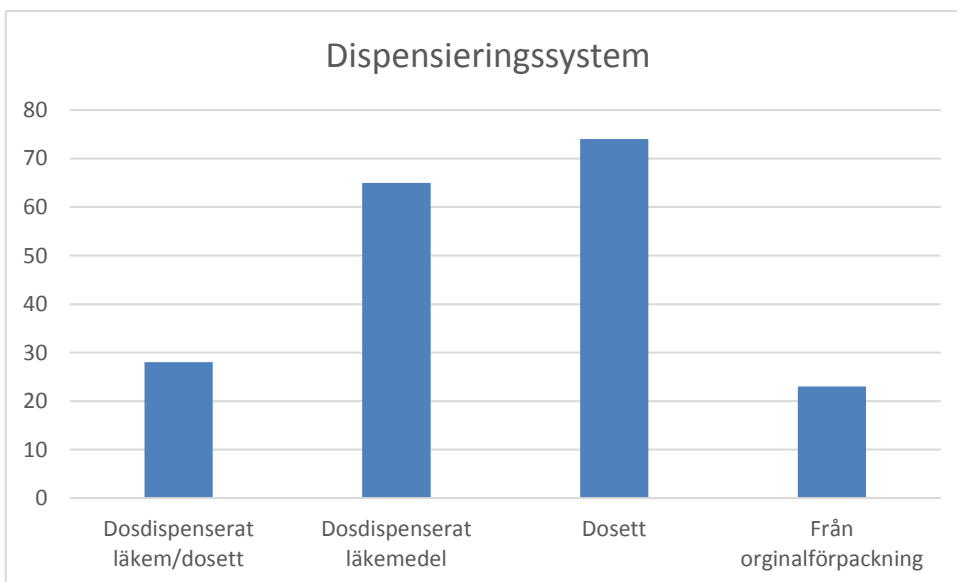
I vilken fas hände det

Vid iordningsställande	1
Vid ordination	25
Vid överlämnande	201



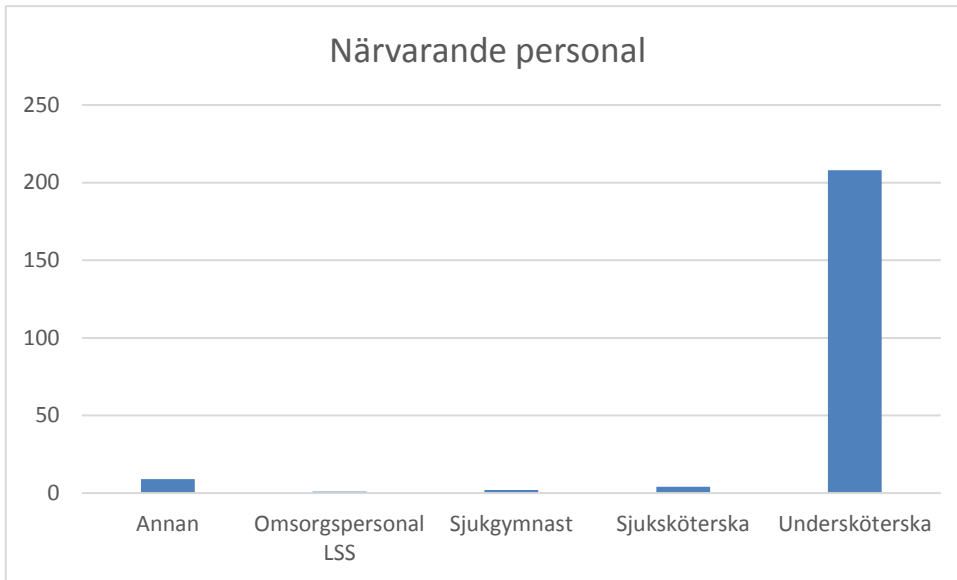
Dispensieringssystem

Dosdispenserat läkem/dosett	28
Dosdispenserat läkemedel	65
Dosett	74
Från orginalförpackning	23



