



# Patientsäkerhetsberättelse

2018

2019-02-12

---

Lina Bengtsson MAS

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>6</b>
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	6
<b>Vård- och omsorgsnämndens ansvar .....</b>	<b>6</b>
<b>Verksamhetschefens ansvar .....</b>	<b>6</b>
<b>Områdeschefens ansvar .....</b>	<b>7</b>
<b>Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar .....</b>	<b>7</b>
<b>Enhetschefens ansvar .....</b>	<b>7</b>
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar .....</b>	<b>7</b>
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Patienters och närståendes delaktighet .....	9
Socialstyrelsens öppna jämförelser .....	9
<b>Samverkan med medborgare i övrigt .....</b>	<b>9</b>
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Rapporteringsskyldighet.....	9
All personal har skyldighet att rapportera vid risk för vårdskada eller vid händelser som kunnat medföra en vårdskada. All personal inom vård- och omsorg får information om rapporteringsskyldigheten, dels vid nyanställning och därefter fortlöpande. Det gäller för såväl avvikelserapportering, lex Sarah och lex Maria. ...	9
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll .....	10
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>10</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet .....	11
<b>Samverkan vid utskrivning – SVU.....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>12</b>
Egenkontroll .....	12
<b>Läkemedelsgenomgångar .....</b>	<b>12</b>
<b>Nutrition .....</b>	<b>13</b>
<b>Senior Alert .....</b>	<b>14</b>
<b>Fall och fallolyckor .....</b>	<b>15</b>
<b>Munhälsa.....</b>	<b>16</b>

---

Palliativa registret.....	18
<b>ARBETE MED NATIONELLA PUNKTPREVALENSMÄTNINGAR.....</b>	<b>18</b>
Nationell punktprevalensstudie av trycksår.....	19
Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler .....	19
Avvikelser .....	21
Avvikelser angående läkemedelshantering.....	21
Dokumentation .....	22
Journalgranskning .....	22
Delegation.....	22
Klagomål och synpunkter.....	24
Händelser och vårdskador .....	24
<b>MEDICINTEKNIK.....</b>	<b>24</b>
Medicinteknisk avvikelse .....	25
Periodiskt underhåll .....	25
<b>REHABILITERING.....</b>	<b>25</b>
Sjukgymnastens/fysioterapeutens insatser .....	25
Arbetsterapeutens insatser .....	25
Uppföljning av rehabiliteringsinsatser enligt EQ5D .....	26
Uppföljning av rehabiliteringsinsatser av arbetsterapeut enligt AusTOMs.....	26
<b>VÅRD OCH OMSORG OM PERSONER MED DEMENS SJUKDOM .....</b>	<b>27</b>
Verksamheter .....	27
Mål och strategier för kommande år .....	30
<b>TRYGG HEMGÅNG .....</b>	<b>31</b>



---

## Sammanfattning

Mål: Vård- och omsorgsnämnden ska erbjuda en likvärdig vård- och omsorg av hög kvalitet genom att arbeta systematiskt och förebyggande.

Bedömningen är att verksamheten uppfyller vård- och omsorgsnämndens mål även om det finns områden som kan förbättras ytterligare.

2018 har varit ett händelserikt år för kommunal hälso- och sjukvård. Den viktigaste händelsen är den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612) som påverkat kommunal hälso- och sjukvård genom att flödet från sjukhus till kommunal vård går snabbare. Verksamheten har arbetat effektivt hela året för att möta det förändrade behovet och anpassa sig. Det har fungerat väl och vi har med god marginal uppnått målet att inte få några betalningsansvarsdagar och ha kommuninvånare som vistas på sjukhuset i onödan. I genomsnitt har vi legat på 1,14 dagar innan vårdtagarna kommit hem och vi ska ta hem patienter inom 2,8 dagar i genomsnitt.

Glädjande är att det riktade arbetet för att minska antalet fall har gjort nytta, vi ser en tydlig förbättring av antalet fall. Även det förebyggande arbetet med hjälp av senior alert har varit mycket framgångsrikt. Arbetet med palliativ vård och främst smärtskattning vid livets slut har förbättrats markant.

Överlag har de flesta områden förbättrats, undantaget är antalet trycksår som försämrats. Här ser vi behov av utbildningsinsatser till samtlig personal samt noggrann uppföljning i senior alert under året. Även hygienrutiner samt nattfasta kräver ett fortsatt aktivt arbete för att förbättras ytterligare.

Den demografiska utvecklingen samt de ökade krav som ställs på kommunens hälso- och sjukvård genom hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner innebär att ett fortsatt arbete för att göra rätt saker, ha en fullgod kompetensförsörjning och attrahera hälso- och sjukvårdspersonal är mycket viktigt. Allt mer hälso- och sjukvård kommer att ske i kommunal regi framöver. Osby kommun har en god hälso- och sjukvårdsorganisation men det är viktigt att fortsätta detta goda arbete och satsa på det förebyggande arbetet.

---

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse årligen. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

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

Vård- och omsorgsnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår. Ett arbete med att utveckla ledningssystemet har påbörjats och det arbetet fortgår.

### Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

#### Vård- och omsorgsnämndens ansvar

Vård- och omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

#### Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner

---

för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### **Områdeschefens ansvar**

Följa upp och svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Leda och utveckla verksamheten tillsammans med övriga ledningsfunktioner.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med förvaltningschef och områdeschefer att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Samverkan med andra vårdgivare ingår också i MAS ansvar.

### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur vård- och omsorgsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Hälso- och sjukvårdsavtal mellan Region Skåne och de skånska kommunerna
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om habilitering i Skåne.
- Ramavtal kring personer över 18 år med psykisk

---

funktionsnedsättning/sjukdom.

- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Osby
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Helsa AB
- Regelverk för tandvårdsstöd i Skåne

Hälso- och sjukvårdsavtal:

*<http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%8Aarden-i-Ska%CC%8Ane.pdf>*

Den 1 september 2016 trädde det nya hälso- och sjukvårdsavtalet i kraft. Avtalet är ett utvecklingsavtal. Regionen ansvarar för läkarresursen och kommunen ansvarar för övrig personal såsom biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast (fysioterapeut) samt undersköterska.

