

# Patientsäkerhetsberättelse 2016

---

Socialnämnd



*Edsbyn & Alfta*  
Ovanåkers kommun



## Innehållsförteckning

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1</b>  | <b>Inledning .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>2</b>  | <b>Sammanfattning .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>3</b>  | <b>Övergripande mål och strategier .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>4</b>  | <b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....</b>                          | <b>8</b>  |
| <b>5</b>  | <b>Struktur för uppföljning/utvärdering .....</b>                                       | <b>9</b>  |
| <b>6</b>  | <b>Uppföljning genom egenkontroll .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>7</b>  | <b>Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts.....</b> | <b>12</b> |
| <b>8</b>  | <b>Samverkan .....</b>  | <b>17</b> |
| 8.1       | Samverkan för att förebygga vårdskador .....  | 17        |
| 8.2       | Samverkan med patienter och närstående .....  | 18        |
| <b>9</b>  | <b>Risicanalys .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>10</b> | <b>Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</b>                    | <b>20</b> |
| <b>11</b> | <b>Sammanställning och analys .....</b>   | <b>21</b> |
| 11.1      | Brister i vårdkedjan/samverkan.....   | 21        |
| 11.2      | Fallavvikelser .....  | 21        |
| 11.3      | Läkemedel .....   | 22        |
| 11.4      | Övriga avvikelser .....   | 22        |
| 11.5      | Lex Maria .....   | 22        |
| 11.6      | Synpunkter/klagomål .....   | 22        |
| 11.7      | Patientnämnden .....  | 22        |
| <b>12</b> | <b>Resultat .....</b>   | <b>23</b> |
| 12.1      | Senior Alert .....  | 23        |
| 12.2      | Svenska palliativregistret .....  | 24        |
| 12.3      | BPSD-registret .....  | 24        |
| 12.4      | Övriga kvalitetsregister .....  | 25        |
| <b>13</b> | <b>Övergripande mål och strategier för kommande år .....</b>                            | <b>26</b> |

## 1 Inledning

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen, (PSL, 2010:659) varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som har uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen redovisas för socialnämnden.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Kommunens ansvar som sjukvårdshuvudman är att utifrån den enskildes behov ge en säker och god hälso- och sjukvård. Detta innebär att den ska

- vara av god kvalitet, med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården, vara lätt tillgänglig

Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

## **2 Sammanfattning**

### **Teamträffar**

Strukturerade teamträffar utförs på alla särskilda boenden, korttids och inom hemtjänst/hemsjukvård. Syftet med teamträffarna är att arbeta med ett personcentrerat förebyggande arbetssätt där riskbedömningar och nationella kvalitetsregister är en del i arbetet. Fler professioner samarbetar i teamet; sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut, enhetschef och omvårdnadspersonal. Demensombud deltar när patient med demenssjukdom aktualiseras.

### **Fallprevention**

De senaste fyra åren kan man se en minskning i antalet vårdskador trots att antal fall legat relativt lika genom åren. Antalet frakturer har halverats under en fyra års period. Varje månad granskas avvikelserna av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och varje halvår görs en övergripande sammanställning av antal fall/patient. Detta för att ha en uppdaterad bild över dagsläget och se om vårdskador minskar/ökar i kommunen samt för att säkerställa att vårt förebyggande arbete ger resultat.

### **Trycksår**

Under året har det förebyggande arbetet när det gäller trycksår förbättrats och utvecklats. Antal registrerade trycksår har minskat under 2016. Under 2015-2016 gjordes en extra satsning på utbildning inom ämnet, via extern och intern undervisning. Det är flera professioner som tagit del av denna utbildning för att se till att kunskapen finns i alla led i patientomhändertagandet. Förebyggandet av trycksår i ett tidigt stadie gör att trycksår inte uppstår och där trycksår redan finns ökar möjligheten till snabb läkning och minskat lidande för patient.

### **Palliativ vård**

När det gäller den palliativa vården så har den fortsatt att förbättras enl. statistik från Palliativa registret. Jämfört med riket ligger Ovanåker bättre till i alla parametrar som granskas. Ovanåkers kommun har enligt Svenska Palliativregistret den bästa palliativa vården i länet. De flesta sjuksköterskorna i kommunen är utbildad i palliativ vård och en satsning på internutbildning till omvårdnadspersonal i palliativ vård planeras för att öka kunskaperna om omvårdnaden i livet slut.