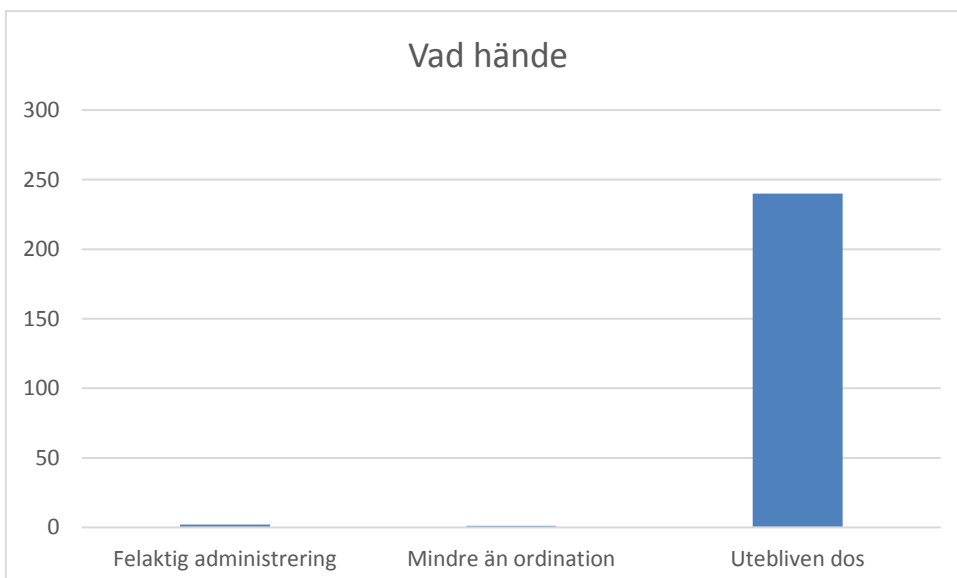
Närvarande personal

Annan	9
Omsorgspersonal LSS	1
Sjukgymnast	2
Sjuksköterska	4
Undersköterska	208



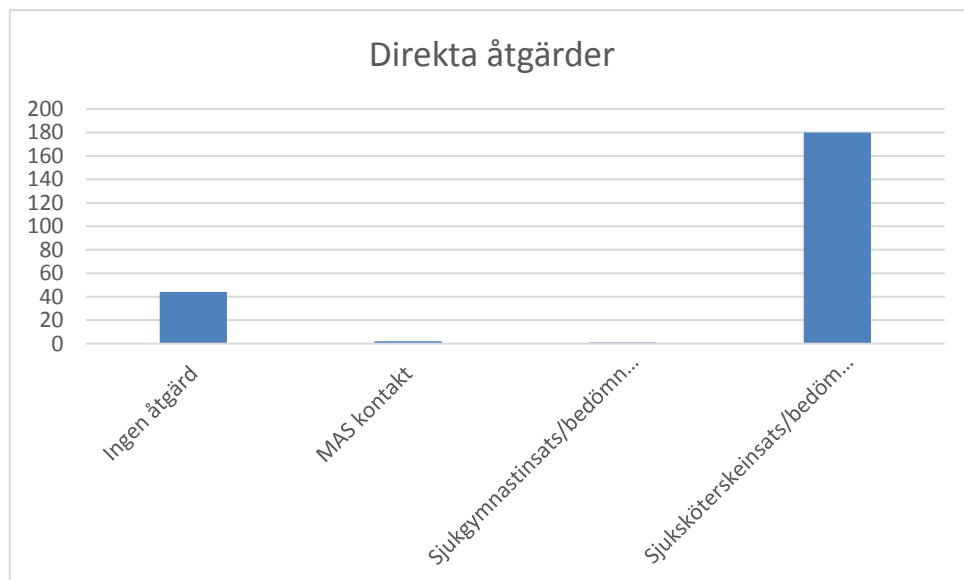
Vad hände

Felaktig administrering	2
Mindre än ordination	1
Utebliven dos	240



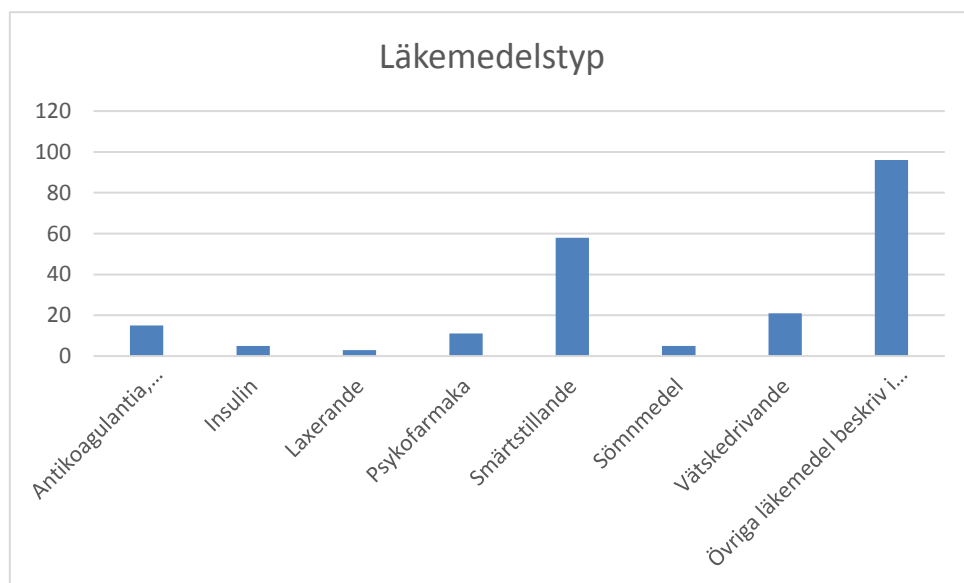
Direkta åtgärder

Ingen åtgärd	44
MAS kontakt	2
Sjukgymnastinsats/bedömning	1
Sjuksköterskeinsats/bedömning	180



