

Patientsäkerhetsberättelse

Sektor Omsorg

Sammanställt av Maria Lohrant, medicinskt ansvarig sjuksköterska

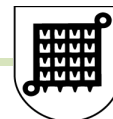
2018



Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska innehålla uppgifter om hur man under det gångna året arbetat med patientsäkerhetsarbetet och hur man samverkat för att förebygga risker och vilka egenkontroller man gjort för att mäta vårdkvalitén.

I berättelsen ska vårdgivaren redovisa avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt om händelser utretts enligt patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.



Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	7
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Riskanalys.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Klagomål och synpunkter	14
Sammanställning och analys	15
Samverkan med patienter och närstående	17
Resultat.....	18
Övergripande mål och strategier från föregående år.....	26
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	27



Sammanfattning

Det har hänt mycket under 2018!

Digitalisering Loggbara läkemedelsskåp på SÄBO. Digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Diktat via app i telefon för legitimerad personal.

Dokumentation Medicinsk sekreterare dokumenterar diktat från legitimerad personal. Arbete med KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder) startats upp 2018.

Läkemedelshantering En oberoende granskning av vår läkemedelshantering är utförd av leg. farmaceut. Vi har investerat i nya, loggbara läkemedelsskåp på SÄBO och i hemsjukvården. Arbete med digital signering har påbörjats under 2018.

Vårdhygien Hygienombuden genomför självskattning av basala hygienrutiner 4ggr/år. Följsamheten till basal hygienrutiner är hög, 100% i senaste mätningen!

Demensvård Ny personal går webbutbildning i demensvård. De får även delta i intern utbildning i demensvård innan de börjar arbeta. Kommunen har nu certifierade utbildare i BPSD.

Utbildningsinsatser

- Utbildning för Samverkande sjukvårdsuppdrag. D-HLR, RETTS, behandlingsriktlinjer. Sjuksköterskor.
- ICF med KVÅ-koder, sjuksköterskor
- Utbildningsinsats inom psykiatri
- Grundutbildning i Senior Alert planeras in i årshjul
- Utbildning i palliativ vård

Genomförda egenkontroller på SÄBO visar bra resultat. Målet med nattfasta på max 11 timmar är uppnått och antal personer med BMI mindre än 22 minskar. Det är i år 27%. Den vanligaste orsaken till risk för undernäring som har identifierats är bakomliggande sjukdom.

Även en del personer i ordinärt boende har fått riskbedömning i Senior Alert i år.

Trycksårsfrekvensen ligger på 13% av alla registrerade i Senior Alert.

Resultaten i Palliativregistret ligger på ungefär samma nivå som tidigare.

Antalet fall ökar i antal mot förra året och antalet allvarliga skador är något fler. Vi kommer fortsätta att satsa på balans- och styrketräning ihop med förebyggande åtgärder som halksockar, fallskyddsmattor och dyl. Rehabiliteringsassistenter har anställts under året för att arbeta förebyggande.



Övergripande mål och strategier

I kommunens övergripande verksamhetsplan finns inga specifika mål för den kommunala hälso- och sjukvården. Men några mål påverkar patientsäkerheten i rätt riktning. Tex.

- God och vällagad mat i egna kök. När maten smakar bra äter man bättre och risken för undernäring minskar.
- att få bo tillsammans på äldreboendet även om bara den ena parten har omsorgsbehov ökar trygghet och nöjdhet och bidrar till en god psykisk hälsa.
- heltidstjänster inom äldreomsorgen ökar kontinuiteten i personalgrupperna vilket är positivt ur patientsäkerhetssynpunkt.

Äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården har fortsatt arbetat i linje med regeringens mål och VästraGötalandsregionens satsning på "Bättre liv för sjuka äldre".

Fokusområden är:

- SIP, Samordnad Individuell Plan där kommunen jobbar efter rutiner framtagna av regionen och använder regionens webbutbildning om SIP.

- Mobil närsjukvård, Målet är att erbjuda de mest sjuka äldre primärvård/specialistvård via hembesök.

- Kunskapsbaserad vård. Vi arbetar enligt nationella och regionala riktlinjer och använder oss av kvalitetsregister för att kunna leverera en patientsäker vård av hög kvalitet.

- God och säker läkemedelsbehandling. Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enl. regionens medicinska riktlinje. Olämpliga läkemedels ska undvikas om de går. Patienterna ska få rätt medicin i rätt dos vid rätt tid! Hanteringen ska vara säker. Arbetet med digitala signeringslistor har startats upp under december 2018 och planeras vara breddinfört februari 2019. Loggbara läkemedelsskåp finns nu på i stort sett samtliga SÄBO-platser.

- Trygg och säker vårdövergång. Nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta kräver ett nytt arbetssätt som har startats upp under 2018. Arbetet fortsätter under 2019.

Dessutom ska vi i arbetet med äldre;

- Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.

□



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Kommunstyrelsen ansvarar för att;

- den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagets krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i Färgelanda kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

Socialchef/Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns

MAS ansvarar för att;

- rutiner för hälso- och sjukvårdsarbete finns och är kända av personalen
- behovet av läkarkontakt tillgodoses
- att delegeringar utförs så att patientsäkerheten bibehålls
- rutiner finns för säker läkemedelshantering
- anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada
- kontrollera att krav och mål uppnås

Enhetschefer ansvarar för att;

- se de olika processerna i verksamheten
- att personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Stödfunktioner;

Vårdhygien - hygiensköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården

- utarbetar kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet
- erbjuder regelbunden utbildning och rådgivning
- skapar verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard

Tandvårdsenheten

- erbjuder årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård



Struktur för uppföljning/utvärdering

Resultat av egenkontroller och uppföljningar sammanställs fortlöpande och läggs in i kvalitetsledningssystemet.

