



Sektor vård och omsorg

Enhet/Handläggare

Ewa Hjerpe

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Datum

2015-01-21

Beteckning

Ert datum

Er beteckning

Patientsäkerhetsberättelse

2014

Innehållsförteckning

Allmänt	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Vårdsamverkan.....	5
Aktiviteter för Vårdsamverkan Skaraborg 2015	5
Uppringning av utskrivna patienter inom 48/72 timmar.....	6
Metod.....	6
Breddinförande av medicinska vårdplaner.....	6
Metod.....	6
Uppföljning - Medicinsk vårdplan	7
Resultat	7
Förbättringsförslag 2015	7
Läkarmedverkan	7
Uppföljning - Läkarmedverkan	7
Resultat	7
Förbättringsförslag 2015	8
Oplanerade transporter till sjukhus.....	8
Resultat	8
Förbättringsförslag 2015	9
Genomfört arbete och resultat från nationella kvalitetsregister	9
Senior Alert	9
Resultat.....	10
Förbättringsförslag 2015	11
Svenska palliativregistret	11
Resultat.....	12
Förbättringsförslag 2015	13
Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	13
Metod.....	14
Resultat.....	14
Förbättringsförslag 2015	14
Planering och genomförande av kommunal hälso- och sjukvård inom hemvård .	14
Uppföljning	15
Förbättringsförslag 2015	15
Dokumentation i patientjournal.....	15
Kvalitetssäkring av omvårdnadsdokumentation, introduktion och arbetet med kvalitetsregister inom sjuksköterskeheten och kommunrehab.	15
Förbättringsförslag 2015	16
Kompetensförsörjning	17
Översyn av samordnad vårdplanering.....	17
Syfte.....	17
Förbättringsförslag 2015	17
Uppföljningar genom egenkontroll	18
Avvikelse	18
Förbättringsförslag 2015	20
Vårdhygien	20
Deltagande i Svenska HALT.....	21

Metod.....	21
Resultat.....	21
Förbättringsförslag 2015	22
Bilaga 1, originalrapport från Svenska palliativregistret.....	22

Allmänt

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerhetsarbetet, och
3. Vilka resultat som uppnåtts

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Omvårdnadsnämnden har ansvar för att t ex:

- Kraven om god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls
- Fastställa övergripande mål samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- Det finns ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsverksamheten (SOSFS 2011:9)
- Det finns tydliga roller och ansvarsfördelning enligt patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Verksamhetschefens respektive medicinskt ansvarig sjuksköterskas ställning i organisationen är tydlig och att det i övrigt finns förutsättningar för funktionerna att utöva det medicinska ledningsansvaret
- Det finns ändamålsenliga former för samråd och samverkan mellan verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (SOSFS 1997:10)

Nämnden har fastställt ansvarsfördelning mellan avdelningschef, tillika verksamhetschef enligt 29 § HSL, och medicinskt ansvarig sjuksköterska 24 § HSL.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) har fastställt övergripande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsarbetet. Verksamhetscheferna har sedan utarbetat lokala rutiner utifrån de övergripande riktlinjerna i sina respektive verksamheter. Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som fastställts är kända och följs samt att ny personal får den introduktion som krävs. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbetet utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt enligt riktlinjer och rutiner.

Övergripande mål och strategier

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

Det ska också skapa förutsättningar så att verksamheterna kontinuerligt arbetar med att identifiera förbättringsområden.

Ett kvalitetsledningssystem började tas fram enligt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 hösten 2012 och har fortsatt i olika etapper även under 2014.

Vårdsamverkan

Sveriges Kommuner och Landsting har sedan tidigare år initierat arbetet kring projektet *Ledningskraft* och *Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland*. Under 2014 har olika aktiviteter pågått inom de prioriterade områdena. Projekt *Ledningskraft* fasades ut under slutet av 2014.

Att vårdkedjan fungerar utan avbrott är en viktig del för ett patientsäkert arbete. Tillsammans med Skaraborgs sjukhus (SkaS) och primärvården har kommunerna via kommunalförbundet Skaraborg arbetat enligt en beslutad struktur för vård-samverkan i Skaraborg. Ett av målen är att stärka vård-samverkan på närsjuk-vårds- och kommunnivå.

För nämndens del sker ett gemensamt arbete med övriga kommuner och primärvården i Södra Skaraborg (fr. o. m augusti 2014 ingår Skövde i Vårdsamverkan Södra Skaraborg) och SkaS. Närsjukvårdscoordinatorer leder detta arbete.