Läkemedelstyp

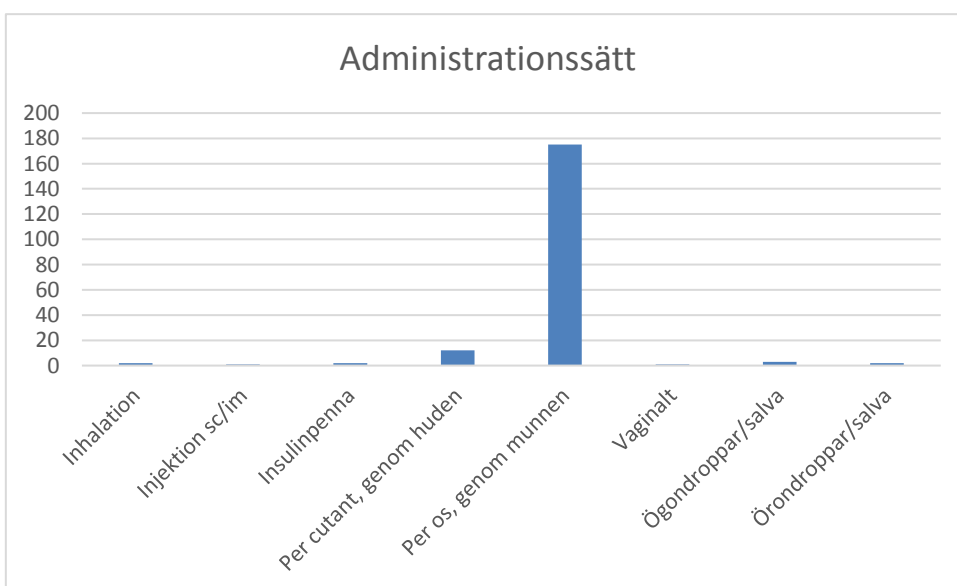
Antikoagulantia, blodförtunnan	15
Insulin	5
Laxerande	3
Psykofarmaka	11
Smärtstillande	58
Sömnmedel	5
Vätskedrivande	21
Övriga läkemedel beskriv i dok	96



Typ av skada	Annan påverkan	2
	Annan skada	1
	Ingen känd skada	197



Administrationsätt	Inhalation	2
	Injektion sc/im	1
	Insulinpenna	2
	Per cutant, genom huden	12
	Per os, genom munnen	175
	Vaginalt	1
	Ögondroppar/salva	3
	Örondroppar/salva	2



Läkemedelsavvikelser i vårdens övergångar

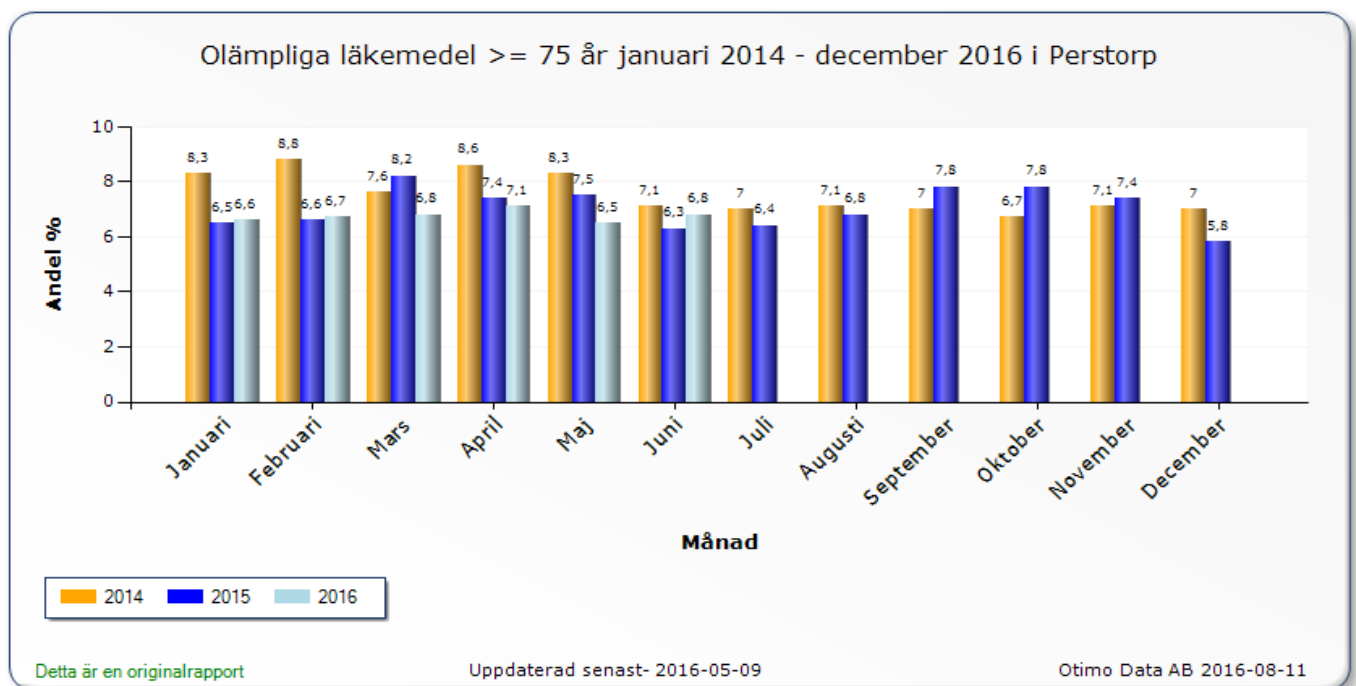
I kvalitetsarbetet i vården bör man vara speciellt uppmärksam på övergångar mellan vårdgivare för att undvika misstag och missförstånd kring hantering av läkemedel. Den interna kommunikationen inom verksamheten är speciellt viktig i detta sammanhang. En klar och tydlig ordinationslista är en förutsättning för att sjuksköterska/läkare ska kunna göra en adekvat bedömning av patients tillstånd, behandlingseffekter, risker samt biverkningar. Många vårdtagare behandlas för olika sjukdomar. Flera olika läkemedel kan förekomma. Detta påkallar vikten av ordentliga och kontinuerliga medicinenomgångar i verksamheten.