MAS och enhetschefer analyserar först var för sig, och sedan tillsammans resultaten och presenterar på ledningsgrupp, äldrechefsmöten och APT. Personalens delaktighet med erfarenheter och förslag är viktig för att driva kvalitetsarbetet framåt.

Vid dessa möten på både lednings- och verksamhetsnivå, utvärderas resultaten och man tar ställning till hur det fortsatta arbetet skall bedrivas, om insatser behövs och vilka delar man ska satsa på.

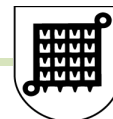
På ledningsgruppsmöten deltar socialchef/verksamhetschef samt utvecklingschef och görs då uppmärksamma och delaktiga i verksamheternas resultat och planering av åtgärder.

Åtgärder planeras och läggs in i kvalitetsledningssystemet där tidsplan och resultat visas.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs för nämnden. Då redovisas det viktigaste och ev. nytt innehåll.

2018 genomfördes kvalitetsveckan i alla verksamheter inom sektor omsorg. "Kvalitetsveckan" ger en tydligare koppling till vårt ledningssystem då det är ett tillfälle att se sammanhanget mellan aktiviteter, egenkontroller och åtgärder och resultaten som levereras.



Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroller i kommunal hälso- och sjukvård.

Regelbundna loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Magna Cura.

Journalgranskning av leg.personals journalföring.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) av fall-trycksår-nutrition-munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av fallrapporter/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

punktprevalensmätning av trycksårshälsa på SÄBO enl. Senior Alert. (nationellt kvalitets register)

Registrering i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Registrering i BPSD (nationellt kvalitets register)

Uppföljning av läkemedelsavvikelser/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av regionen.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Utförs av leg. apotekare.

"Egenkontroll - vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg" har genomförts under våren 2017. Utarbetad av Vårdhygien, NU-sjukvården.

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. 4ggr/år

Deltar i HALT, Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar.

Regelbundna loggkontroller i SAMSA (system att följa vårdprocessen vid in och utskrivning från slutenvård)



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

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- Arbetet med att registrera KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder) har påbörjats.
- Medicinsk sekreterare har anställts i syfte att omfördela tid som legitimerad personal lägger på dokumentation. Diktafoner har använts i pilot och arbetssättet förväntas vara breddinfört med app i telefon under februari 2019. Detta arbetssätt förväntas höja patientsäkerhet då legitimerad personal har möjlighet att diktera direkt efter ett besök medan händelsen är dem färsk i minnet. Det förväntas även få effekt i att legitimerad personal frigörs tid till att utföra uppgifter som endast legitimerad får utföra. Dessa uppgifter ökar i och med skärpt lagstiftning.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsinsatser som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- Ny personal på demensenheter har fått utbildning för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har utbildat två utbildare inom systemet och blir på så vis självförsörjande vad gäller fortbildning inom BPSD för nyanställd personal. Det planeras in utbildningar i ett årshjul.

Fallprevention

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker för fall i Senior Alert.
- Erbjuder höftskyddsbyxor för de vårdtagare med identifierad fallrisk för att undvika höftfrakturer.
- Erbjuder halkskyddssockor för de vårdtagare med identifierad fallrisk.
- Det finns ett plexiglasskydd, halvskydd, till säng att erbjuda i de fall där vårdtagare är benägna att rulla ur sängen.
- Det finns tryckfördelande matta brevid sängen i de fall vårdtagare har benägenhet att rulla ur sängen.
- All personal, både baspersonalen och legitimerad personal har genomgått grundutbildning i senior alert för ökad förståelse för förebyggande arbete.
- Två nya typer av lyftar har inhandlats där vårdtagaren reses upp till sittande ställning efter fall. Den här typen av lyft är lättare att använda i trånga utrymmen och patienten behöver inte flyttas på golvet i samma utsträckning för att få plats att komma upp. Den är även lättare för personalen att hantera mobilt.

Nattfasta

- Fortsatta egenkontroller för att minska nattfastan för boende på SÄBO

Palliativ vård

- All personal, både baspersonal och legitimerad personal har genomgått palliativ webbutbildning.
- En struktur har skapats som stöd för sjuksköterskorna vid efterlevandesamtal.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. apotekare.



- Utbildning för sjuksköterskor av apotekare om läkemedel och äldre
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som är delegerad enligt årshjul.
- Loggbara läkemedelsskåp på i stort sett alla SÄBO
- Digital signering. Utbildning av legitimerad personal under senare delen av 2018 för att komma i full drift under januari 2019.

SIP

- Ett nytt arbetssätt har påbörjats utifrån ny lagstiftning (Lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården).

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det har delats ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Rutin har skapats för att säkerställa hantering av antidecubitusmadrasser (madrasser som motverkar trycksår).

Nätverk

- Kommunen har representanter i nätverk om palliativ vård, vårdhygien och demens för att få till sig det senaste inom dessa områden.

Rehabilitering

- Rehabiliteringsassistenter har använts först under ett halvår på test och sedan blivit fastanställda då arbetet föll väl ut. De frigör tid för arbetsterapeuter och fysioterapeuter så att de kan utföra arbetsuppgifter som endast legitimerad personal kan utföra. Det har medfört att fler har kunnat genomföra träningsprogram och träning i grupp har ökat.