Aktiviteter för Vårdsamverkan Skaraborg 2015

I genomförandeplanen för Vårdsamverkan Skaraborg finns som mål för 2015:

- Att Mobil närvård d.v.s. mobilt närvårdsteam och mobil hemsjukvårdsläkare, implementeras i hela Skaraborg
- Genomföra utbildning i Palliativ vård med inriktning att arbeta med validerade symtomskattningsverktyg och munhälsa
- Uppföljning inom 48/72 timmar kommer att finnas på alla sjukhus inom SkaS
- Organisera/utveckla mottagandet av gällande rutin för samordnad vårdplanering inom primärvården
- Tre certifierade BPSD utbildare (en per närvårdsområde) kommer stötta arbetet med BPSD-registret

Ett antal uppföljningsområden har prioriterats och vissa mål och mått har lagts in som obligatoriska i den reviderade regionala handlingsplanen *Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland*. Till detta kommer även öppna jämförelser och interna uppföljningar.

Under 2014 har ett antal större projekt för att öka samverkan och stärka patientsäkerheten startats.

Några exempel:

- Uppringning av utskrivna patienter inom 48/72 timmar
- Breddinförande av medicinska vårdplaner.

Uppringning av utskrivna patienter inom 48/72 timmar.

Genom att följa upp, utvärdera och säkerställa ordinationer vid utskrivning, fångas problem och oklarheter upp på ett tidigt stadium. Det ökar tryggheten och förutsättningarna för att förhindra återinläggning inom 30 dagar på sjukhus eller akutbesök för patienter 75 år och äldre.

Metod

Samtliga patienter 75 år och äldre som skrivs ut från SkaS till hemmet, särskilt boende (säbo) eller korttidsboende ska bli uppringda av en sjuksköterska knuten till SkaS. En checklista kommer att utgöra underlag för samtalet med patienten. I de fall där kognitiv svikt föreligger tas kontakt med anhöriga.

Breddinförande av medicinska vårdplaner

Under året har ett breddinförande av medicinska vårdplaner skett. Utbildning har getts till primärvårdens läkare och kommunens legitimerade personal.

Medicinska vårdplaner är ett arbetssätt som bidrar till en **säker, trygg och välplanerad vård**.

Den medicinska vårdplanen är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan och underlättar i ett akut skede för såväl kommunens sjuksköterskor, primärvårdens läkare och slutenvården att göra rätt bedömningar.

Metod

Gemensamt med den enskilde, närstående, behandlingsansvarig läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal planeras vårdens inriktning.

Samtidigt görs en genomgång av läkemedelsbehandlingen.

Vårdplaneringen genomförs inom 3 månader efter inflyttning till särskilt boende och för personer med stort vårdbehov i hemsjukvården.

Uppdatering bör ske minst 1 gång/år, oftare vid behov

Uppföljning - Medicinsk vårdplan

Genom vårdssamverkans regi har bl.a. följande *mål och mått* följts upp två gånger per år

- Finns medicinsk vårdplan upprättad?

Resultat

Andelen medicinska vårdplaner har ökat något under hösten 2014.

Tabell 1. Andel upprättade medicinska vårdplaner

Våren 2013	Hösten 2013	Våren 2014	Hösten 2014
17%	17%	16%	19%

Förbättringsförslag 2015

- Öka antalet medicinska vårdplaner
- Fortsätta följa arbetet med medicinska vårdplaner genom mätningar vår och höst
- Vara delaktiga i införandet av mobil närvård

Läkarmedverkan

Det finns 8 vårdcentraler i Skövde, 5 st. i Närhälsans regi och 3 privata utförare. Dessa har ansvar för läkarinsatserna för personer med kommunal hälso- och sjukvård.

Tillsammans med Närhälsan och de privata vårdcentralerna har Omvårdnadsförvaltningen upprättat samverkansavtal för att säkerställa läkarmedverkan.

Uppföljning - Läkarmedverkan

De senaste åren har ett av de *mål och mått* som följs upp i Vårdssamverkans regi varit:

- Andel behandlingsansvarig läkare, d.v.s. har alla patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård en namngiven behandlingsansvarig läkare?

Resultat

Tabell 2. Andel behandlingsansvarig läkare

Hösten 2013	Våren 2014	Hösten 2014
77 %	76 %	80 %

Det är främst inom hemsjukvården som det inte fullt ut är klarlagt vem som är patientens behandlingsansvarige läkare. Samverkan med vårdcentralerna har dock förstärkts under året. Det finns en vilja och ambition att förbättra kontinuiteten i arbetet med behandlingsansvarig läkare till de patienter som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård.

Förbättringsförslag 2015

- Ökat antal patienter med behandlingsansvarig läkare
- Fortsatt arbete i samverkan med primärvården kring behandlingsansvarig läkare.

Oplanerade transporter till sjukhus

Antalet akuta, ej planerade transporter till sjukhus med patienter från den kommunala hälso- och sjukvården följs upp under åtta veckor per år. Registreringarna har pågått sedan 2007.

En av orsakerna till mätningen är att se i hur stor grad patienter, som omfattas av det kommunala ansvaret, är i behov av akuta oplanerade transporter till sjukhus och följa denna utveckling över tid.

I vissa diskussioner påtalas att patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården "i onödan" transporteras till sjukhus samt att "mer skulle kunna göras på hemmaplan", t ex genom förbättrade vårdplanering.