God läkemedelsbehandling till äldre

Uppföljning sker via Kvalitetsportalen.

”Receptbelagda läkemedel som förskrivs och också hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Den 15:e varje månad görs det datauttag som ligger till grund för dessa rapporter. För att tillräckligt många expedieringar skall ha hunnit rapporteras in så omfattar t ex datauttaget den 15 mars läkemedelsuttag mellan den 1 november och 1 februari. Därefter tar själva analysen några dagar vilket gör att tidigast den 20:e kan resultatet publiceras. Analysen innebär att varje förskrivning värderas huruvida det handlar om en stående ordination eller en vid behovsordination. Därefter plockas de individer fram som hämtat ut s k olämpliga läkemedel för personer som är 75 år eller äldre. Kvoten mellan individer som har under den aktuella perioden hämtat ut ett eller flera olämpliga läkemedel och alla individer i samma åldergrupp som hämtat ut läkemedel beräknas. Exempel på de vanligaste läkemedlen (substanser) som generellt bedöms som olämpliga för personer 75 år eller äldre är Tramadol, Propiomazin, Hydroxicin, Amitryptilin, Diazepam, Tolterodin, Solifenacin, Flunitrazepam och Nitrazepam. Aktuell månad jämförs med samma månad föregående år.”

Andel olämpliga läkemedel har minskat i jämförelse med 2014 med undantag i mars, september, oktober och november.



Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar ska enligt författning göras minst en gång per år för alla personer i särskilt boende. Läkemedelsgenomgången sker genom att sjuksköterska informerar patienten/närstående muntligt och skriftligt. Ett symtomskattningsformulär med frågor om patientens hälsotillstånd fylls i av sjuksköterska tillsammans med patient, anhörig och kontaktman, som är en för patienten särskild utsedd vårdpersonal. Ett team bestående av läkare, sjuksköterska och apotekare träffas och diskuterar tänkbara läkemedelsförändringar. Läkare beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas, information förmedlas till patient/anhörig. Antal läkemedelsgenomgångar 2015 var 120 st.

Kvalitetsgranskning av Apoteket

Under 2015 genomfördes kvalitetsgranskning i verksamheten med hjälp av Apoteket. I granskningen ingick genomgång av läkemedelsskåp, kontroll av förvaring, ordinationshandlingar, signeringslistor, vidbehovslistor, kontroll av hållbarhet, brytdatum, följsamhet till lokala riktlinjer.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Kvalitetsgranskning inplaneras.

Uppdatering av rutin för läkemedelshantering.

Arbeta för införande av digital signering av överlämnande av läkemedel för att minska antalet avvikelser.

Att förbättra flödet och uppdatera rutinen för klagomål och synpunkter.

➤ **Fallskador**

Ett stort riskområde inom kommunal hälso- och sjukvård är fallskador. Konsekvenserna av en äldres fall är ofta allvarliga och kan ge upphov till en lång tids rehabilitering. Falltillbud är därför ett säkerhetsproblem som bör tas på största allvar.

Förebyggande risk och åtgärdsarbete via det nationella registret Senior Alert är av central betydelse och ska användas i fallförebyggande arbete inom kommunen. Alla fall som inträffar ska rapporteras som en avvikelse enligt rutin och ska också registreras i Senior Alert som en händelse. Fall och fallskador ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Balansträning och styrketräning, ledda av sjukgymnaster och arbetsterapeuter, skulle kunna minska antalet fall och minska fallrisken. I nuläget finns begränsade resurser inom arbetsgruppen och någon sådan träning utförs inte.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta arbetet med prevention via Senior Alert.

Att fortsätta arbetet med upprättande av vårdplan vid risk för fall.

Att arbeta för att tillskapa mera resurser för arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

➤ **Trycksår**

Trycksår är vanliga, kostar mycket att åtgärda och orsakar stort lidande för patienten. Trycksår kan förebyggas. En stor hjälp i detta är ett vårdpreventivt arbetssätt, där patienter bedöms vad gäller risk för trycksår och att åtgärder bestäms och vidtas

Under året har verksamheten deltagit i en PPM-mätning av trycksår under v 11. 2015 fanns på SÄBO tre patienter med trycksår, antalet trycksår var fem.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta arbetet med prevention via Senior Alert.

Att delta i PPM-mätning av trycksår och fall.