Delegerade uppgifter

- Rutin och struktur har skapats för hur delegerade uppgifter beställs från hemsjukvård till hemtjänst.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering
- MAS-möten med legitimerad personal
- Närsjukvårdsmöten 2ggr/termin. Hemsjukvård/vårdcentral/folktandvård/ambulansvården
- Avtal med primärvården om läkarinsatser för patienter i hemsjukvården och boende på SÄBO. Dessutom viss handledning och utbildning för personalen.
- Möte med lokala IT-enheten 3-4 ggr/termin
- Årliga möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Regionalt

- Representanter från regionen bjuds in till lokala närsjukvårdsmöten. Inbjudan görs till den verksamhet där frågor behöver diskuteras. Regionen kan från sitt håll bjuda in sig till dessa möten för information och diskussion.
- Nätverk för;
 - legitimerad personal (rehab, palliativvård, vårdhygien, demens)
 - MAS:ar i Fyrbodal och VG-regionen
 - enhetschefer för legitimerad personal
 - socialchefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård
 - Avtal med regionen för upphandling av Nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
 - Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
 - Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
 - Vård & Omsorgscollege i Fyrbodal. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.
 - Samarbete med samverkande sjukvård
 - Vårdsamverkan i arbetsgrupper kring säker hemtagning från slutenvården



Risikanalys

Vår rutin följer rekommendationerna i Socialstyrelsens Handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk& händelseanalys. Rutinen är en kort beskrivning av hur riskanalys skall utföras. Handboken används som stöd vid genomförande av riskanalyser.

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalys är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

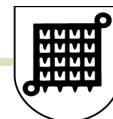
Det är önskvärt att arbetet med riskanalyser påbörjas i samband med planering eller utveckling av en process, finns med under hela processens livscykel och justeras successivt när ny kunskap eller avvikelser kommer fram.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalys.

En riskanalys kan utföras både på lokal verksamhetsnivå och på övergripande organisatorisk nivå. Den kan avse en befintlig arbetsprocess eller göras inför en förändring.

En analys på lokal nivå utförs på enhetens egna processer eller i samarbete med närliggande enheter på gemensamma processer. Lättast att påverka är de egna, lokala processerna.

En analys på övergripande organisatorisk nivå kan göras inför större förändringar som påverkar flera verksamheter. Riskanalys på övergripande nivå är ofta mer komplex och tidskrävande än en analys på lokal nivå.



Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i avvikelsemodulen i Magna Cura.

I rapporten beskrivs hur händelsen tas om hand, omedelbart samt på lång sikt. Här finns även möjlighet att kort beskriva orsak till händelsen om man vet detta.

Samtliga rapporter skall kvitteras av leg.personal, enhetschef samt MAS i nämnd ordning. Vid allvarliga händelser informeras MAS direkt som utreder och tar ställning till om en anmälan om vårdskada eller risk för vårdskada enl Lex Maria skall göras.

Avvikelser med medicintekniska produkter kan även bli aktuella för anmälan till Läkemedelsverket och tillverkare.

MAS gör varje månad en sammanställning av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser som mailas ut till leg.personal och enhetschefer och redovisas i kvalitetsledningssystemet.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och vad man ev. skall åtgärda för att det inte skall inträffa igen.

De avvikelser som dominerar är läkemedelsavvikelser med kvarglömd dos samt fallrapporter.



Klagomål och synpunkter

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns. Dessa kan mottas både skriftligt och muntligt. Även anonymt, med då kan man inte få någon återkoppling. Blankett för klagomålshantering finns på kommunens hemsida, på medborgarkontoret, samt ute på boendeenheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar ev. åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärendena tas upp på APT och ev. ledningsgrupp eller äldrechefsmöten om de berör flera enheter eller hela verksamheten. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetssätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete.

Under 2018 inkom ett klagomål på hälso- och sjukvården.



Sammanställning och analys

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Ett ärende är anmält till IVO, för allvarlig vårdskada.

Ett klagomål har inkommit på ny upphandling av inkontinenshjälpmedel och ett klagomål på hantering av ärende.

Vårt eget system för avvikelshantering visar att;

Det sker ett aktivt proaktivt arbete genom kvalitetsregister och omvårdnadsplaner med fallförebyggande åtgärder. Detta till trots har antal fall ökat under 2018. Det har varit 8 fall som lett till allvarliga skador.

I 17% av alla dokumenterade fall bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en minskning totalt sett från förra året då höftskyddsbyxa användes i 50% av fallen. Vid risk för fall erbjuds den enskilde höftskyddsbyxor. Halksockar används framför allt på natten. Fortfarande sker de flest fall under natten.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat i antal under 2018. 48% av avvikelserna handlar om kvarglömd dos, 22% om givet läkemedel men glömd signering och 12% saknas läkemedel.

4 avvikelser med medicintekniska produkter.

Vi har skickat

- 7 avvikelser till NU-sjukvården (flera avvikelser rör SAMSA)
- 8 avvikelser till Närhälsan Färgelanda och Bäckefors

Vi har mottagit

1 avvikelser från NU-sjukvården som handlar om medföljande personal till sjukhus.

Analys

Under 2018 har antalet avvikelser i den egna verksamheten ökat. Vi har skickat något färre avvikelser än förra året.