Resultat

Tabell 3. Antal oplanerade transporter till sjukhus från den kommunala hälso- och sjukvården.

ÅR	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014
Antal registreringar	181	144	130	148	173	124	150
Uppskattat på år	1177	936	845	962	1125	806	975
Antal transporter per dygn	3,2	2,6	2,3	2,6	3,1	2,2	2,7

Underlaget för registreringarna omfattar ca 1300 patienter.

De flesta orsakerna till akut transport till sjukhus är relaterade till andningsbesvär, bröstsmärtor, misstanke om stroke och kräkningar. En av orsakerna till variationerna mellan åren som observerats är hur omfattande vinterkräksjuka och säsongsinfluensan varit respektive år.

Antalet transporter från äldreboenden har ökat under året. En anledning till detta kan vara att några enheter haft en bristande kontinuitet för sjuksköterskebe-

manningen eller på annat sätt haft en ansträngd sjuksköterskesituation som därmed ökat risken för bristfälliga vårdplaneringar.

Tabell 4. Antalet oplanerade transporter till sjukhus fördelat per verksamhetstyp.

ÅR	2011	2012	2013	2014
Hemsjukvård	106	80	55	51
Korttid	17	15	15	15
Särskilt boende	25	78	54	84
Summa	148	173	124	150

I arbetet att ytterligare förbättra förberedelser inför akuta försämringar hos patienterna utvecklas den medicinska vårdplaneringen av läkaren och sjuksköterskan. En ny modell för medicinsk vårdplan introducerades i samverkan med Primärvården i början av 2014.

Förbättringsförslag 2015

- Genom personcentrerad vård ge varje individ möjlighet till vård på rätt vårdnivå och på så sätt minska antalet oplanerade transporter till sjukhus
- Genomföra och analysera resultatet från mätning av oplanerade transporter

Genomfört arbete och resultat från nationella kvalitetsregister

Under året har verksamheten arbetat med följande nationella kvalitetsregister:

- Senior alert
- Svenska Palliativregistret och
- Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD

Senior Alert

Under 2014 har arbetet med att förbättra omvårdnaden inom områdena fall, undernäring, trycksår samt munvård fortsatt inom särskilda boenden och på Servicehusen. Hemvården har också introducerats helt och delvis kommit igång under 2014 med att arbeta utifrån Senior Alerts arbetssätt.

Rätt mat och näring är avgörande för patientsäkerheten, särskilt för äldre och personer med funktionshinder. Från och med 2015-01-01 skärper Socialstyrelsen vården och omsorgens ansvar för att förebygga och behandla undernäring att gälla även för personer med funktionsnedsättning, (SOSFS 2014:10).

Arbetet med Kostombud och nätverksarbetet mellan personal i köken och omvårdnadspersonal på särskilda boenden har fortsatt under 2014. Alla kök inom omvårdnadsförvaltningen och dess personal har under 2014 gått in i Tekniska förvaltningens organisation.

Arbete med att revidera nuvarande kostrutin utifrån Socialstyrelsens nya föreskrift om förebyggande av och behandling vid undernäring (SOSFS 2014:10) har påbörjats under året. En träff har planerats in i början av 2015 med Tekniska förvaltningens chefer för köken och avdelningschef och medicinskt ansvariga sjuksköterskor för att diskutera nuvarande rutin.

Resultat

Under registreringsperioden 1 oktober 2013 – 30 september 2014 uppnådde förvaltningens äldreboende (inkl. Servicehusen) en täckningsgrad på 84 % i Senior alert.

På äldreboenden och servicehus har under registreringsperioden totalt 733 riskbedömningar dokumenterats.

I hemvården har arbetet börjat komma igång och under registreringsperioden har 63 godkända registreringar (= riskbedömning gjord och på individer med risk har åtgärder planerats) registrerats i kvalitetsregistret.

I tabell 5 redovisas andelen personer där en risk bedömts föreligga och där förebyggande insatser/åtgärder har registrerats/satts in under 2013-14. En markant förbättring har skett på äldreboenden under året, i stort sett en fördubbling och andelen planerade åtgärder har fortsatt att öka.

På servicehusen har antalet riskbedömningar minskat under året men av de utförda bedömningarna har åtgärder planerats/satts in hög grad.

Resultatet redovisas inte för hemvården p.g.a det låga antalet utförda registreringar.

Tabell 5. Andel personer i särskilt boende under 2014 med bedömd risk och där åtgärder planerats.

Verksamhet	Äldreboende	Äldreboende	Äldreboende	Servicehus	Servicehus
År	2012	2013	2014	2013	2014
Antal bedömningar	272	310	612	135	121
Fall	17 %	72 %	79 %	47 %	88 %
Undernäring	20 %	73 %	78 %	25 %	86 %
Trycksår	22 %	71 %	73 %	32 %	81 %
Munhälsa	-	62 %	66 %	20 %	66 %

Hemvården har introducerats helt under 2014. Det som signalerades inför implementeringen, att det skulle bli svårigheter att arbeta med kvalitetsregistret, besannades.