Endast få patienter i Osby kommun har skrivits in i denna nya mobila vårdformen, främst beroende på läkarbrist i primärvården. I slutet av 2018 påbörjades planer för ett projekt med digitalt läkarstöd på distans. Förhoppningen är att det ska ge större möjligheter till ett bättre läkarstöd. Samarbetet mellan vårdcentralerna och kommunens hälso- och sjukvård är mycket gott och fungerar väl.

Region Skåne har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Samverkansavtal finns mellan vård och omsorg i Osby kommun och Helsa AB respektive Vårdcentralen Osby. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vid behov av akuta hembesök under dagtid då vårdcentralerna bedömer att de inte har möjlighet att göra hembesök hos listad patient, kan Falck Ambulans AB kontaktas. De läkarbemannade hembesöksbilarna har Region Skånes uppdrag att ansvara för akuta hembesök dygnet runt. Detta gäller såväl inom särskilt som ordinärt boende.

Det finns ett mobilt läkarstöd, en bil med sjuksköterska och läkare som utgår från sjukhuset i Hässleholm. Det mobila läkarstödet fungerar främst som sjukhusets förlängda arm och kan följa upp patienter som annars skulle behövt ligga kvar längre på sjukhuset. Bilen kan också kallas ut av primärvården om deras läkare inte har möjlighet att bedöma patienten. Bilen har varit i drift parallellt med Falcks hembesöksbilar. Vi har endast haft bilen ute vid enstaka tillfällen. De gånger den varit ute har det fungerat väl.

Under 2018 har andelen SIP, det vill säga samordnad individuell plan ökat. Fokus på SIP är starkt uttalat i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, SIP är ett krav för att bli inskriven i den nya vårdformen. Dock finns det fortfarande förbättringspotential. En gemensam handlingsplan finns upprättad tillsammans med vårdcentralerna för att få ett flöde i arbetet



---

med SIP. Arbetet försvåras genom att det stundtals varit svårt för vårdcentralerna med tillgång till läkare. Samtliga som flyttar in på SÄBO ska erbjudas SIP inom 3 veckor. I ordinärt boende har det fokuserats på att erbjuda en SIP till dem som är i störst behov av en samordnad vårdplan.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienter och i förekommande fall närstående ska

- ✓ medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner
- ✓ medverka vid upprättande av SIP – Samordnad Individuell Plan
- ✓ bli informerade om när nationella studier genomförs
- ✓ bli informerade vid utredning av vårdskador
- ✓ bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

## **Socialstyrelsens öppna jämförelser**

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

Här finns undersökningen i sin helhet:

<http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/aldreomsorg>

## **Samverkan med medborgare i övrigt**

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att

- ✓ ha en lättillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- ✓ medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer, mervetare, veteranerna etc.

En uppskattad seniordag har genomförts under året. Särskilt boende har bjudit in till anhörigträffar och i dagverksamheten har det arrangerats ett närståendecafé. Verksamheten arbetar mycket med att vara synliga på sociala medier och att bjuda in närstående vid aktiviteter.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Rapporteringsskyldighet**

All personal har skyldighet att rapportera vid risk för vårdskada eller vid händelser som kunnat medföra en vårdskada. All personal inom vård- och

---

omsorg får information om rapporteringsskyldigheten, dels vid nyanställning och därefter fortlöpande. Det gäller för såväl avvikelserapportering, lex Sarah och lex Maria.

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen. Under 2018 har ingen anmälan gjorts enligt lex Maria och 3 rapporter enligt lex Sarah har skickats till IVO. IVO har varit nöjda med de åtgärder som vidtagits.

## Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,*

Klagomål och synpunkter som skickas eller lämnas in till förvaltningen sammanställs i diariet samt hanteras av ansvarig chef som skyndsamt ska utreda synpunkten eller klagomålet samt lämna ett svar till den som lämnat synpunkten.

## Egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2*

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år	PPM-databasen
	1 gång per år	HALT- Senior alert
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Senior Alert
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger - RIVÖ	8 gång per år	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2 gånger per år	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Nattfasta	1 gång per år	Nattfastemätning

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

## Risikanalys

---

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Risicanalyser genomförs alltid i samband med verksamhetsförändringar och där beaktas även patientperspektivet.

De risker som vårdgivaren ser är främst risker i samband med vårdens övergångar, främst mellan olika vårdgivare. För att jobba med dessa finns en samverkansgrupp där representanter finns från kommun, primärvård och Hässleholms sjukhus. MAS samt vårdplanerare eller sjuksköterska från korttiden ingår i denna grupp.

## Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Beskriv händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

### Samverkan vid utskrivning – SVU

Från 1 januari 2018 började den nya lagen om samverkan vid utskrivning att gälla. Det innebar att processen med att ta emot personer som skrivs ut från slutenvården förändrades till att bli digital och att kommunerna skulle ta emot patienter inom 3 kalenderdagar efter utskrivning. I Skåne

Antalet avvikelser har ökat under året till stor del på grund av att arbetssättet har förändrats och att det tar tid för alla att hitta nya arbetsformer. Rutinerna på regionnivå har inte efterlevts fullt ut och flera samverkansforum har behandlat arbetssätt och metoder under det gångna året. Siffran inom parentes är de avvikelser vi fått sända till oss, där vi har orsakat avvikelserna.

Avvikelse till	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psykiatri, Kristianstad	0	0	1	0	0	1	0
Ambulans, Hässleholm	0	1	1	0	0	0	1
ASIH	0	0	0	0	0 (2)	0	0
Centralsjukhuset, Kristianstad	6	6	6	5	7	6	17
Sjukhuset, Hässleholm	2	6	6	4	7	5	2
Primärvård	0	0	0	0	2	1	1
<b>Totalt</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>21</b>

MASarna i Hässleholm, Osby och Perstorp har tagit initiativ till en samverkansgrupp kring avvikelser där vårdplanerare och sjuksköterskor

från kommunen träffar berörd personal från regionen och tillsammans går igenom aktuella avvikelser, gruppen kallas RIVÖ – risker i vårdens övergångar. Syftet med detta är att det fungerar som ett lärandetillfälle där personal kan utbyta erfarenheter och få förståelse för vilka konsekvenser olika händelser får så att de ska kunna förebyggas. Denna grupp är verksam i samverkan Hässleholms sjukhus och vi ser där en tydlig minskning i antalet avvikelser. Osby kommun har drivit frågan regionalt att få igång RIVÖ i samverkan även med CSK.