Antalet fallrapporter ökar och allvarliga skador i samband med fall har ökat. Vi har arbetat aktivt med att erbjuda höftskyddsbyxor (kostnadsfritt), halksockar, fallskyddsmattor och träning. Många nekar till frakkturförebyggande åtgärder i form av höftskyddsbyxa, vilket är frivilligt. Samtliga patienter inskrivna i hemsjukvård får minst årligen en läkemedelsgenomgång av distriktsläkare.

Efter riskbedömningar i Senior Alert tar sjukgymnast fram individuella övningar till vårdtagarna som omsorgspersonalen eller rehabiliteringsassistenter stöttar patient att utföra. Regelbundet återkommande grupp-gympa arrangeras på SÄBO och målet är att det ska erbjudas på alla äldreboenden i kommunen.

På demensheterna jobbar man med BPSD och den genomsnittliga NPI-poängen är lägre på våra boenden jämfört med riket. Rörelsefriheten är stor för personer med demenssjukdom och skyddsåtgärder används inte. Det gör att många fallrapporter handlar om att personer "rullat ur sängen", "kanat ur fåtöljen" eller går iväg och glömmer rollator eller att man faktiskt inte kan gå längre. Dessa incidenter genererar många fallrapporter men sällan skador. Med BPSD arbetar vi även aktivt med bemötandeplaner. I genomsnitt ligger Färgelanda högre i andel bemötandeplaner än riket. 100% av de registrerade i BPSD-registret har bemötandeplan.

Läkemedelsavvikelserna ökar i antal. Sjuksköterskorna arbetar mer medvetet med att kontrollera signeringslista vid månads slut och att skriva avvikelser där det saknas signering. De följer upp med personal vad som skett.



Det har förekommit ett svinn av läkemedel på olika enheter under sommar/ höst. Svinnet har näst intill upphört efter införandet av loggbara läkemedelsskåp. Det finns fortfarande enstaka doser som inte är signerade och inte kan härledas vart de tagit vägen, men det är inte i samma omfattning. Händelserna har polisanmälts.



Samverkan med patienter och närstående

Kommunens pensionärsråd ställer frågor och informeras om kommunal hälso- och sjukvård..

Enhetschefer anordnar närståendeträffar där även sjuksköterskor deltar med information och svarar på frågor.

Vårdtagare får upprepade erbjudande om riskbedömningar och förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist, riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion enligt Senior Alert.

Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården.

Vid läkemedelsgenomgång skall vårdtagarens och ev. närståendes synpunkter och önskemål efterfrågas.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande. Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Möjlighet finns alltid att både skriftligt och muntlig framföra ris och ros för att bidra till kvalitetsutveckling av verksamheten.

Anhörigstödjare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga.



Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Läkemedel och äldre

För att få ökad kunskap och ökad medvetenhet har sjuksköterskor i kommunen 2018 fått utbildning av apotekare om läkemedel och äldre. Under 2017 var konsumtionen av olämpliga läkemedel stor. Ett förebyggande arbete med tex omvårdnadsåtgärder som BPSD-åtgärd är att föredra. Vissa gånger fungerar det inte med enbart omvårdnadsåtgärder och då måste läkemedel sättas in. Detta ansvarar läkare för.

Kommunen har önskat öka kompetensen inom BPSD som metod och har utbildat 2 sjuksköterskor till utbildare för att hålla kunskapen levande både inom sjuksköterskegruppen och hos baspersonalen.

Delegeringsutbildningen har uppdaterats och arbetats om för läkemedelshantering och kring diabetes och insulin. Det har även arbetats fram en ny delegeringsutbildning för peritoneal dialys (dialys i bukhinnan) och för venprovtagning.

Kommunen har investerat i nya läkemedelsskåp på SÄBO och de flesta boende på SÄBO har loggbara skåp. Det finns även loggfunktion på läkemedelsskåp på sjuksköterskeexpeditionerna (KAF och patientbundna).

Arbetet med digital signering har startats upp under 2018 och är breddinfört februari 2019.

Dokumentation/ kommunikation

Under 2018 har SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation) implementerats. Detta för att ett strukturerat sätt att rapportera till egen yrkeskategori eller till annan yrkeskategori ska kunna säkerställas.

Medicinsk sekreterare har anställts för att i första hand dokumentera för legitimerad personal. Detta förväntas frigöra tid för legitimerade till att kunna utföra sådana uppgifter som endast legitimerade kan utföra. Det innebär en kvalitetshöjning att rätt person gör rätt sak samt att leg. personal dikterar direkt efter ett utfört besök, när händelsen är nära i minnet.

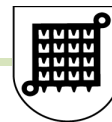
Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter har anställts för att avlasta fysioterapeuter och arbetsterapeuter med ex genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i gruppgymnastik på SÄBO. Antal fall har ökat under 2018 jämfört med föregående år. I störst utsträckning sker fall på SÄBO demens.

Fallstatistik 2018													
Enhet	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Totalt
Hävestensgården	17	7	8	9	16	11	27	12	26	31	16	39	219
Lillågården	2	1	5	6	8	1	5	7	6	3	6	6	56
Solgården	2	2	2	4	6	4	6	2	6	3	1	7	45
Hemtjänst	10	15	24	16	6	17	12	12	14	10	15	14	165
LSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Allvarlig	1	0	0	3	0	1	0	0	0	2	0	1	8
Antal	32	25	39	38	36	34	50	33	52	49	38	67	
Totalt	493												