Enheterna har haft svårt att arbeta utifrån och se nyttan med verktyget PDSA – plan, do, study, act (planera, utföra, studera, agera) som kvalitetsarbetet med Senior alert är uppbyggt på.

Verktyget är en cykel som fungerar iterativt, det vill säga om och om igen. I den första fasen så har ett problem identifierats i verksamheten och man planerar för en lösning till det.

När detta är gjort inleds andra fasen där lösningen genomförs.

I tredje fasen så studeras effekterna av den lösning som man tillämpat och i den sista fasen så agerar man så att samma problem inte skall uppstå på nytt.

Det har varit svårt att hitta former för samverkan mellan de olika yrkeskategorierna och andra projekt har "tagit över", tiden räcker inte till.

Förbättringsförslag 2015

- Att öka antalet riskbedömningar, planera och genomföra åtgärder samt följa upp
- Två kvalitetshandledare á 100 % fortsätter under 2015 med att bl.a. stötta Senior alert-processen
- Fortsatt arbete tillsammans med enhetschefer för att fastställa arbetsätt och rutiner för Senior alert inom hemvården
- Fortsätta att stötta i det hittills upparbetade arbetsättet inom äldreboenden för att få det som en "ordinarie" del av verksamheten

Svenska palliativregistret

Registrering i Svenska palliativregistret beskriver den sista veckan i livet för patienter som vårdats inom den kommunala hälso- och sjukvården och avlidit inom vår verksamhet.

Följande parametrar registreras i palliativregistret och kan följas upp i verksamheten:

- Jag och mina närstående är informerade om min situation
- Jag är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Jag är ordinerad läkemedel vid behov
- Jag får god omvårdnad utifrån mina behov
- Jag vårdas där jag vill dö
- Jag behöver inte dö ensam
- Jag vet att mina närstående får stöd

Resultat

Uppföljningen av vården i livets slut utifrån Palliativa registret visar på förbättringar för förvaltningen från 2012 till 2014 inom de flesta kvalitetsindikatorerna. En försämring har dock skett under året inom områdena; uppfyllt önskemål om dödsplats, munhälsa bedömd, avliden utan trycksår samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Under året har det möjliggjorts för sjuksköterskor i verksamheten att logga in registret via SITHS-kort och själva göra sina registreringar. Enheterna i registret ska anpassas efter den struktur som används i organisationsträdet i verksamhetssystemet och Senior alert. Information och utbildning kommer genomföras under 2015.

Närvårdskoordinator för palliativregistret har i slutet av året informerat vårdutvecklarna om hur resultaten från registret kan användas på enhetsnivå. Detta för att kunna följa sin enhet och kvalitetssäkra arbetet.

Vård i livets slut har också varit tema för vårdutvecklingsgrupperna under året. I verksamheten finns personer som har hög kompetens i området. Enhetscheferna för legitimerad personal har i uppdrag att kunskapsinventera verksamheten och sätta samman en arbetsgrupp med uppdrag att arbeta fram praktiskt handledningsmaterial som underlättar och förtydligar arbetet med vård i livets slut.

Vårdsamverkan Skaraborg genom Skaraborgs kommunalförbund, kommer under 2015 anordna utbildning i hur arbetet med validerade skattningsinstrument kan förbättras.

Tabell 6. Resultat(andel) för Skövde mellan 2012 - 2014 för indikatorerna i palliativregistret.

Indikator	Skövde 2012	Skövde 2013	Skövde 2014
Eftersamtal erbjudet	36	52	60
Läkarinformation till patienten	57	60	61
Uppfyllt önskemål om dödsplats	40	44	33
Munhälsa bedömd	50	46	37
Avliden utan trycksår	92	92	82
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	84	86	85
Utförd validerad smärtskattning	4	9	13
Helt/delvis lindrad från smärta	73	77	83
Helt/delvis lindrad från illamående	73	78	87
Helt/delvis lindrad från ångest	64	74	75
Helt/delvis lindrad från rosslig andning	70	70	75
Läkarinformation till närstående	59	63	67

Se även bilaga 1 där resultatet visas i diagramform för omvårdnadsförvaltningen och riket.

Förbättringsförslag 2015

- Följa samtliga kvalitetsindikatorer under året och förbättra de områden som försämrades under 2014
- Ge legitimerad personal möjligheten att delta på utbildningen i användandet av validerade skattninginstrument och implementera arbetssättet i verksamheten.

Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD – ”Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens” innebär att personen med demenssjukdom har beteenden som vandring, oro, ropar, aggressivitet osv. De flesta personer med en demenssjukdom drabbas någon gång av dessa beteenden. Den utlösande faktorn finns oftast i den demenssjukes omgivning.

Metod

BPSD registret är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. Med stöd av registret identifieras symtomen, de tolkas och ses i sitt sammanhang så att relevanta åtgärder sätts in.