Att fortsätta arbetet med upprättande av vårdplan vid risk för trycksår.

➤ Inkontinens

Att inte kunna hålla urinen eller läcka urin är ett stort problem för många äldre som påverkar livskvaliteten negativt. Den äldre patienten får svårt att vara aktiv och kan känna sig socialt begränsad. Inkontinens tillhör inte det normala åldrandet, ofta handlar det om samverkande faktorer som att inte hinna till toaletten i tid eller kan vara biverkan av läkemedel. Många äldre får även störd nattsömn med fallrisk som följd.

För den äldre patienten kan små åtgärder som toalettassistans eller träning vara betydelsefullt. Läckagemätning under ett par dygn kvalitetssäkrar hjälpmedel vid inkontinens. Sjuksköterskan ansvarar för att vid behov upprätta en vårdplan i hälso- och sjukvårdsjournalen och för att förskriva hjälpmedel.

Kvarliggande kateter, KAD

Kvarliggande urin i urinblåsan är oftast en indikation för KAD. Eftersom KAD är den dominerande orsaken till urinvägsinfektion bör förebyggande åtgärder främst inriktas mot att skärpa indikationerna för användande och att begränsa behandlingstiden. Målet är att alla patienter ska ha genomgått en medicinsk utredning och fått en diagnos innan behandling påbörjas. Sjuksköterskan ansvarar för att det finns en vårdplan för skötsel och uppföljning upprättad i hälso- och sjukvårdsjournalen

Antal personer med KAD

Vid KAD-mätning i september 2015 hade 7 patienter en KAD.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att starta registrering av inkontinens och blåsdysfunktion i Senior Alert.

Att upprätta rutin för inkontinens.

➤ Vårdhygien

Basala hygienrutiner av största vikt för att förhindra smittspridning. Det är angeläget att förebygga spridning av Multi Resistent Bakterier, MRB. Kunskap om basal hygien är god inom äldreomsorgen och OF Dock är det av vikt att repetera kontinuerligt. Under året har verksamheterna haft workshops med repetition av de basala hygienrutinerna. PPM- mätning avseende basal hygienrutiner har genomförts under 2015.

Vårdhygienisk expertis

Under 2015 fortsatte arbetet med Vårdhygien vid Område Smittskydd inom Region Skåne. Tjänsterna består i:

- Rådgivning i vårdhygieniska frågor.
- Rådgivning vid utarbetande av riktlinjer för hygienrutiner.
- I samarbete göra hygienrutinerna lättillgängliga i verksamheterna.

- Rådgivning vid handläggning av utbrotts- och smittspårningsutredningar.
- Övervakning och utredning av förekomst av spridning av mikroorganismer av vårdhygieniskt intresse.
- Utbildning i vårdhygieniska frågor.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta arbetet med att kontinuerligt informera om hygienrutiner.

Att delta i PPM- mätning basal hygienrutiner och klädregler.

Att genomföra workshops för att informera och påminna om basala hygienrutiner.

➤ **Nutrition**

Otillräcklig kost ökar risken för undernäring och komplikationer kan uppstå bland annat trycksår. Det är viktigt att erhålla en riktigt baserad kost. Senior Alert betona vikten av detta så att patienten får en allsidig kost. Sjuksköterskan har ansvaret för patientens näringstillstånd. Detta innebär att identifiera problem med mat och vätskeintag. En viktig del är att följa upp eventuella näringstillskott enligt ordination. Senior Alert är ett viktigt instrument i detta arbete. Vårdplan ska upprättas i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Kostens sammansättning har vid flera tillfällen diskuterats med kostenheten. Ybbåsen har genomfört kostråd tillsammans med kostenheten.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta arbetet med prevention via Senior Alert.

Att regelbundet mäta nattfasta och att sträva efter att den inte får överstiga 11 timmar.

Att löpande uppdatera rutinen för nutrition.

➤ **Munhälsa**

God munhälsa är en förutsättning för god nutrition och välbefinnande. Många äldre har problem med munhälsan och många läkemedel ger muntorrhet.

Vid inflyttning till särskilt boende erbjuds patienten munhälsobedömning av tandhygienist en gång per år via Oral Care. Tandhygienist är ett bra komplement i vården och de flesta patienter är positivt inställda till besök.

Alla patienter på särskilt boende bedöms enligt ROAG (Revised Oral Assessment Guide), som är ett enkelt riskbedömningsinstrument för att förbättra munhälsan hos äldre.

ROAG beskriver tillståndet inom nio områden i munnen, från friskt till sjukt (gradering 1-3).

ROAG identifierar problem i munhålan och tydliggör individuellt behov av munvårdsåtgärder. Det fungerar också som beslutsunderlag för konsult eller remiss till läkare/tandläkare.

Antal munhälsobedömningar enligt ROAG

Enhet	2014	2015
Ybbåsen	28	19
Hemtjänsten	13	15
Österbo	96	107

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta göra munhälsobedömningar enligt ROAG i Senior Alert.

Att fortsätta utbilda omvårdnadspersonalen i munhälsobedömning.