Palliativt arbete

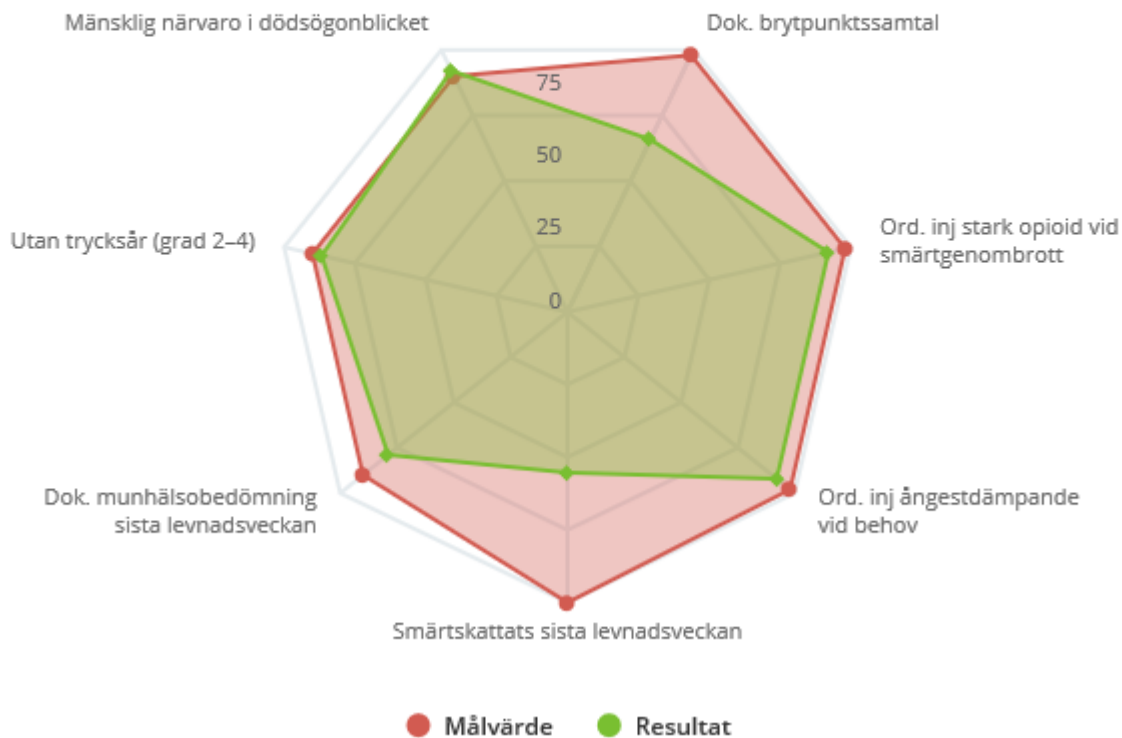
Det har genomförts webbutbildning för baspersonal och legitimerad personal i Senior Alert och i palliativ vård för en ökad kompetens. Resultatet visar att vi har hög mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Vi behöver arbeta vidare med att använda validerade instrument att smärtskatta



sista levnadsveckan.

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2018-12



Psykiatri

För ökad kunskap inom det psykiatriska fältet har föreläsning anordnats kring dubbeldiagnoser. Det deltog både baspersonal och legitimerad personal i föreläsningen.

En utbildning om avlastande samtal har genomförts för legitimerad personal.

Vårdhygien

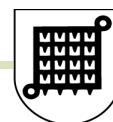
Det hålls träffar med hygienombuden med halvårsintervall. Kommunen ligger bra till i egenkontrollen av basala hygienrutiner med 100% rätt jobbat vid senaste mätning.

En ökad nattbemanning där två undersköterskor arbetar i team med en sjuksköterska frigör tid för sjuksköterskan att ägna sig åt hälso- och sjukvårdsuppgifter nattetid.

Redovisning av genomförda egenkontroller

Avvikelsehantering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Omhändertagande av avvikelserapporter i Magna Cura	Halvår	Legitimerad personal, enhetschefer och MAS skall läsa, vb kommentera och alltid kvittera alla avvikelser. Avvikelserna skall används som underlag för förbättringsarbete.	88% av avvikelserna är signerade av legitimerad personal under andra halvåret. Totalt är 75% signerat av chef. Av de avvikelser som hanterats av legitimerad personal har chef signerat



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			83%. Detta är en förbättring från tidigare år.

Lex Sarah

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Årlig information av enhetschef.	År	Alla enheter inom Sektor Omsorg skall senast sista februari maila APT protokoll från årets första APT där det framgår att information om Lex Sarah lämnats.	Samtliga enhetschefer inom vård- och omsorg har informerat om skyldigheten att rapportera missförhållanden under APT-tid 2018.

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Kunskapstest	År	Kvaliteten på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	Utbildning i läkemedelshantering har omarbetats och uppdaterats. Utbildningen har tagits väl emot. Det har även skapats en utbildning och kunskapstest kring venprovtagning och kring PD (Peritoneal Dialys) att använda inför delegering.

Demensvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudas en skattning var 6:e mån.	Under året har sammanlagt 42 personer skattats utifrån beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Det har genomförts totalt 96 skattningar. Genomsnittlig NPI-poäng på våra boenden är 13,17 under 2018 jämfört med rikets 19,8. 100% av de skattade har en bemötandeplan vilket skulle kunna förklara de låga NPI-poängen.

Loggkontroll Magna Cura

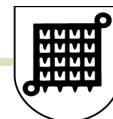
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll i Magna Cura	Kvartal	Kontroll görs så att ingen personal tar del av information som man inte behöver i sitt yrkesutövande.	Loggkontroll genomförd 181001-181231 på slumpvis utvalda personal på Lillågården. Inga överträdelser funna. Aktivitet ser olika ut.