Resultat

Under åren 2012 - 2014 har cirka 35 stycken omvårdnadspersonal, några enhetschefer och sjuksköterskor samt demenssamordnare utbildats till administratörer av BPSD registret.

Under året har 44 registreringar gjorts i BPSD-registret (Västra Götaland = 4673 registreringar totalt).

Arbetet med BPSD-registret har inte kommit igång riktigt. Man kan dock se att under andra halvan av året gjordes 33 registreringar mot 11 under de första sex månaderna.

I början av året utbildades/informerades den legitimerade personal som arbetar på de boende i verksamheten för personer med demenssjukdom. Utbildningen syftade till att tydliggöra deras roll i arbetet med användandet av BPSD-registret.

Förbättringsförslag 2015

- Demenssamordnare och kvalitetshandledare inventerar behovet av utbildningsinsatser av fler BPSD-administratörer
- Planera för att strukturera arbetssättet samt implementera BPSD i verksamheten

Planering och genomförande av kommunal hälso- och sjukvård inom hemvård

Under året har en översyn gjorts av ersättningssystemet i hemvården. En arbetsgrupp med uppdrag att se över EBV-manual och komma med förslag till förändringar i ersättningen avslutade sitt arbete i slutet av augusti. Arbetsgruppens förslag till reviderad manual med nya schablontider för insatserna *kompansionsstrumpor*, *dubbelbemanning* och *tillsyn* samt en generell uppräknings av LOV-/EBV-ersättning togs av omvårdnadsnämnden under september.

Två externa utförare bedriver hemvård med personlig omvårdnad, inkl hälso- och sjukvård på uppdrag av förvaltningens sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster utöver förvaltningens sex egna hemvårdsenheter.

Uppföljning

Vid uppföljning av hemvården konstateras några problemområden för patientsäkerheten.

- Behovet av dagliga kontaktytor mellan utförarnas personal och sjuksköterskorna är inte helt upparbetat på alla arbetsplatser
- Delegeringsprocessen av hälso- och sjukvårdsuppgifter, främst från sjuksköterskor, till personal hos externa utförare har skapat ett merarbete. Successivt har detta lösts genom en viss ändring av sjuksköterskornas indelning av ansvarsområden men fungerar inte tillfredsställande ännu

Under året har arbetet med att Infört Laps Care pågått. Laps Care är en planeringsmodul i verksamhetssystemet Procapita, och ska underlätta och effektivisera planeringen utifrån respektive enhets behov inom hemvården.

Förbättringsförslag 2015

- Översyn av vårdplaneringsytor inom hemvården d.v.s. avstämningsmöten och övriga möten mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Dokumentation i patientjournal

Under året har fortsatta insatser gjorts efter införandet av nytt verksamhetssystem och ny patientjournal samt införandet av ICF (ny sökordsstruktur i patientjournalen - *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*). För både sjuksköterske- och rehabenheten återstår dock en del arbetet innan dokumentation enligt den nya ICF-strukturen är kvalitetssäkrad.

Under året har även arbetet/införandet av arbetssätten enligt de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD varit högaktuellt och påfrestande för delar av verksamheten.

Administrationen av ersättningssystemet samt möjligheten att skapa signeringslistor har under året belastat hemvårdens sjuksköterskor och rehabenheten kraftigt.

Kvalitetssäkring av omvårdnadsdokumentation, introduktion och arbetet med kvalitetsregister inom sjuksköterskeenheten och kommunrehab.

Arbetet med översyn/inventering av omvårdnadsdokumentationen och kvalitetsregisterarbetet har pågått under 2014. Under detta arbete har det blivit tydligt att stora och ojämna brister finns inom hela sjuksköterskeenheten och till viss del inom kommunrehab.

Orsakerna till dessa beror på stor del i att arbetet sker i ett stort, komplext, och delvis svårhanterligt datasystem. De nyheter och uppdateringar av programmet som regelbundet gjorts har varit svårt att implementera utan att få handledning. Förutsättningarna vid införandet av nytt verksamhetssystem och byte av dokumentationsspråk till ICF var inte heller optimala. Detta visar sig nu genom att vissa grupper/personer har stora svårigheter. I arbetet med översynen av dokumentationen har det också visat sig att det ständigt behöver ges möjlighet till bearbetning för att bibehålla kompetensen i dokumentationen p.g.a. just komplexiteten i systemet.

Någon översyn har inte gjorts på Kommunrehab, men uppfattningen är att enheten kom igång med användandet av ICF och Pro Capita på en jämnare nivå.

Introduktion för vikarierande legitimerad personal och personal som kommit tillbaks efter längre ledigheter har hanterats ojämnt, främst inom sjuksköterskeverksamheten.

Introduktion för vikarierande arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt repetition för de som kommit tillbaks efter längre ledigheter har hanterats av två arbetsterapeuter och två sjukgymnaster. Kvaliteten blir bra eftersom det är ett fåtal personer som är involverade. Tyvärr har de inte kunnat sätta av tillräcklig tid, eftersom de egentligen inte har någon tid varken att arbeta med introduktionen, hålla i fortbildning (s.k. RUFs-grupper) eller utveckla systemet och användandet av det.