➤ Rehabilitering

Kommunen ansvarar för rehabilitering i särskilt boende, korttidsboende och i inom hemsjukvården.

Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär:

- Att patienten ska vara delaktig i sin egen rehabilitering eller habilitering.
- Att processen utgår från helhetssyn.
- Att processen har fokus på det friska samt är framtidsinriktad.

Patient som är i behov av arbetsterapeutisk träning eller sjukgymnastik ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas av behörig personal och ADL-status ska upprättas om behov finns.

Sjukgymnast ansvarar för träning, rådgivning, utprovning och förskrivning av vissa hjälpmedel. Arbetsterapeut ansvarar för att bedöma, stödja och träna förmågor som behövs för ett dagligt liv. Arbetsterapeut utprovar och förskriver hjälpmedel som underlättar i rehabilitering och dagligt liv.

Utbildningar i lyft- och förflyttningsteknik har genomförts för nyanställda.

Under 2015 har behovet av ADL-bedömningar inom OF legat på en normal nivå.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att göra bedömning och uppföljning av hur rehabilitering inverkar på en patients funktionsförmåga genom att använda ett beprövat mätinstrument, detta på patienter inom hemtagningsteamet och på korttiden.

➤ Medicinsk teknik

Gällande medicinsk teknik samverkar kommunen med Medelpunkten. Medicintekniska produkter ska användas utifrån rätt indikation och på rätt sätt av utbildad personal. Produkten utprovas av legitimerad personal. Omvårdnadspersonal utbildas och instrueras i handhavande av produkterna generellt samt vid specifika ärenden gällande enskild patient. Inga avvikelser avseende medicinska produkter rapporterades under 2015.

Målet att kvalitetssäkra de medicinska tekniska produkterna uppnåddes inte under 2015. Kvalitetssäkring bör ske i samråd med Medelpunkten.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att under 2016 fortsätta inventeringsarbetet.

Att förbättra rutiner för regelbundna kontroller av de medicinska produkter som finns inom verksamheterna.

➤ **Dokumentation**

Syftet med dokumentation är att i första hand ge patienten en säker och god vård. I Patientdatalagen förklaras att syftet med att föra journal också innebär en informationskälla för patienten, möjlighet till uppföljning och utveckling av verksamheten. Kravet på tillsyn och uppgiftsskyldighet enligt lag och forskning tillgodoses genom dokumentation. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att föra patientjournal inom äldreomsorgen och OF.

I hälso- och sjukvårdsjournalen ingår bakgrundsinformation om patienten, aktuellt hälsotillstånd samt vårdplaner med ordinationer för att förebygga risker, åtgärda omvårdnads- och rehabiliteringsproblem samt bibehålla funktioner.

Inom verksamheterna används en databaserad hälso-och sjukvårdsjournal, Procapita. Även den sociala journalen finns i samma system.

Säkerhetskontroller via loggning

Förvaltningens interna riktlinje för loggkontroller ur verksamhetssystemet Procapita anger hur loggkontroll ska hanteras.

Loggkontroller utförs 1 gång varje månad för att kontrollera att information hanteras i enlighet med gällande lagstiftning och interna rutiner.

Kontroller utförs i form av stickprov på 10 %, slumpmässigt utvalda, av de anställda inom respektive enhet.

Loggkontroll utförs även vid utredning om misstänkt olaga intrång i omvårdnadsjournal förkommit.

Under 2015 infördes "Att göra listan" i Procapita. Denna säkrar att de planerade åtgärderna inte tappas bort.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta arbetet med utbildningar i dokumentation, både avseende teknik och innehåll.

Att fortsätta arbetet med mål att det ska finnas vårdplaner i de fall det behövs.

Att fortsätta arbetet kring dokumentationen och vad som ska ingå i denna.

➤ **Vård- och omsorg om personer med demenssjukdom**

Perstorp har två personal som demenssjukdom som specialutbildning, en Silviasjuksköterska och en Silviasyster. I huvudsak arbetar Silviasjuksköterskan med rådgivning och stöd till anhöriga och handledning och utbildning av personal. Silviasystemen har arbetet dels på den dagliga verksamheten för personer med kognitiv svikt och dels på demensboende.

Under 2015 har 7 undersköterskor och 2 sjuksköterskor gått utbildning i BPSD och arbetssättet med skattnings av symtom med åtföljande handlingsplaner har börjat implementeras. Syftet med arbetssättet är att med omvårdnadsåtgärder minska symtom och lidande och därigenom öka livskvaliteten för patienten. 2015 gjordes 55 bedömningar i BPSD registret.

Två team bestående av områdeschef, sjuksköterska och vårdpersonal deltar i ett förbättringsprojekt. Förbättringsprojektet avslutades våren 2015. Implementering sker successivt i verksamheten. Syftet med projektet var att öka teamarbetet och att genomföra förändringar i arbetssättet till gagn för patienten. Projektet arrangerades av Ledningskraft, Bättre liv för sjuka äldre.

Anhörigcentrum bedriver verksamhet alla vardagar och är till stort stöd för närstående.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta utbildning i BPSD.

Att utöka kontakten med vårdcentralen i syfte att arbeta fram en rutin för omhändertagande av personer med kognitiv svikt.