Magna Cura - verksamhetssystem

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll i Magna Cura	Kvartal	Kontroll görs så att ingen personal tar del av information som man inte behöver i sitt yrkesutövande.	

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Journalgranskning	År	Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.	Granskningen för hälso- och sjukvårdsdokumentation 2018 visar att sjuksköterskorna har börjat arbeta mer aktivt med vårdplaner. De använder sig av de instrument av validerade riskbedömningsinstrument som erbjuds i Senior Alert och väver på så vis ihop användandet av kvalitetsregistret. Journalgranskningen tyder på att sjuksköterskorna arbetar både preventivt och agerar på akuta situationer som uppkommer. Ett fortsatt arbete med än mer tydliga vårdplaner är tänkt för 2019.



SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	75% av leg. personal kommunrehab loggade. Inga överträdelser funna.

Senior Alert

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Utförda riskbedömning i Senior Alert	År	Målet är att minst 90% av boende på SÄBO ska ha fått en riskbedömning med åtföljande åtgärder och uppföljning under året.	
● Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h hos minst 80% av boende på SÄBO.	Nattfastemätningen under oktober visar att vi fortfarande håller nattfastan i ett medelvärde under 11h. De individuella variationerna är stora. Det är 11% som nekar mellanmål då de är vakna under natten.
● Uppföljning av fallrapporter/statistik	År	Målet är att antalet fall skall minska	Antal fall har ökat 2018 och då främst under Q4. Höftskyddsbyxa har använts i 16% av fallen. De flesta fallen sker under natten i sovrummet på SÄBO. 8 av fallen bedöms som allvarliga utifrån att de givit allvarligare konsekvenser. Ett av fallen är anmäld som allvarlig värdskada enligt Lex Maria.
● Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	År	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	<p>Det är fler av de inskrivna i hemsjukvården som fått en riskbedömning i Senior Alert under 2018 (110) än under 2017 (97). Det beror på att sjuksköterskor har genomfört riskbedömningar även i ordinärt boende. Tidigare har riskbedömningar enbart genomförts på SÄBO.</p> <p>Det totala antalet trycksår registrerade i Senior Alert har minskat jämfört med 2017. Antalet allvarliga trycksår har ökat till antal. Det är 4 stycken= 21% trycksår kategori 3 och 2 st=11% trycksår kategori 4 under 2018.</p> <p>En övergripande positiv trend syns med bla ökat bruk av tryckavlastande medel, kroppspoititioner, mellanmål, minskad nattfasta, berikning av kost och konsistensanpassning mm för att förebygga trycksår. Då det totala antalet trycksår har minskat skulle man kunna säga att resultatet är positivt trots att det är fler allvarliga trycksår.</p> <p>Att antalet allvarliga trycksår har ökat trots att de förebyggande åtgärderna genomförs i högre utsträckning kan tyda på att de inskrivna i hemsjukvården har en komplexare bild av multisjuklighet och sammansatta besvär. Det är tex fler under 2018 som bedöms ha tx nedsatt känsel och nedsatt hudelasticitet som bakomliggande orsak. Det är även fler som fått bedömning om att huden utsätts för ökat tryck och skjuvkraft vilket skulle kunna betyda att man själv har svårt att genomföra förflyttningar.</p>
● Uppföljning av nutritionsbedömning i Senior Alert	Halvår	Senior Alert ger information om antalet vårdtagare med BMI <22 och vikt nedgång med >5% sedan senaste mätning. Resultaten ska följas upp regelbundet och vara en del av utvärderingen av kvalitetsarbetet inom området nutrition.	Färre personer har ett BMI <22 under 2018, 27% mot 2017, 31%. Det är fler som bedöms ha sjukdom som bakomliggande orsak för risk att bli undernärda 2018, 66% mot 2017, 44%. Andra bakomliggande orsaker som svårigheter att svälja 15%, 2018 mot 5%, 2017) och funktionella svårigheter att äta (22%, 2018 mot 6% 2017) är även de faktorer som har ökat under 2018. En tolkning av resultatet är att de



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			inskrivna i hemsjukvården har en mer komplex sjukdomsblid än tidigare men trots det lyckas antal med lågt BMI bli färre pga preventivt arbete.
● Uppföljning av munhälsobedömningar i Senior Alert	År	Har alla på SÄBO erbjudits munhälsobedömning? Visar resultatet att förbättringsåtgärder behövs?	Under 2018 genomfördes 181 riskbedömningar för nedsatt munhälsa. 54 personer bedömdes ha risk för nedsatt munhälsa. 22% visade att tandläkare behövde konsulteras. I 71% av riskbedömningarna kunde personal åtgärda själv.
● Uppföljning av bedömd blåsdysfunktion	År	Egenkontrollen ska vara ett underlag för bedömning av om utredning och utprovning sker i tillräcklig omfattning.	Resultatet för proaktivt arbete kring blåsdysfunktion visar på en tydlig positiv trend. 41% fler har fått en riskbedömning av blåsdysfunktion och åtgärder har planerats kring detta under 2018. Sektorn genomförde en utbildningssatsning i Senior Alert under 2018 och möjligen ser vi resultatet av den nu.