### **Samordning Hälso- och sjukvård/socialtjänst**

En viktig samverkansform internt är Samordning Hälso- och sjukvård/socialtjänst. Deltagare är Socialchef/verksamhetschef HSL, Verksamhetschef SOL, biståndshandläggare, MAS, enhetschef för hemsjukvård, hemtjänst, korttidsvistelse och särskilt boende, samt arbetsterapeut/projektledare. Frågor ang. samverkan, utbildningar, patientsäkerhet m.m. tas upp i denna samverkansform.

### **Utbildning för omvårdnadspersonal**

Utbildningssatsning har gjorts 2015-2016 för att öka baskunskap för hemtjänstpersonal inom sårvård, kontraktur- och trycksårspåbyggande arbetsätt.

### **Avvikelsehantering**

All personal som arbetar med vård- och omsorg i förvaltningen anmäler själva direkt via dokumentationsstödet Procapita om risk för vårdskada finns eller att vårdskada inträffat. Det medför att berörda chefer och legitimerade direkt kan ta del av det inträffade. Detta har inneburit att åtgärder snabbare införts i organisationen.

### **ICF**

Ett nytt arbetsätt i dokumentationssystemet har införts under 2016. Fokus är att på ett ännu tydligare sett individanpassa vården för patienten. ICF följer samma livsområden som IBIC och detta medför en samsyn från biståndshandläggning ut i alla verksamheter (*SoL, Lss och HSL*).

### **3 Övergripande mål och strategier**

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

Socialnämndens övergripande mål och strategier hänvisas till kvalitetsplan.

## **4 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

### **Socialnämndens ansvar**

Socialnämnden 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.

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

MAS har tillsammans med verksamhetschefen till uppgift 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. MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet gällande verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS ansvaret ingår att tillgodose att författningsbestämmelser och andra regler är kända i verksamheten, 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.

### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS fastställt är väl kända i verksamheten och efterlevs 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.



## 5 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 kap. 2§

### Förebyggande arbetssätt

- Trycksår, fall, undernäring och munhälsa följs upp enligt rutinbeskrivning för Teamträffar och via kvalitetsregistret Senior Alert. Enhetschef HSL följer upp täckningsgraden av riskbedömningar, vilka som har risk för undernäring och trycksår varje månad via Senior Alert och redovisar det till verksamhetschef och MAS.
- Handlingsprogram/7-punktsprogrammet för utredning av BPSD-symtom leds och följs upp av ansvarig enhetschef SoL. På individnivå sker uppföljningen tvärprofessionellt enligt rutinbeskrivning för Teamträffar.
- Två gånger per år träffas enhetschef SoL och enhetschef HSL, ansvariga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster tillsammans med MAS för uppföljning och utvärdering av det förebyggande arbetet.

### Vårdskador

- Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning av MAS, som återkopplar resultatet till enhetschef för hälso- och sjukvården. Vid vårdskador av allvarlig art meddelas verksamhetschef HSL samt ordförande i Socialnämnden.

### Palliativ vård.

- Sammanställning och uppföljning av antal avlidna och uppfyllda parametrar i Palliativa registret sker kvartalsvis av enhetschef HSL och redovisas till verksamhetschef och MAS.

### Avvikelsehantering

- Avvikelser dokumenteras i avvikelsemodulen i Procapita enligt *rutinbeskrivning avvikelshantering/dokumentation i procapita*.
- Ansvarig enhetschef i verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för förbättringsarbete organisatoriskt och för den enskilde brukaren/patienten på enheten enligt *rutin för avvikelshantering och Lex Maria*
- Mas granskar avvikelser en gång/månad och sammanställer och redovisar en gång/år till socialnämnden enligt *rutin för avvikelshantering och Lex Maria*