➤ **Vård och omsorg i livets slutskede**

Samtliga dödsfall registreras i Palliativa registret, detta säkerställer en god omvårdnad i livets slut. Genom vårdplanering för patienter i livets slutskede förbättras samverkan mellan vårdgivarna vilket ökar tryggheten och säkerheten för patienten. Under året har arbete med att öka andelen patienter som smärtskattas pågått. Så även har man arbetat med att öka andelen patienter som erbjuds brytpunktssamtal.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	94,3
Läkarinformation till patienten	100	60,0
Munhälsa bedömd	100	94,3
Avliden utan trycksår	90	100,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	88,6
Utförd validerad smärtskattning	100	48,6
Lindrad från smärta	100	100,0
Lindrad från illamående	100	88,6
Lindrad från ångest	100	91,4
Lindrad från rosslig andning	100	74,3
Läkarinformation till närstående	100	74,3

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att öka andelen patienter som erbjuds brytpunktssamtal

Att öka andelen patienter som smärtskattas

Att öka andelen patienter som är lindrade från illamående.

➤ **Prevention**

Preventivt arbete är väsentligt arbete i verksamheten. En tidig upptäckt möjliggör en tidig behandling. Vilket är positivt både för patienten och verksamheten. Preventivt arbete ger också en möjlighet att bo kvar i det egna hemmet så långt som möjligt.

I Perstorps kommun förekommer ingen uppsökande verksamhet, vilket är en brist. Den enskilda eller anhöriga påkallar uppmärksamheten vid det enskilda fallet. Vidare får ofta anhörigkonsulenterna kännedom om olika behov som kan uppkomma.

➤ **Genomförda personalutbildningar**

Utbildning i BPSD registret

Utbildning Riskanalys genom BPSD

Workshops för vikarierande personal i läkemedelsöverlämning, delegering, rapporteringsskyldighet, basala hygienrutiner, grundläggande kunskaper i blodtryckstagning, pulsmätning, mätning av andningsfrekvens

8 Samverkan för att förebygga vårdskador

[SOSFS 2011: 9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3](#)

För att patienten ska få en god och säker vård krävs samverkan genom hela vårdkedjan. Det behövs information för att planera patientens vård och omsorg som sedan överförs mellan olika vårdgivare i samband med att en patient flyttar från en vårdgivare till en annan.

Ledningskraft - Bättre liv för sjuka äldre - ett sätt att arbeta över vårdgivargränserna och skapa teamarbete runt patienten, har avslutats under året.

Under 2016 ska ett nytt vårdavtal vara klart. Troligen kommer fler patienter vårdas hemma och detta kommer ställa ett större krav på den kommunala verksamheten. Det kan antas att resursbehovet inom hemsjukvård och hemtjänst ökar.

Formerna för annan 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.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Perstorp.
- Regelverk för Samordnad vårdplanering.
- Riktlinjer för uppsökande Tandvård.
- Samarbetsavtal mellan kommunerna och regionens sjukvård i nordöstra Skåne.
- Gemensamma träffar för MAS i nordöstra Skåne, Hässleholm, Kristianstad, Bromölla, Östra Göinge, Osby och Perstorp sker regelbundet.
- Regelbundna möten med Enhetschef för Vårdcentralen i Perstorp.

- Perstorps kommun deltar i Forskningsplattformen, Högskolan Kristianstad.
- Samarbetet med Kommunförbundet Skåne ökar.

Samarbete med Psykiatri i Hässleholm fungerar väl. Under 205 fortsatte arbetet med strukturen.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta att utveckla arbetet med avvikelser i vårdens övergångar.

Att fortsätta att utveckla samarbetet med psykiatri.

Att fortsätta arbetet inom Ledningskraft.

Att genom samarbete med Vårdcentralen kunna erbjuda alla patienter ett hembesök av läkare i samband med att man flyttar in på SÄBO.

Att fortsätta arbetet med SIP.

➤ e-hälsa

Nationell e-Hälsa är namnet på den strategi för vård och omsorg som regeringen beslutade om och uppdaterade 2010. Visionen för e-Hälsa är rätt information till rätt person vid rätt tillfälle. För Perstorps del har arbetet bedrivits inom Familjen Helsingborg. Behov föreligger kring en mer lokal förankring och digitalisering som kommer att genomföras under 2016.

Målen i satsningen har varit:

- Att öka användningen av e-tjänster inom socialtjänsten för att stödja och underlätta för den enskilde.
- Att öka andelen berörd personal som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Att öka andelen berörd personal som kan dokumentera och komma åt information mobilt.
- Att öka användningen av NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- Att öka andelen digitala trygghetslarm.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att fortsätta arbete i arbetsgrupp för att etablera konceptet e-hälsa.

Att fortsätta hitta vägar till mobil dokumentation.

Att fortsätta hitta vägar till digital signering av läkemedelsadministrering.

Att se över arbetet med NPÖ.

9 Samverkan med patienter och närstående

[SFS 2010:659, 3 kap. 4 §](#)

Patienter, och i förekommande fall närstående, ska medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner, bli informerade om och när nationella studier genomförs, bli informerade vid

utredning av vårdskador samt bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål.