Det finns en styrka i att introduktionsprogrammet hanteras av samma personer och med spetskompetens för att uppnå god kvalitet.

Under hösten har extra resurser tillsatts i form av en heltidstjänst fördelat på två sjuksköterskor och 20 % resursökning på kommunrehab. Detta för att arbeta fram ett introduktionsprogram, kontinuerligt genomföra introduktioner med hög kvalitet samt möjliggöra en tillräckligt god nivå på journalföringen. I detta uppdrag ingår även att få in arbetet med kvalitetsregistren Senior alert, BPSD samt Svenska palliativregistret som en naturlig del i den legitimerade personalens omvårdnads-/rehabarbete.

Detta arbete med den extra resurstilldelningen fortsätter under 2015.

I början av 2015 planeras verksamhetsdagar för all legitimerad personal i syfte att stärka teamsamverkan i det personcentrerade arbetet och öka förståelsen/kunskapen kring ICF.

Förbättringsförslag 2015

- Fortsatt arbete med att stärka teamsamverkan i det personcentrerade arbetet och öka förståelsen/kunskapen kring ICF för den legitimerade personalen
- Fortsätta arbetet med att undersöka möjligheter till tekniska lösningar/förbättringar som verksamhetssystemet idag inte kan tillgodose

Kompetensförsörjning

Under 2015 bör de medicinska vårdplaneringarna prioriteras än mer för att ge förutsättningar för att varje patient får vård och behandling på rätt vårdnivå. För bl.a. sjuksköterskorna i kommunen behövs kontinuerlig kompetensutveckling prioriteras för att stärka kunskapen och därmed ge bättre förutsättningar till att vårda patienter inom kommunens verksamhet. Redan vid introduktion av nyrekryterad personal och i samband med att vikarier tas in i verksamheten bör arbetet med att stärka kunskapen påbörjas.

Översyn av samordnad vårdplanering

Sammanställning och statistik visar att antalet genomförda vårdplaneringar på annat sjukhus än SkaS Skövde ökar signifikant från 2013 till 2014.

Enhetscheferna för sjuksköterskeenheten, kommunrehab och biståndsenheten fick under våren 2014 i uppdrag att genomföra en översyn av samordnad vård- och omsorgsplanering, SVPL, inom omvårdnadsförvaltningen.

I arbetet med översynen har hänsyn tagits till eventuell utveckling kring SVPL. Bland annat kommer vårdplanering kunna genomföras digitalt via Lync eller motsvarande. Vi ska även kunna möta eventuella organisationsförändringar inom Regionen.

Syfte

Att efter översyn ta fram utvecklingsförslag och underlag till beslut avseende förbättringsområden och möjligheter att utveckla arbetet för att lyfta fram och erhålla spetskompetens inom arbetsområdet.

Att kvalitetssäkra bedömning, bemötande och omvårdnaden av den enskilde.

Förbättringsförslag 2015

- Säkerställa SVPL-processen internt och externt.
- Ökad kunskap om rutinen kring samordnad vård- och omsorgsplanering

Uppföljningar genom egenkontroll

För att följa verksamheten över tid är det viktigt att samla in data. Egenkontroll bedrivs genom att systematisk följa upp och utvärdera den egna verksamheten avseende planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder utifrån de riktlinjer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Personalen medverkar aktivt i verksamhetens kvalitetsarbete genom att vara delaktig i upprättandet och utvecklingen av rutiner. Personalen rapporterar risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

För att öka enheternas delaktighet i det direkta uppföljningsarbetet planeras för 2015 att arbeta fram en modell/beskrivning av enheternas prioriterade områden i patientsäkerhetsarbetet.

Hur enheterna arbetar med frågorna, resultat, utvärdering och uppföljningsarbete ska regelbundet rapporteras till förvaltningsledning.

Avdelningschef/verksamhetschef HSL och MAS får gemensamt arbeta fram denna modell och tillse att den implementeras i verksamheten.

MAS och SAS har gemensamt arbetat fram en plan för uppföljning/granskning av verksamheten 2015.

Avvikelser

Avvikelser ska enligt rutin rapporteras och följas upp fortlöpande/månatligen på enhetsnivå och därefter på avdelningsnivå. En övergripande analys görs på förvaltningsnivå årsvis av MAS.

Vi vet att antalet inrapporterade avvikelser är ”toppen av ett isberg” av faktiska händelser. I år har även några enhetschefer för hemvården signalerat att de på grund av en mycket pressad arbetssituation under slutet av 2014 och början av 2015 inte hunnit behandla och skickat in avvikelser som inträffat under slutet av 2014. Dessa finns alltså inte med i nedanstående sammanställning.

Under året har 887 avvikelser rapporterats. Detta är en minskning med 152 registrerade avvikelser jämfört med året innan.

Se även tabell 7 över historik om registrerade avvikelser mellan åren 2010-2014.