Nattfastemätning

Maj -18	Totalt antal brukare	Kvällsmat ca kl	Frukost ca kl	Brukare med nattfasta <11h	Brukare med nattfasta >11h	Kortaste nattfastan	Längsta nattfastan	Medeltid nattfasta	Brukare med nattfasta >11h som tackat nej
Medel	68	17.30	08.30	51%↑	49%↓	3h 20min↑	15h 30min↓	10h 20min	11%↑



Okt -18	Totalt antal brukare	Kvällsmat ca kl	Frukost ca kl	Brukare med nattfasta <11h	Brukare med nattfasta >11h	Kortaste nattfastan	Längsta nattfastan	Medeltid nattfasta	Brukare med nattfasta >11h som tackat nej
Medel	74	17.30	08.30	41%↓	58%↑	5h15min↑	19h20min↑	10h 50min	11%→



VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	Under 2018 har 61 munhälsobedömningar genomförts av tandhygienist. 58 medarbetare inom SÄBO, hemtjänst och LSS har genomgått en utbildning kring munhälsa arrangerad av tandvården. Det är 76% fler som utbildats i munhälsa än 2017.

MTP-medicintekniska produkter

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Tre incidenter ang medicintekniska hjälpmedel har rapporterats under året. Ingen allvarlig vårdskada har inträffat. Avvikelseerna gäller läs på läkemedelskåp, ett mobil



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			toaletthjälpmedel och en luftmadrass.

Samverkande sjukvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Riskanalys inför verksamhetsförändring	Halvår	Samverkande sjukvårds påverkan på den kommunala hemsjukvården ska följas upp regelbundet. Man ska titta på volym av uppdrag, tidpunkt för uppdrag, antal uppdrag som nekats samt efterhöra personalens uppfattning.	Totalt har hemsjukvården utfört 66 samverkansuppdrag under 2018. Övervägande delen är utökade hemtjänstuppdrag 33 stycken och 22 IVPA-uppdrag (I Väntan På Ambulans).

Kvalitetsvecka Biståndsenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Journalgranskning	År	Egenkontrollen visar på flera positiva delar men det finns också förbättringspotential. Mer utförlig beskrivning finns i det samlade dokumentet.	

Läkemedelshantering, från ordination till kassation

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Läkemedelsavvikelser	Kvartal	MAS sammanställer läkemedelsavvikelserna i Magna Cura månadsvis. Resultatet redovisas här som egenkontroll.	Läkemedelsavvikelserna har ökat under 2018. Den största posten är kvarglömd dos. Ett implementeringsarbete av digital signering påbörjades under december 2018. Osignerade doser går till larmlista som kontrolleras av sjuksköterska. Sjuksköterska kontrollerar med delegerad personal vad som hänt.
Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. åtgärder ska planeras och vara klara innan nästa granskning.	Då Färgelanda under flera år endast fått små påpekande om justeringar rörande läkemedelshanteringen valdes att satsa på utbildningstillfälle för sjuksköterskor kring läkemedel och äldre under 2018. Ett gruppboende inom ESS granskades och fick godkänt av farmaceut från Apoteket AB.

KAF - Kommunala Akutläkemedels Förrådet

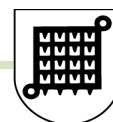
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Kvalitetskontroll av KAF	År	Svaren som mailas in bedöms av apotekare och MAS får kommentarer om vad som behöver förbättras.	

Palliativ vård och Palliativregistret

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Resultat i palliativregistret	År	Resultaten skall förbättras vid varje mätning. Målet är 100% på alla parametrar som redovisas i "spindel nätet".	Kommunen ligger bra till i de flesta parametrar som bedöms i palliativregistret. Det behöver jobbas vidare med att fler blir smärtskattade enligt ett validerat instrument under sista levnadsveckan.

MTP - MedicinTekniskaProdukter

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Under 2018 har fyra avvikelser rapporterats som berör medicintekniska hjälpmedel. Tre av avvikelserna rör hjälpmedel och en ett trasigt lås på läkemedelskåp.



Risikanalyt, vård- och omsorg

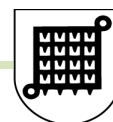
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Riskanalys: Omfördelning av sjuksköterskeansvar	År	Risikanalyt ska hitta ev. risker/problem som en omfördelning av sjuksköterskeansvaret skulle kunna leda till och föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna samt bestämma hur åtgärder ska följas upp och utvärderas.	
■ Riskanalys: Omfördelning av chefsansvar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården	År	Målet är att omorganisationen skall ske utan att berörd personal upplever osäkerhet kring chefskapet eller kvalitetssänkningar i vård- och omsorgsarbetet.	
■ Riskanalys gällande läkemedelshantering Lillågården 2014	År	MAS redovisar varje månad en sammanställning av läkemedelsavvikelser per enhet och utifrån denna kan man mäta om antalet bortglömda doser minskar efter insatta åtgärder.	
● Riskanalys: Medicinsk sekreterare	År	Risikanalyt ska hitta ev. risker/problem som en anställning av en medicinsk sekreterare skulle kunna leda till och föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna samt bestämma hur åtgärder ska följas upp och utvärderas.	Hemsjukvården har inte ännu fullt ut kunnat nyttja medicinsk sekreterare pga tekniska problem. På de ställen sjuksköterska har dikterat har arbetet fungerat friktionsfritt och uppnått de förväntade effekter i tidsvinst vi avsett. En kvalitetsökning i dokumentation kan också noteras då sjuksköterska i direkt anslutning till omvårdnadsarbetet kan diktera sina åtgärder och patientens status. Arbetet förväntas vara breddinfört under februari 2019.
● Riskanalys: Bilkörning i yrket, hemsjukvården	År	Risikbedömning av bilkörning i yrket har genomförts för identifiera risker och hitta åtgärder för att säkra arbetsmiljö i den grad det är möjligt.	Risikbedömning av bilkörning i yrket för hemsjukvården har genomförts. Punkter har tagits upp på APT med hemsjukvården. Det har inte skett någon incident där patientsäkerhet har blivit hotad i samband med att personal i hemsjukvård råkat ut för tänkta risker kring bilkörning i yrket under 2018.
● Riskanalys: Bemanning hemsjukvården sommaren 2018	År	En riskanalys har genomförts för att identifiera risker och att åtgärda dessa kring patientsäkerhet och i arbetsmiljö vid en lägre bemanning, tillfälligt under sommarsemestern.	Risikanalyt genomförd inför sommaren med anledning av lägre bemanning av sjuksköterskor. Kvalitetshöjande insatser som tex teamträffar ställdes in. Inga APT eller HSL-träffar med MAS under sommaren. Två undersköterskor anställdes under sommaren för att kunna hålla patientsäkerhet. Inga allvarliga händelser inträffade under sommaren relaterat till lägre bemanning.