### **Läkemedelshantering.**

- Kunskap om läkemedel och läkemedelshantering följs upp genom ett årligt kunskapstest för all personal som hanterar läkemedel på delegering.
- Inrapporteringar av avvikelser vid fel i läkemedelshantering granskas, åtgärdas och följs upp av berörd sjuksköterska och enhetschef. MAS sammanställer och redovisar statistik för verksamhetschef och nämnd.
- Externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering genomförs av farmaceut från apoteket med upprättande av protokoll som följs upp vid nästa granskning. Extern granskning har inte utförts under 2016. MAS utför intern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering tillsammans med ansvarig sjuksköterska och enhetschef.
- Läkemedelsgenomgångar ska genomföras på alla patienter som kommunens hälso- och sjukvård har läkemedelsansvar för. *Länsövergripande styrdokument för samarbetet kommun och region finns.*

## 6 Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 kap. 2§ p2

| Område   | Omfattning  | Källa/verktyg                                | Analys  |
|--|---|--|---|
| Fall, tryckskada, undernäring och munhälsa   | Rapporteras fortlöpande i nationella kvalitetsregister                | Senior Alert                                 | Sker inom berörd verksamhet<br>Säbo/hemsjukvård/korttids  |
| Tryckskada   | Punktprevalensmätning två gånger/år                                   | Rutinbeskrivning i kvalitetsledningssystemet | Sker inom berörd verksamhet<br>Säbo/hemsjukvård/korttids  |
| Nattfasta  | Mätning av nattfasta på alla brukare en natt i veckan                 | Rutinmall i kvalitetsledningssystemet        | Sker i berörd verksamhet<br>Säbo  |
| Hygienrutiner och klädregler   | 10 observationer en gång/år på säbo                                   | Vårdhygien                                   | Sker i berörd verksamhet<br>Säbo  |
| Hygienronder   | Rond 2 ggr/år enl. planerat schema                                    | Vårdhygien                                   | Sker i berörd verksamhet<br>Säbo/sjuksköterskeexp.  |
| Vårdrelaterade infektioner   | Punktprevalensmätning en gång/år på säbo                              | Svenska Halt                                 | Sker i berörd verksamhet<br>Säbo  |
| Läkemedelshantering på läkemedelsförråd  | Intern granskning en gång/år Extern granskning en gång/tredje år      | Rutinbeskrivning i Kvalitetsledningssystem   | Sker på läkemedelsförråd på sjuksköterskeexpedition   |
| Avvikelser (gällande fall, läkemedelshantering, brister i omvårdnad, brister i vårdkedjan) | Rapporteras fortlöpande   | Avvikelsemodul i procapita                   | Åtgärdas och återkopplas i organisationen av enhetschef i berörd verksamhet. Utredds och sammanställs av MAS. |
| Läkemedelshantering narkotiska preparat  | Granskning av dokumentation och hantering fortlöpande en gång/månad   | Rutinbeskrivning i Kvalitetsledningssystem   | Sker i berörd verksamhet<br>ssk.exp/säbo/korttids/hemsjukvård   |
| Neuroleptikakartläggning   | Punktprevalensmätning en gång/år                                      | Rutinbeskrivning i Kvalitetsledningssystem   | Sker i berörd verksamhet<br>säbo/hemsjukvård  |
| Medicinteknisk utrustning  | Årlig service på utvald utrustning                                    |  | Resp. företag som levererar produkterna   |
| Journalgranskning  | Granskning av 20 journaler 2 ggr/år, samt fortlöpande stickkontroller | Enligt strukturerad journalgranskningsmall   | Granskning av MAS   |

## **7 Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### **Läkemedelshantering**

- För att säkerställa läkemedelshanteringens används webbaserat APO-dos system Pascal och läkemedelsleverantör Apotekstjänst.
- Akut och basförrådet är upprättat enligt rekommendationer från länets läkemedelskommitté.
- Akut och basförrådet är upprättat i ATC-koder
- Den generella ordinationslistan är uppdaterad och godkänd av primärvårdsansvarig läkare Niels West.

### **Jobba säkert med läkemedel**

*Jobba säkert med läkemedel* är en webbutbildning i grundläggande information kring läkemedelshantering som omvårdnads- och omsorgspersonal genomgår inför delegering av läkemedel. Utbildningsmaterialet innehåller fyra filmer och ett kunskapstest. Det finns en delkurs för insulinhantering med separat kunskapstest. Utbildningen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting.