### **Förbättringsförslag 2019:**

**Fortsätta arbetet med RIVÖ samt medverka i olika samverkansforum för att påverka förbättringar av rutinen.**

## **RESULTAT OCH ANALYS**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### **Egenkontroll**

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Undvika undernäring	Undvika nattfasta längre än 11 timmar	Nattfastemätning	69% av boende på SÄBO har en ofrivillig nattfasta kortare än 11 timmar	Fortfarande kan resultatet bli bättre. Skillnader mellan enheterna. Använda kollegialt lärande.
Undvika betalningsansvarsdagar i slutenvården	Färre än 2,8 dagar enligt genomsnittsmodellen	Bevaka kvartalsrapporten	Genomsnitt 1,14 dagar	Förvaltningen har ett väl genomarbetat system för att ta emot patienter på ett effektivt sätt efter utskrivning.
Förebygga trycksår, undernäring och fall	Arbeta strukturerat med Senior Alert	Genomföra åtgärder vid risk	90% utförda åtgärder vid risk	En hög andel av åtgärderna genomförs

### **Läkemedelsgenomgångar**

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende som idag är ordinerade i medeltal 8–10 olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa

---

läkemedel, bland annat antipsykotiska läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter samt långverkande lugnande medel och sömnmedel. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar.

Enligt Socialstyrelsens indikatorer bör en minskning ske av följande:

- Olämpliga läkemedel
- Olämpliga läkemedelskombinationer
- Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre

Läkemedelsgenomgångar har genomförts inom hemsjukvård och SÄBO.

### **Nutrition**

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. För att motverka undernäring inom vård och omsorg i Osby kommun har nämnden antagit en nutritionspolicy.

Kosten som serveras på särskilda boenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med teamet runt patienten ansvarar för att en riskbedömning sker enligt Senior Alert. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas i teamsamverkan där dietist ingår.

Kommunens dietist svarar för utbildning av personal inom vård och omsorg. I samband med nutritionsproblematik såsom vid exempelvis palliativ vård eller där risk för undernäring och/eller trycksår föreligger har dietisten också en viktig funktion.

### **Nattfasta**

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida 11 timmar. Om nattfastan blir längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar även möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med lång nattfasta löper extra stor risk för undernäring.

	Nattfasta < 11 t	Nattfasta 11,1-13 t	Nattfasta över 13 t
Vecka 40 2018	69%	20%	11%

Vecka 40 2017	70%	17%	13%
Vecka 40 2016	72%	16%	13%
Vecka 47 2015	37%	33%	30%
Vecka 22 2015	31%	51%	18%
Vecka 9 2015	39%	45%	15%
Vecka 40 2014	44%	30%	27%
Vecka 17 2014	49%	35%	16%
Vecka 40 2012	45%	40%	15%
Vecka 12 2011	39%	44%	17%

Resultatet från nattfastemätningen visar att två av SÄBO-enheterna i kommunen lyckas bra med nattfastan. På övriga två SÄBO-enheter är inte resultatet lika bra, vilket drar ner helhetsresultatet. Det visar sig dock att ett idogt och envist arbete med nattfastan gör nytta.

### Förbättringsförslag 2019

Enhetschefen och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har en viktig uppgift med att driva nutritionsfrågorna på respektive enhet samt att vid behov involvera dietist när det behövs.

### Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av undernäring, trycksår och fallolyckor. Arbetet har inriktats mot teamarbete. Ett fantastiskt bra arbete av all personal, en väldigt hög andel utförda åtgärder vid risk, 90%, en rejäl förbättring jämfört med 2017.

Enhet	Andel utförda åtgärder vid risk i %		Andel riskbedömningar med risk	
	2017	2018	2017	2018
Lindhem	81%	98%	93%	96%
Rönnebacken	81%	92%	98%	92%
Bergfast	33%	98%	98%	91%
Soldalen	76%	95%	98%	88%
HTJ/HSV Osby	61%	79%	78%	74%
HTJ/HSV Lönsboda	68%	74%	93%	63%
Korttid/TH Osby	100%	85%	85%	100%
Korttid/TH Lönsboda	89%	100%	100%	100%
<b>Totalt</b>	<b>67%</b>	<b>90%</b>	<b>93%</b>	<b>88%</b>

---

## Fall och fallolyckor

Fall är farligare än vad folk i allmänhet tror. Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av de som efter ett fall får en höftledsfraktur (95% av höftledsfrakturerna orsakas av ett fall) kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20–25 procent. Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. En höftfraktur föregås ofta av flera fall.

Fall registreras i senior alert samt fallförebyggande åtgärder.

Under 2017 och 2018 såg antalet fall och allvarlighetsgraden på fallen ut så här:

Även antalet fall under 2016 redovisas.

År	2016	2017	2018	2017	2017	2017	2018	2018	2018
Enhet	Antal fall	Antal fall	Antal fall	Ingen skada	Mindre skada	Allvarlig skada/fraktur	Ingen skada	Mindre skada	Allvarlig skada/fraktur
Rönnebacken	125	153	127	120	26	7	92	32	3
Spången Trygg hemgång Osby	44	1	35	0	1	0	16	19	0
Lindhem	268	224	163	142	76	6	111	46	6
Bergfast	138	90	73	73	14	3	68	5	0
Soldalen	89	60	68	32	28	0	50	14	4
HSVOsby	108	121	94	82	34	5	56	33	5
HSV Lönsboda	84	76	83	56	19	1	49	32	2

Trygg hemgång Lönsboda	-	-	7	-	-	-	6	1	0
Totalt:	800	720	643	505	198	22	448	182	20

Senior Alert används i alla verksamheter för att riskbedöma för fall. Här registreras varje fall som en händelse med åtgärdsprogram och uppföljning. Lindhem startade under slutet av 2016 ett handlingsprogram för att förebygga fall. Efter utvärdering syns det att fallen på Lindhem har minskat. Vi ser en stadig nedgång i antalet fall vilket är mycket glädjande. Skadeverkningarna av fallen skiljer sig dock inte så mycket åt men även en liten minskning här får stora konsekvenser, såväl gällande konsekvenser för den enskilde som ekonomiska konsekvenser i verksamheten.