Anhörigträffar anordnas regelbundet på kommunens särskilda boende.

Anhörigcentrum bedriver verksamhet alla vardagar i veckan och är ett stort stöd för anhöriga och närstående.

Varje vårdtagare som flyttar in till särskilt boende eller beviljas hemtjänst erbjuds ett ankomstsamtal.

Broschyrer om förvaltningens olika verksamheter ska finnas tillgängliga på respektive enhet.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att arbeta för att alla som flyttar in på SÄBO erbjuds ett hembesök av läkare där man gör upp en plan för den fortsatta vården.

10 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

[SFS 2010:659, 6 kap. 4 §](#) och [SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5](#)

Genom Patientsäkerhetslagen infördes en generell skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska, i detta syfte, till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Vårdgivaren står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Alla negativa händelser och tillbud ska identifieras och analyseras för att ge kunskap om vilka åtgärder som ska vidtas för att öka patientsäkerheten. En händelseanalys ska ge svar på vad som hänt, varför det hände och hur en upprepning ska förhindras.

Förslag till fortsatt arbete och förbättringsförslag:

Att informera om och påminna om skyldigheten att rapportera enligt Lex Sarah på APT.

Att teamet som arbetar med Lex Sarah – utredningarna kommer igång med sitt arbete.

11 Resultat

SFS 2010:659 3 kap. 10 § p 3

Pascal (IT-stöd för läkemedelsordinationer) har fungerat tillfredställande under året. Fortfarande är kunskaperna hos läkarna bristfällig vilket i vissa fall har äventyrat patientsäkerheten.

SIP, Samordnad Individuell Plan, detta arbete har kommit igång. Detta sker kontinuerligt i huvudsak med ASIH.

Ett team för utredning av Lex Sarah anmälningar har bildats och påbörjat sitt arbete.

Workshops för samtlig sommarpersonal har genomförts. Innehållande information om läkemedelsöverlämning, delegering, rapporteringsskyldighet, basala hygienrutiner, grundläggande kunskaper i blodtryckstagning, pulsmätning, mätning av andningsfrekvens. I övrigt för annan personal information på teamträffar och APT.

Arbetet med kvalitetsregister har fortsatt under året och förväntade resultat har uppnåtts.

Socialnämnden har antagit ett centralt kvalitetsledningssystem. Detta förutsätter ett aktivt arbete under 2016.

Läkemedelsgenomgångar och kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har genomförts i förväntad omfattning.

Via Region Skåne har kommunen under året fått tillgång till vårdhygienisk expertis.

Under året har verksamheten förlorat flera nyckelpersoner. Ny MAS tillträdde 150915. Verksamhetschefen slutade sitt uppdrag under sommaren 2015. Tjänsten besattes inte utan arbetsuppgifterna fördelades på ny MAS och socialchef.

I slutet av 2015 konstaterades att verksamhetssystemet Alfa ej fungerade tillfredställande. Detta medförde att insatserna hemtjänsten inte kunde utföras på ett effektivt och säkert sätt. Socialchef och områdeschef beslutade att övergång till manuell planering skulle ske.

12 Övergripande mål och strategier för kommande år, 2016-2017

➤ Mål

Varje patient ska känna sig trygg och säker i sin kontakt med kommunens hälso- och sjukvård.

Varje medarbetare ska ha förutsättningar att utföra arbetet på ett sådant sätt att den säkra vården kan ges.

Ett kvalitets- och ledningssystem ska vidareutvecklas.

➤ Strategier

Fortsatt arbete med utveckling av ledningssystemet.

Starta arbete med att utveckla systematisk egenkontroll för hälso- och sjukvård.

Fortsatt arbete inom Ledningskraft.

Fortsatt arbete med kvalitetsregister, Senior Alert, BPSD, och Palliativregistret.

Fortsatt utbildning inom BPSD.

Delta i PPM avseende trycksår, fall och basala hygienrutiner.

Fortsatt kvalitetsarbete i läkemedelsfrågor med läkemedelsgenomgångar.

Fortsatt utveckling av dokumentation.

Utveckla arbetet med SIP, Samordnad Individuell Plan, i samarbete med Primärvården.

Fortsatt arbetet med att utveckla e-hälsa, mobil signering, mobil dokumentation, öka användande av NPÖ.

Fortsatt arbete att byta ut analoga trygghetslarm mot digitala.

Uppdatering och revidering av rutiner för hälso- och sjukvård.

Stärka samarbetet över vårdgivargränserna, arbeta för att säkra informationsöverföringen i vårdens övergångar.

Arbeta för att delta i projektet med uppsökande verksamhet tillsammans med övriga kommuner i nordväst och Högskolan i Kristianstad rörande Forskningsplattformen.

Arbeta med workshops för vårdpersonalen i syfte att fortlöpande informera om hygienrutiner, rapporteringsskyldighet, bemötande mm samt öka kompetensen inom hälso- och sjukvården.

Införa ett nytt planeringssystem i hemtjänst som bättre tillgodoser ett effektivt och säkert användande i verksamheten som gagnar patienten.