Verkställande av insatser utifrån fattat beslut, SoL Äldreomsorg

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Socialstyrelsens Äldre- och Enhetsundersökning	År	Resultatet av enkäten kommer från socialstyrelsen och bedöms av äldreomsorgens enhetschefer under "Kvalitetsveckan" inom sektor omsorg. För resultat som inte håller önskad kvalitet planeras åtgärder. Uppföljning av resultat vid nästkommande enhetsundersökning.	
■ Uppföljning av avvikelser i Magna Cura R/T verkställighet inom ÄO	År	Resp. enhetschef ansvarar för att följa upp och vb. sätta in åtgärder så att liknande avvikelser kan undvikas/minskas i framtiden.	

Kommunala riktlinjer för vårdhygien

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ BHK - mätning av basal hygienrutiner och klädregler	År	Följsamheten till de basala hygienrutinerna skall vara 100%. Sannolikheten att nå detta mål är liten.	



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
		Därför eftersträvas en succesiv förbättring vid varje mätning.	
● Självskattning av basala hygienrutiner	Kvartal	Enhetschef lägger in resultaten i checklista i STRATSYS. Målet är 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna. Enhetschef och MAS redovisar resultat i kvalitets- resp. patientsäkerhetsberättelse.	Näst intill 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna kan noteras i fjärde kvartalet. En enhet har vid ett tillfälle inte uppnått 100%.
● "Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infektionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	Totalt inkluderades 69 personer i HALT-mätningen. Mätningen visar att Färgelanda ligger något högre i vårdtyngd angående inkontinens 63,8% mot rikets 61,7%, desorientering 65,2% mot rikets 63,5% och nedsatt rörlighet 47,8% mot rikets 38,2%. När det gäller riskfaktorer som trycksår, andra sår och kirurgiska ingrepp ligger Färgelanda i vissa fall under riket med till exempel trycksår 1,4% mot riket 4,5%. Profylaktisk behandling med antibiotika förekommer inte i Färgelanda. Totalt visade mätningen att 5 personer behandlades med antibiotika.
■ Egenkontroll - Vårdhygienisk standard på SÄBO	År	<ul style="list-style-type: none"> Egenkontrollen har fokus på centrala och aktuella vårdhygieniska områden Genomförs av ansvarig chef tillsammans med sjuksköterska och enhetens hygienombud Rekommendationen är att egenkontroll genomförs regelbundet, minst en gång/år. I Färgelanda i mars månad. Vid "nej" i någon av frågorna upprättas handlingsplan för förbättringsarbete <p>Egenkontrollen redovisas av enhetschef i checklista STRATSYS.</p>	Resultatet av mätningen var svårtolkat då endast en enhet svarade med fullständig enkät. En enhet svarade på vissa frågor och en enhet svarade inte alls. Den enhet som svarade med fullständig enkät har goda resultat. På grund av ofullständigt svar och inget svar kan inte godkänd i sin helhet bedömmas.
■ Inventering av madrasser	År	Utifrån resultat ska madrasser bytas ut så att samtliga är godkända. Både överdrag och madrass.	



Övergripande mål och strategier från föregående år

- implementera ny modul i verksamhetssystemet för att dokumentera enligt ICF med KVÅ-koder
- införa digitala signeringslistor
- all personal skall göra VG-regionens webbutbildning i Palliativvård.
- ett lokalt vårdprogram i demens ska skrivas och implementeras
- ett lokalt vårdprogram i astma/ KOL ska skrivas och implementeras
- implementera SBAR för omsorgspersonalen
- Förbättra följsamheten för basala hygienrutiner
- Förbättra bearbetning och hantering kring avvikelshanteringen
- färdigställa pandemiplan i kommun

Måluppfyllelse 2018

Flera av målen som sattes för 2018 har uppnåtts. Under 2019 planeras att jobba vidare med:

- Fortsatt arbete med digital signering
- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården och diktera till journal och kvalitetsregister
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Färdigställa pandemiplan för kommunen

Planering för de två översta punkterna ligger under våren 2018.

Välfärdsteknologi

- SIP i hemmet med några deltagare via länk kommer att fortsätta undersökas under 2019



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete med digital signering
- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården och diktera till journal och kvalitetsregister
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Färdigställa pandemiplan
- Lokalt vårdprogram för demens
- Fortsatt fallpreventivt arbete

Planering för de två översta punkterna ligger under våren 2018.

Välfärdsteknologi

- Arbete för att kunna genomföra SIP i hemmet med några deltagare via länk kommer att fortsätta undersökas under 2019