### **Förbättringsförslag 2019:**

**Fortsätta arbeta med handlingsprogrammet för fallförebyggande insatser.**

### **Munhälsa**

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende bör sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid den årliga munhälsobedömningen, som boende enligt lag har rätt till, för att få information om hur munhålan skall skötas. Personalen skall ges möjlighet att delta i den utbildning som utföraren av munhälsobedömningar ger. Det finns en samverkansöverenskommelse med Region Skåne om samarbete vid munhälsobedömningar och den överenskommelsen skall vara känd av alla berörda. Region Skåne har upphandlat munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av tandvårdsföretaget Oral Care AB.

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



År	2016	2017	2018
Enhet	Antal munbedömningar med någon grad 2 enligt ROAG	Antal munbedömningar med någon grad 2 enligt ROAG	Antal munbedömningar med någon grad 2 enligt ROAG
Rönnebacken	34	25	30
Spången Trygg hemgång	0	4	21
Lindhem	20	41	47
Bergfast	3	0	2
Soldalen	13	11	14
HSV Osby	7	12	10
HSV Lönsboda	0	2	2
Totalt	77	95	126

### Förbättringsförslag 2019

Munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av vårdplaner. Arbeta kontinuerligt med munhälsobedömningar samt utbilda ROAG-ombud. Fortsatt arbete med munhälsa i senior alert.

### BPSD

BPSD innebär beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och drabbar ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. BPSD-registret innebär ett strukturerat arbetssätt att arbeta tvärprofessionellt med vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

#### Totalt antal BPSD registreringar

År	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Antal kompletta bedömningar i BPSD-registret	130	158	160	186	217

Källa: BPSD-registret

#### Antal registreringar på respektive enhet

Enhet	2017	2018
Rönnebacken	57	53
Bergfast	11	18
Osby hemtjänst	3	1
Lindhem	76	75

Soldalen	39	70
----------	----	----

Samtliga verksamheter med personer med demenssjukdom och BPSD-symtom registrerar nu i kvalitetsregistret, dock med varierande frekvens. En handlingsplan finns för hur arbetet med BPSD ska ske i samtliga verksamheter.

Kommunen har tre BPSD-koordinatorer som ger stöd till verksamheterna och utbildar fler användare.

### **Förbättringsförslag 2019:**

**Registrera i BPSD-registret i samtliga verksamheter med fokus på implementering i hemtjänsten och dagverksamheterna.**

### **Palliativa registret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Värde i procent %

<b>Indikatorer i palliativa registret – år:</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Brytpunktssamtal	76	61	70	98
Utfört smärtskattning med validerat instrument	70	73	80	100
Ordination av inj-läkemedel mot smärta vid behov	97	97	95	98
Ordination av inj-läkemedel mot oro vid behov	84	85	88	98
Förekomst av trycksår vid dödsfallet	10	15	15	10
Någon närvarande i samband med dödsfallet		82	84	90
Erbjudande om eftersamtal till närstående		89	95	100
Munhälsobedömning		83	81	90

Källa: Palliativa registret

Samtliga indikatorer har förbättrats vilket är mycket glädjande. Smärtskattningen uppnår 100% vilket är mycket bra.

### **Förbättringsförslag 2019**

**Fortsätta det goda arbetet i samma riktning som har skett 2018.**

**Arbete med nationella**

**punktprevalensmätningar**

---

Under året har i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting SKL genomförts nationella punktprevalensmätningar.

### **Nationell punktprevalensstudie av trycksår**

På uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har en punktprevalensstudie genomförts för att visa på förekomst av tryckskador/trycksår. I Osby kommun genomfördes mätningen av sjuksköterskor och kontaktpersoner hos 147 vårdtagare i samtliga fyra äldreboende. En hudbedömning genomfördes på alla vårdtagare för att mäta förekomst av tryckskador och vilken kategori de tillhörde. Samtliga äldreboenden gör riskbedömning i Senior Alert.

Resultat 2009 – 2018:

År	Antal Vårdtagare	Antal med Trycksår	Andel i %	Trycksår Kat.1	Trycksår Kat. 2	Trycksår Kat. 3	Trycksår Kat. 4
2009	180	18	10	9	7	1	1
2010	167	13	8	8	3	1	1
2011	165	9	5	8	3	0	0
2012	162	14	9	6	6	1	1
2013	152	7	4	2	4	1	1
2014	147	6	4	3	1	1	1
2015	148	6	4	4	0	0	2
2016	153	10	7	6	5	2	1
2017	228	11	5	8	7	1	2
2018	145	23	16	21	11	4	4

Källa: Nationell punkt prevalensmätning trycksår – PPM-trycksår våren 2009-2018

2018-års mätning visade följande:

Antalet trycksår har tyvärr ökat under året.

Detta är en trend över hela Skåne och kräver ytterligare analys och tvärprofessionella åtgärder samt utbildning till personalen.

### **Förbättringsförslag 2019**

Tvärprofessionell analys av orsakerna till ökningen av trycksår. Rapport till MAS av alla som kommer från sjukhuset med trycksår. Fortsätta det strukturerade arbetet med senior alert. Varje vårdtagare med risk för trycksår ska ha en vårdplan med åtgärder för att undvika att tryck utvecklas.

### **Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler**

Bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom äldreomsorgen kan ge svåra följder främst genom spridning av antibiotikaresistenta bakterier och smittsamma sjukdomar till äldre personer med nedsatt motståndskraft.

På uppdrag av SKL har landsting och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg” (SOSFS 2015:10).

Metoden grundar sig på observationsstudier och genomförs genom att en sjuksköterska med specifikt intresse och kunskap för hygienfrågor gör 10 observationer per enhet. Varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.