Majoriteten av de avvikelser som registreras inträffar i samband med hantering av läkemedel. Under året registrerades 608 avvikelser inom läkemedelsområdet. En minskning med 90 avvikelser från förra året. De största orsakerna till avvikelser inom läkemedelsområdet är att doser inte har givits (t ex genom rapporteringsmiss, glömts bort att ges), att doserna har getts försent (t ex inte hunnit

inom tidsramen, blivit fördröjd) eller att läkemedelsdosetter är iordningsställda på ett felaktigt sätt.

Även gruppen övriga avvikelser minskade, sammanlagt med 100 registreringar. I denna grupp ingår fall/fallolycka som lett till att patienten måste besöka primärvård eller sjukhus. Under året registrerades 14 st. sådana fall/fallolyckor på äldreboende och 11 i hemvården.

De vanligaste avvikelserna i denna grupp är annars bristande information/kommunikation inom/mellan personalgrupper, utebliven behandling/omvårdnad samt brister i arbetsrutiner. Inga trycksår har rapporterats som avvikelse under året.

Tabell 7. Antal avvikelser per år mellan åren 2010-2014.

År	2010	2011	2012	2013	2014
Totalt antal avvikelser	465	573	694	1039	887
Varav avvikelser inom					
Läkemedels- hantering	409	512	594	698	608
Rehabilitering	-	-	12	9	47
Övriga avvikelser	56	61	90	332	232

Antalet avvikelser från kommunrehab har ökat under året. Från 9 avvikelser 2013 till 47 st. under 2014. Majoriteten av avvikelser som gäller rehab handlar om att arbetsterapeut/sjukgymnast rapporterat som avvikelse att deras ordinerade/delegerade uppgifter inte har signerats på signeringslista.

Som orsak till detta anges oftast "patienten ville inte, uppgiften hanns inte med" Men även att uppgiften utförts men att man glömt att signera.

Detta är en tendens i verksamheten. Den är svår att påvisa med siffror men vi ser att antalet avvikelser gällande "utebliven/sen behandling" ökar från kommunrehab.

I diskussioner med legitimerad personal framkommer att det är den bild de har. Uppgifter som ordinerar av leg. personal, som inte berör läkemedelshandling, tenderar lättare att falla bort och glömmas av.

Under året skulle övergången till rapportering av avvikelser via verksamhetssystemet introducerats. Detta har dock försenats främst pga. svårigheterna med införandet av andra delar i verksamhetssystemet, samt arbetet med kvalitetsregister.

På äldreboendena finns nu personliga läkemedelsskåp i lägenheterna/rummen. Avvikelseökningen på äldreboende har minskat något, 37st färre än 2013.

Antalet avvikelser gällande läkemedel är för äldreboendena 207 st., (69 % av totala antalet avvikelser). 80 st. av avvikelserna gällande läkemedel (39 %) är orsakade av sjuksköterska, främst feldelning i dosett. Flertalet av dessa avvikelser är koncentrerat till ett äldreboende som hade en mycket pressad sjuksköterskesituation under våren 2014 samt under semesterperioden då två äldreboenden har registrerat ett ökat antal avvikelser gällande feldelade dosetter där semestervikarierande sjuksköterskor varit orsaken.

Tabell 8. Antal avvikelser för olika verksamheter mellan 2011-2014.

ÅR	2011	2012	2013	2014
Verksamhetstyp				
Hemvård, inkl servicehus	227	345	672	557
LSS	58	30	34	66
Äldreboende, inkl korttidsvård	256	339	338	330

Antalet rapporterade avvikelser inom läkemedelområdet har minskat i hemvården. Verksamheterna har påbörjat en mer övergripande översyn av processer och arbetsrutiner men inte i tillräcklig omfattning för att problemen har åtgärdas. Detta arbete måste ytterligare intensifieras för att komma till rätta med.

Förbättringsförslag 2015

- Fortsätta att arbeta med resultatet från den processkartläggning av läkemedelshanteringen som gjordes under 2014
- Utifrån resultat av processkartläggningen, strukturerat utarbeta och implementera nya lokala rutiner för läkemedelshanteringen på varje arbetsplats
- Implementera inrapportering av avvikelser HSL via avvikelsemodul i Procapita för samtlig personal inom sektor vård och omsorg

Vårdhygien

Under året har antalet avvikelser rörande vårdhygieniska frågor ökat. Enhetscheferna har också signalerat om osäkerhet och diskussioner i personalgrupperna kring smitta, smittspridning och följsamheten till vårdhygien och klädregler. Följsamheten till de basala hygienrutinerna måste förbättras. Främst användandet av skyddskläder, korrekt användande av plastförkläde, handskar samt att i det direkta omvårdnadsarbetet ha kortklippta, olackerade naglar och vara fri från ringar, klockor och armband.

Under året har en översyn gjorts över antalet hygienombud på enheterna. Hygienombudets roll, ansvar och uppgifter har också förtydligats.