I kommunen har observationer utförts i samtliga fyra äldreboende samt i hemtjänst/hemsjukvård Lönsboda respektive Osby. Totalt 6 enheter med totalt 60 observationer.

**Särskilt boende:**

**Ordinärt boende**

År	2016	2017	2018	2016	2017	2018
<b>Basala hygienrutiner vid vård- och omsorgsarbete</b>	%	%	%	%	%	%
Korrekt desinfektion av händerna före	88	75	70	70	75	65
Korrekt desinfektion av händerna efter	93	98	90	95	75	95
Korrekt användning av handskar	100	90	88	95	90	100
Korrekt användning av plastförkläde	93	63	70	55	90	75
Korrekt arbetsdräkt	95	95	98	60	90	100
Avsaknad av ringar, armband, klocka	98	95	95	80	95	85
Kort eller uppsatt hår	93	100	100	100	90	90
Korta naglar, ej konstgjort material	90	100	100	80	95	95

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

Fortfarande är följsamheten alltför dålig. Utbildning har skett under året av hygienombud samt hälso- och sjukvårdspersonal. All personal skriver också på att de tagit del av de hygienriktlinjer som finns. Ytterligare insatser och åtgärder behövs.

## HALT

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Andelen resistent bakterier ökar i världen till följd av bland annat en i vissa fall felaktig antibiotikaanvändning. HALT syftar till att kartlägga förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Istället riktar sig arbetet mot att förebygga infektioner med hjälp av god hygien och vaccinationer.

Osby kommun ligger under riket avseende användning av antibiotika vilket är positivt. Inga infektioner som förvärvats vid vård i Osby

---

kommun vilket även det är mycket positivt och en indikator på att rutinerna fungerar.

### Resultat

Indikator	Osby 2016	Osby 2017	Osby 2018	Riket 2016	Riket 2017	Riket 2018
Totalt antal vårdtagare i HALT-mätningen	137	157	97	12090	24846	14077
Antal vårdtagare med korttidsvård	13	11	1	153	694	108
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på enheten	2	2	0	212	368	195
Antal vårdtagare med antibiotika	8	1	2	406	730	422
Antal vårdtagare med profylax	4	1	0	109	138	82
Andel vårdtagare med antibiotika (prevalens)	5%	1%	2%	3%	2%	3%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	9	1	2	426	827	469

## Avvikelser

### Uppföljningar genom egenkontroll

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

### Extern läkemedelsgranskning

I december 2018 utfördes en extern läkemedelsgranskning av representant från Apoteket AB. Protokoll upprättades med åtgärdsförslag och läkemedelsrutin kommer att upprättas under 2019 med utgångspunkt från granskningsprotokollet.

### Avvikelser angående läkemedelshantering

Avvikelserna registreras i ett digitalt program för läkemedelshantering.

År	2015	2016	2017	2018
----	------	------	------	------

Rönnebacken	54	117	154	94
Bergfast	27	33	64	25
Lindhem	26	29	12	17
Soldalen	22	29	42	25
Omsorgen	0	0	10	2
HSV Osby	6	24	45	22
HSV Lönsboda	63	70	48	38
Totalt	198	302	375	223

Inrapporterade avvikelser har minskat från föregående år. Det är positivt att antalet avvikelser minskar men samtidigt väcks en oro över att alla avvikelser inte rapporteras in.

### **Förbättringsförslag 2019:**

**Införa e-läkemedel på samtliga enheter.**

**Utbilda all tillsvidareanställd personal i samband med delegation.**

**Förslagsvis vid APT en gång per år samt webutbildning.**

### **Dokumentation**

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

### **Journalgranskning**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört slumpmässiga journalkontroller inom samtliga verksamheter. Resultatet är överlag bra men aktuell vårdstatus lämnar fortfarande mer att önska. Till viss del beror det på att status är lite svårarbetat i journalsystemet.

### **Delegation**

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbrist-situationer. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade att regelbundet följa upp sina delegationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket innebär t.ex. att man inte

---

kan delegera katetersättning om man själv inte praktiserar detta. Varje enhet ska enligt § 2d HSL (1982:763) vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning. Delegeringsmöjligheten ska användas i undantagsfall.

### Delegationer från sjuksköterskor 2008-2018

År	Överlämning läkem	Ge insulin	Sondmat	Sår-oml	KAD-sättn	KAD-spoln	Sugn luftväg	Deleg. totalt
2008	346	63	69	33	27	40	0	578
2009	334	119	88	196	21	84	0	842
2010	368	103	89	241	21	84	0	906
2011	442	144	68	253	8	83	8	1006
2012	398	159	57	222	5	59	4	904
2013	392	144	73	215	0	74	0	898
2014	387	162	83	186	2	55	0	875
2015	355	163	105	218	1	55	0	897
2016	243	102	38	143	0	13	0	539
2017	80	30	9	55	0	2	0	176
2018	140	25	25	87	1	9	0	287

### Delegationer från fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter 2008-2018

År	Beh/träning	Bräda	Prof	Rollator	Korsett	Krage	Totalt
2008	5	2	0	0	0	0	7
2009	4	6	6	0	0	0	29
2010	0	2	1	0	0	0	16
2011	0	1	0	0	0	0	10
2012	0	0	0	1	0	0	10
2013	10	0	0	0	0	0	10
2014	0	0	12	0	0	0	44
2015	1	1	17	1	7	17	38
2016	0	0	5	0	0	35	40
2017	8	0	8	0	15	0	31
2018	12	0	10	0	0	0	22

Troligen kommer fortfarande inte alla kopior av delegationer in till MAS då antalet delegationer är lägre än förväntat. Behov finns av ett digitalt delegationssystem.

---

## Förbättringsförslag 2019

Införa ett digitalt delegationssystem som är inköpt för välfärdspengarna.

Strukturerad delegationsutbildning för tillsvidareanställd personal.

### Klagomål och synpunkter

Under 2018 har det inkommit 12 st synpunkter och klagomål. Av dessa var det 2 som endast berörde synpunkter, 10 var klagomål.

Synpunkter och klagomål hanteras av företrädesvis berörd chef eller i vissa fall MAS och svar skickas till den klagande. Synpunkten eller klagomålet lyfts sedan upp i verksamheten vid ett APT eller ledningsmöte för att delge all personal vad som inträffat och diskutera hur en liknande händelse kan undvikas i framtiden.

### Händelser och vårdskador

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen.

#### *Under 2019 har följande rapporterats in:*

<i>Typ av rapport</i>	<i>Antal</i>	<i>Antal till IVO</i>
Lex Sarah	16	3
Lex Maria	0	0
Anmälan till läkemedelsverket	4	0

Tre lex Sarah har bedömts som allvarliga och skickats vidare till IVO. Efter komplettering av ärendena har IVO varit nöjda med de åtgärder som vidtagits i verksamheten. Samtliga rapporter lyfts vid ledningsträffar för spridning på systemnivå samt delges nämnden.

### Medicinteknik

Medicintekniska produkter, MTP, används inom äldreomsorgen. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska och det skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat skall anges hur ofta översyn/kontroll skall ske för att produkten skall vara säker. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner. De kommunala riktlinjerna för



---

Medicintekniska produkter finns tillgängliga på såväl intranät som kommunens hemsida.

### **Medicinteknisk avvikelse**

4 avvikelser har anmälts vidare till Läkemedelsverket.

### **Periodiskt underhåll**

En sjuksköterska i Osby har som sitt ansvarsområde att se över alla rutiner samt ansvara för att alla kontroller blir utförda.

### **Rehabilitering**

Vid behov av rehabilitering skall en rehabplan upprättas, företrädesvis tillsammans med en vårdplan. Önskvärt är att upprättandet av vård- och rehabplan sker i teamsamverkan. Patient som har behov av arbetsterapeutisk eller fysioterapeutisk träning skall erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av behörig personal. Vid behov skall ett ADL- eller funktionsstatus upprättas.

Kommunen ansvarar för rehabilitering vid dagverksamhet, i särskilt boende, i korttidsboende och i ordinärt boende enligt gällande avtal med region Skåne, s.k. hemrehabilitering. Kommunen har också team i såväl Osby som Lönsboda som arbetar med Trygg hemgång, i samband med hemgång från sjukhus eller korttidsvistelse. Det arbetet är framgångsrikt då många vårdtagare skrivs ut från Trygg hemgång med inga eller få insatser från hemtjänst. Den enskilde får bättre förutsättningar för ett självständigt liv.

Under 2018 har teamarbetet gällande Senior Alert fortskridit på ett mycket framgångsrikt sätt. Resultatet för 2017 var väsentligt bättre än under 2016 men under 2018 har det nått nya höjder. Rehabpersonalen tillsammans med dietisten har drivit detta arbete på ett utmärkt sätt och arbetet med senior alert är nu verkligen teambaserat och implementerat i våra verksamheter. Rehabpersonalen genomför även förflyttningsutbildning för all personal. Rehabpersonalen är drivande i olika typer av utvecklingsarbete samt ingår i olika team inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde. Allt detta utförs på ett mycket förtjänstfullt sätt. Utvecklingsarbetet i denna grupp fungerar mycket väl.

### **Sjukgymnastens/fysioterapeutens insatser**

Sjukgymnasten/fysioterapeuten ansvarar för funktionsbedömningar, träning, rådgivning och utprovning av t.ex. gånghjälpmedel. Träningen ska leda till att bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras vidare till omvårdnadspersonal eller rehabassistenter.

### **Arbetsterapeutens insatser**

Arbetsterapeuten bedömer, stödjer och tränar förmågor som behövs för

---

att klara ett vardagligt liv. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och att sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Arbetsterapeuten förskriver hjälpmedel som kan underlätta rehabiliteringsprocessen.

### **Uppföljning av rehabiliteringsinsatser enligt EQ5D**

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

Verksamheten mäter vårdtagarens egen upplevelse enligt EQ-5D, som är ett standardiserat frågeformulär för att mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet hos patienter. I instrumentet ingår framöver fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, vardagliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. De allra flesta upplever såväl ökad livskvalitet som förbättrad rörlighet och ökad självständighet. I vissa fall förväntar man sig ännu större förbättring än vad som sedan faktiskt skett.

Gällande smärta och oro är resultatet ofta oförändrat när patienten själv skattar sin hälsa och situation. Rehabpersonalen upplever att personen är trygg och fungerar väl efter avslutade insatser. Vad den diskrepansen beror på är svårt att veta säkert.

Under 2019 kommer ett nytt bedömningsinstrument att användas som förhoppningsvis upplevs som tydligare av patienterna.

### **Måluppfyllelse efter rehabinsatser, utvärderat i IVP**

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

### **Uppföljning av rehabiliteringsinsatser av arbetsterapeut enligt AusTOMs**

Kommunens arbetsterapeuter har använt AusTOMs för skattning/utvärdering av arbetsterapiprocessen. Genom att använda AusTOMs kan man fastställa hur vårdtagarens status förändras efter en träningsinsats av arbetsterapeut. Fyra AusTOMs komponenter utgör basen för skattningen:

1. Funktionsnedsättning
2. Aktivitetsbegränsning
3. Delaktighetsinskränkning
4. Bekymmer/välbefinnande

Skattning sker från 0 till 5. Där högsta siffran anger ”ingen begränsning”.

Vid analys av de skattningar som gjorts avseende AusToms visar att rehabiliteringen och träningen av arbetsterapeut har mycket gynnsam effekt. Vid analys av de insatser som gjorts under två av årets månader visar att rehabiliteringsinsatserna har förbättrat vårdtagarens status i 98% av fallen vilket får anses som ett mycket bra resultat. De insatser

---

som görs av arbetsterapeuterna har mycket stor betydelse för såväl faktisk aktivitetsförmåga som vårdtagarens upplevda livssituation.

### **Vård och omsorg om personer med demenssjukdom**

Hög ålder är den största riskfaktorn för demenssjukdom. I Osby kommun beräknas ca 200-250 personer ha någon form av demenssjukdom.