Vårdhygien på SkaS har haft informationsträffar för enhetscheferna på äldreboende och inom LSS.

En tvådagars basutbildning för hygienombud på äldreboende och i hemvården har delvis genomförts under slutet av året och fortsätter i början av 2015.

I den basutbildning som all personal ska genomgå vid nyanställning, ges information om basala hygienrutiner och klädregler. Arbetstagaren åtar sig att följa verksamhetens riktlinjer och rutiner kring hygien och klädregler genom underskrift i samband med genomförd basutbildning.

Deltagande i Svenska HALT

Under våren deltog samtliga äldreboende inkl. korttid (9 st.) i den första nationella mätningen av vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandlingar på särskilda boenden. 237 särskilda boenden i 53 kommuner deltog totalt i studien Svenska HALT 2014.

Mätningar av denna typ är ett viktigt verktyg för att få kunskap om vilka förebyggande åtgärder som kan behöva vidtas för att förhindra uppkomst av vårdrelaterade infektioner samt optimera antibiotikaanvändningen. Detta som en del i att bromsa utvecklingen av antibiotikaresistens.

Metod

Mätningen genomfördes under en valfri dag mellan 31 mars och 17 april 2014. Ansvariga för datainsamlingen var omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på enheterna.

Resultat

379 patienter omfattades av studien i Skövde. Resultaten visade att 2,1% av patienterna i Skövde hade en vårdrelaterad infektion.(3,4% för riket) och 1,1% (3,1% för riket) stod på antibiotikabehandling. Vanligaste orsakerna till både antibiotikabehandlingar och vårdrelaterade infektioner var urinvägsinfektion eller hud- och mjukdelsinfektion. Resultaten visar att det är viktigt att arbeta förebyggande för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner på äldreboenden och därigenom minska behovet och användningen av antibiotika.

Man vet sedan tidigare att upp till hälften av de som bor på äldreboenden kan ha bakterier i urinen som är ofarliga och som inte ger besvär. Eftersom det är vanligt

med bakterier i urin finns risken att detta förväxlas med urinvägsinfektion. Det är därför viktigt att göra en helhetsbedömning av den äldres hälsotillstånd så att inte antibiotika sätts in för symtom som inte är orsakade av en urinvägsinfektion. Sjuksköterskor på äldreboendena har under året deltagit på det utbildningstillfälle som hållits kring detta tema.

Förbättringsförslag 2015

- Att stötta hygienombuden i deras roll genom ytterligare utbildningstillfälle under året
- Med hjälp från Vårdhygien VG, genomföra basutbildning för hygienombud inom LSS
- Delta i Svenska HALT- mätningen för äldreboende i november 2015

Bilaga 1, originalrapport från Svenska palliativregistret

Diagram 1. Skövde 2014

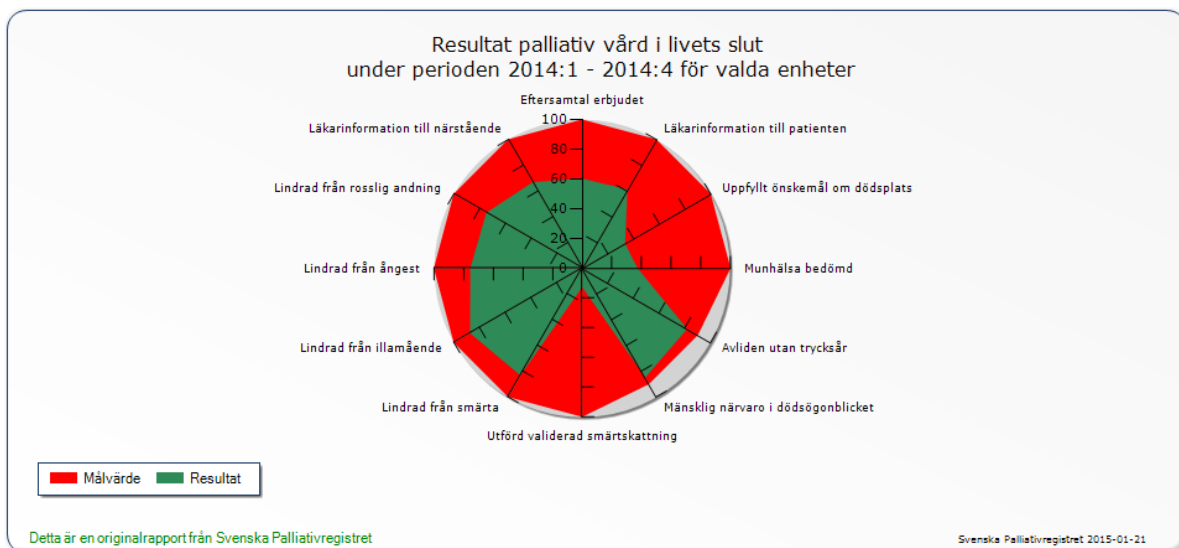


Diagram 2. Riket 2014