#### **Verksamheter**

I kommunen finns 48 lägenheter som räknas som gruppboende för personer med demenssjukdom. Det finns dagverksamhet i Osby och Lönsboda som erbjuder aktiviteter, promenader och utflykter. I kommunen finns övergripande demensteam, kompetensgrupp kognitiv vård. I gruppen ingår silviaundersköterskor, demenssjuksköterska, äldrespecialistsjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt MAS. Gruppens ansvar är att omvärldsbevaka samt fungera som expertstöd till övriga verksamheter när behovet finns. Ett så kallat hemstödsteam i Osby har ansvar för hemtjänstinsatser till personer med demenssjukdom. Teamet arbetar med hög kontinuitet för att underlätta för vårdtagarna. I Lönsboda finns ett mindre demensteam som arbetar på liknande sätt.

Vid särskilt svåra omvårdnadssituationer finns handledning att tillgå från erfaren personal inom kommunen. För att ytterligare förstärka den möjligheten har en del av äldresatsningen satsats på vårdhund och vårdhundsförare. Vårdhundsföraren har stor erfarenhet av demensvård och arbetar dels med direkt patientkontakt, dels med handledning. Det är värdefullt att ha kompetens inom kommunen som kan handleda när behov finns. Under 2019 kommer möjligheterna att ta in vårdhundsförare att minska då äldresatsningspengarna från staten tagits bort.

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

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

#### **Förbättringsförslag 2019**

**Utveckla dagverksamheten till att även omfatta växelvård och flexibel avlastning.**

**Utbilda all personal i endagsutbildning kring BPSD.**

---

## **eHälsa och välfärdsteknik**

Olika typer av välfärdsteknik samt e-hälsotjänster underlättar såväl insamling av information till hälsodata- och kvalitetsregister, som en snabbare återkoppling till personal, huvudmän, myndigheter och invånare. Vidare skapar detta helt nya förutsättningar för forskningen om utfall och effekt av olika insatser. Användarvänliga och ändamålsenliga dokumentations- och beslutsstöd krävs för att personalen ska kunna samverka för att möta individens behov av koordinerade insatser och för att vid behov kunna dela relevant information med andra personalgrupper i en behandlingsprocess. Under 2018 fick kommunerna statligt stöd för att satsa på välfärdsteknik. För medlen köptes surfplattor, smart-TV, VR-glasögon, trygghetskameror in för att testa nya tekniska lösningar. Även program för digital kalender och digital delegation införskaffades. Under 2019 kommer denna utrustning att implementeras och testas i några av verksamheterna.

- Nationell patientöversikt – NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. För närvarande kan vår personal endast vara konsument i NPÖ, de kan alltså med vårdtagarens samtycke få tillåtelse att se regionens och primärvårdens journal. För att få säkrare övergångar mellan huvudmän är målet att även den journal som skrivs i kommunen ska kunna delas med andra huvudmän efter lämnat samtycke.
- Samordnad individuell plan – SIP görs när patienten har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när samordning av insatser kring en enskild individ behövs. Antal SIP:ar har ökat väsentligt under 2018. SIP har en central roll i såväl det nya hälso- och sjukvårdsavtalet som i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.
- Mobil signering av läkemedelshantering via e-läkemedel – för säker läkemedelshantering fortsätter att implementeras. Det används nu på alla vård- och omsorgsboende. I hemtjänst är det under implementering.
- Surfplatta används som möjlighet vid sociala aktiviteter för att använda Skype, spela filmer och musik samt söka information runt vårdtagarnas intresse och önskemål. Surfplattor är inköpta till HSL-personal för att smidigare kunna dokumentera på distans.
- Test av mobil dokumentation med flyttbart simkort har inte fallit så väl ut. Användningen har varit obetydlig. För att öka möjligheten till lättare användning har simkort placerats i datorerna. Fortsatt har viss ökning skett men inte i den utsträckning som önskas. Datorn ses ibland som ett hinder vid samtal, där behöver avvägning göras när det är

---

lämpligt eller ej.

- Digitala trygghetslarm är installerat hos samtliga vårdtagare. Dock förekommer en hel del problem med larmen när IT-enheten kör uppdateringar och servicefönster vilket föranlett diskussioner kring alternativa driftsformer och hur de skulle kunna utformas.
- Vårdplanering på distans har utförts i enstaka fall via skype. Telefon är fortfarande det vanligaste hjälpmedlet. Andra, digitala lösningar har ännu inte fått fäste. Under 2018 har arbete påbörjats i samarbete med Innovation Skåne, en del av region Skåne gällande läkarbesök på distans med Centrum för glesbygdsmedicin i Storuman som en förebild. Läkare, sjuksköterska och patient kommer att kunna mötas digitalt via skype. På sikt kommer det att finnas möjlighet till provtagning, ekg och auskultation på distans med hjälp av digital teknik. Här kommer fler skypemöten att ske samt även andra kontroller på distans.
- Kravspecifikation för upphandling av nytt verksamhetssystem har tagits fram. Den kommer att läggas ut under 2019. I kraven finns förfrågan om nya och moderna e-tjänster och fler möjligheter att skriva journal på distans.

### **Uppsökande verksamhet**

Vård och omsorg har sedan 2006 en uppsökande verksamhet gentemot personer 75 år och äldre som ej bor i särskilt boende. Från och med 2018 sker besöken istället till de som är 77 år och äldre, i ett projekt tillsammans med Högskolan Kristianstad. De allra flesta tackar ja till besöken. Vid besöket tas i regel följande ämnen upp till diskussion och information:

- sociala aktiviteter
- hälsa, syn och hörsel
- boendesituation
- aktuella läkemedel ev. olämpliga
- riskbedömningar och förebyggande åtgärder för
  - fallolycka
  - felnäring
  - kognitiva besvär
  - benskörhet

Under 2018 har 422 hembesök utförts. Uppföljningsbesöken har kompletterats med gruppträffar i både Osby och Lönsboda. Dessa träffar har varit uppskattade och kommer att fortsätta.

---

Under 2018 har två sjuksköterskor i Lönsboda och tre sjuksköterskor i Osby jobbat med uppsökande verksamhet vissa dagar, andra dagar arbetar de i hemsjukvården. De är då väl insatta i båda verksamheterna vilket förhoppningsvis kommer såväl vårdtagare som verksamheten till godo. Bokningarna sköts numera av assistenter för att använda allas kompetens på bästa sätt. Detta arbetssätt har fallit väl ut och måluppfyllelsen är god.

### **Screena för förmaksflimmer**

Sedan några år erbjuder man att ta ett tum-EKG för möjligheten att finna tidigare upptäckta och obehandlade förmaksflimmer. Många personer känner inte själva att de har ett förmaksflimmer. Obehandlade förmaksflimmer är en stor riskfaktor för att drabbas av stroke. Statistiskt sett kommer ca 20 % av personer med obehandlade förmaksflimmer att drabbas av stroke. Personer som drabbas av stroke pga obehandlat förmaksflimmer får oftast en mycket omfattande stroke, som kan leda till att patienten avlider eller får omfattande skador på hjärnan. Detta innebär stort personligt lidande och mycket höga samhällskostnader.

Sedan starten har den uppsökande verksamheten funnit strax över 20 nyupptäckta förmaksflimmer. Dessa personer har fått förebyggande antikoagulantabehandling.

Av detta kan man dra slutsatsen att enbart upptäckten av personer med förmaksflimmer och att de kommer till behandling, ger en årlig besparing motsvarande nästan hela kostnaden för den uppsökande verksamheten. Dessutom förhindras ett stort lidande.

Socialstyrelsen har under 2016 kommit med rekommendationer att inte screena för förmaksflimmer då man inte anser att det finns tillräckligt med underlag för att styrka nyttan av en sådan screening. I nordöstra Skåne fortsätter vi med screening i samarbete med Magnus Esbjörnsson, överläkare på Hässleholms sjukhus för att ha underlag till ytterligare studier.

### **Förbättringsförslag för 2018**

- Att fortsätta med gruppträffar och förbättra träffarna med fler kompetenser

## **Mål och strategier för kommande år**

För att möta den demografiska utvecklingen och de ökade kraven på kommunen som hälso- och sjukvårdsavtalet samt lagen om samverkan vid utskrivning medför är det viktigt att arbeta förebyggande. Den största effektiviseringen samt vinsten för varje individ är att undvika

---

ohälsa. Osby kommun har en lång tradition av att arbeta förebyggande på olika plan för att undvika att ohälsa uppstår.

### **Trygg hemgång**

99 personer har varit inskrivna i Trygg hemgång i Osby under 2018, en ökning med 28 personer jämfört med föregående år.

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

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård som trädde i kraft 1 januari 2018 har påverkat såväl Trygg hemgång som korttidsvården med ett snabbare flöde vilket ställt ökade krav på all personal att möta behovet och anpassa verksamheten.

### **Läkarmedverkan**

Fortfarande finns en tröghet gällande inskrivning i mobil vårdform och detta arbete behöver utvecklas. En svårighet är tillgången på läkare och ett sätt att möta behovet kan vara att ha visst läkarstöd digitalt. Arbetet med att lyfta frågan, såväl på tjänstemannanivå som på politisk nivå är viktigt. I Osby kommun står vi inför andra utmaningar än vad som är fallet i södra Skåne och nordostperspektivet behöver belysas i samtliga samverkansformer för att vi ska komma vidare. Ett samarbete har inletts med Innovation Skåne som syftar till att vi ska få tillgång till teknik som kan hjälpa till med läkarstöd i olika former. Dock är det många byråkratiska och administrativa hinder som vi inte råår över ensamma som försvårar arbetet. Ett ihärdigt arbete med att lyfta frågorna och att verka för att det ska komma till stånd krävs.

### **Arbetsterapeut och biståndshandläggare samarbetar vid biståndsbedömning**

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

fall gjort att en bedömning skett att den enskilde behöver mer insatser än han eller hon ansökt om. Detta arbetet har fortsatt under 2018 med positivt resultat. Ett bra arbetssätt som kommer att fortsätta.

### Framtidstrategier

Förbättringsområde	Ansvarig	Följs upp
Ofrivillig nattfasta ska inte överstiga 11 timmar för boende på SÄBO, dvs alla som så önskar ska erbjudas mat eller dryck som bryter nattfastan.	EC	Vid nattfastemätning
Antalet fall ska fortsätta minska, samtliga enheter ska arbeta fallförebyggande enligt handlingsplanen för fallprevention	EC	Kontinuerligt i senior alert samt i PSB
Teamarbete med samtliga områden i senior alert kontinuerligt inom samtliga enheter	EC, OAS, AT, SG/FT	Kontinuerligt i senior alert samt i PSB
BPSD-registreringar på samtliga enheter	EC, demenssjuksköterska	Kontinuerligt i BPSD-registret samt i PSB
Minska förekomsten av trycksår	EC, OAS, AT, SG	PPM-mätning, PSB
Ta fram en utbildningsplan för samtlig personal i trycksårsprofylax	EC, MAS, OC	Juni 2019
Gå med i Rikssår	MAS, OC	Juni 2019
Ta fram en utbildningsplan för utbildning av samtlig tillsvidareanställd personal avseende läkemedelshantering	MAS, OC, SSK med ansvar för läkemedelsutbildning	Juni 2019
Förbättra följsamheten till hygienrutinerna	EC	PPM-mätning
Utveckla digitalt läkarstöd	MAS, EC HSL	PSB
Ta fram en standardiserad process för introduktion av personal	OC, EC, MAS	PSB
Införa Nationell Vårdplan Palliativ vård NVP	MAS; EC	Dec 2019

### eHälsa - planering för 2019



- 
- Den elektroniska utvecklingen fortsätter inom vård och omsorg med bl.a.:
  - Mobil signering av läkemedelshantering via eLäkemedel – för säker läkemedelshantering – fortsatt implementering i hemtjänst.
  - Mobil dokumentation via Laptops, surfplattor och smartphones.
  - Upphandling av nytt verksamhetssystem.
  - Fortsatt arbete med att införa ledningssystemet till vissa delar i Stratsys som är ett verksamhetssystem där ledningssystemet kan ingå.
  - Implementering av välfärdssatsning från 2018
  - Uppdatera e-hälsoplan med införande av ny välfärdsteknik
  - Fortsätta öka antalet SIP
  - Implementera digitalt läkarstöd i samråd med primärvård och Region Skåne