### **Läkemedelsgenomgång**

Under 2016 har patienter boende på särskilt boende samt inskrivna i hemsjukvården erbjudits årlig läkemedelsgenomgång utifrån länsgemensam rutin: *Läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad samt läkemedelsberättelse - Länsgemensam rutin hälso- och sjukvård.*

Läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal har deltagit i genomgångarna på särskilt boende. Patient/anhörig har möjlighet att vara delaktig genom att skatta patientens upplevda symtom/problemområden via ett standardiserat skattningsformulär och genom samtal med ansvarig sjuksköterska och/eller läkare. Vi följer Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer gällande vilka läkemedel som är olämpliga för äldre personer.

Genom arbetet med läkemedelsgenomgångarna har vi fått en optimalare läkemedelsbehandling för våra äldre, ökad medvetenhet och större kunskap hos medarbetarna när det gäller läkemedelsbehandling.

Länets läkemedelskommitté har tillsammans med farmaceut upprättat länsgemensamma rutiner för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång.

### **Vaccinationer**

2016 års vaccination mot säsongsinfluensa genomfördes hos så gott som alla patienter, endast några enstaka patienter tackade nej till vaccinering.

Under året har även en genomgång av patienter som inte erhållit vaccination mot lunginflammation genomförts och de som inte erhållit har blivit erbjuden gratis vaccination



genom kommunens sjuksköterskor.

2016 erbjöds all vård- och omsorgspersonal i kommunen gratis vaccinering mot säsongsinfluensan för att hindra smittspridning. Din Hälsocentral i Edsbyn och Alfta stod både för kostnad och administrering av vaccinet under året. Det var inte så stor andel av vård- och omvårdnadspersonalen som valde att vaccinera sig mot årets säsongsinfluensa.

Efterhand visade det sig att vaccinets effekt mot årets influensa var undermålig.

### **Avvikelsehantering**

Avvikelser gällande fall, läkemedelshantering, brister i omvårdnad, brister i vårdkedjan dokumenteras direkt i avvikelsemodulem i Procapita av omvårdnadspersonal som uppmärksammar händelsen. Åtgärder genomförs på enheten där händelsen ägt rum och förbättringsarbete tas upp på arbetsplatsträff och teamträff när det gäller enskilda fall. Om händelsen kräver vidare utredning gör MAS en fördjupad utredning och återkopplar till enhetschef. MAS utför då en Risk och händelseanalysutredning med hjälp av Socialstyrelsens handbok för ändamålet. Under året har ca 20 internutredningar genomförts i verksamheten. Ingen Lex Maria anmälan är gjord under 2016.

### **Journalgranskning**

Systematisk journalgranskning på 42 journaler har gjorts under året i det gamla dokumentationssystemet i procapita. Vilket tydliggjorde att det inom verksamheten fanns brister på dokumentationen gällande vårdplaner/rehabplaner. Dessa resultat var en del i varför införande av ett nytt arbetssätt i dokumentationssystemet implementerades under hösten (ICF).

### **ICF - International Classification of Functioning**

Svenska versionen är Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Under hösten har arbete med att införa ICF som ett arbetssätt i dokumentationssystemet Procapita genomförts genom utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal och förändring i dokumentationen.

### **IBIC**

Under 2015 påbörjades arbetet med att införa Individens Behov I Centrum som arbetsmodell. Det arbetet har fortsatt under 2016.

### **Neuroleptikakartläggning**

Årlig kartläggning av Neuroleptikaanvändning görs hos patienter inskriven i hemsjukvård och på särskilt boende.

- Punktprevalensmätningen i januari visar på att 31 patienter står på neuroleptika på särskilt boende i kommunen. 13 patienter har psykiatrisk diagnos av dessa.
- Punktprevalensmätningen i januari visar på att 6 patienter står på neuroleptika som är inskriven i kommunens hemsjukvård. Alla dessa patienter har psykiatrisk diagnos.

### **Palliativ vård**

Internutbildning till en mindre grupp omvårdnadspersonal i palliativ vård har gjorts av två kommunsjuusköterskor som har ökade kunskaper i palliativ vård.

### **Inkontinensvård**

Under året har 4 stycken av verksamhetens sjuusköterskor genomgått utbildning i förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel.

Ett nytt system för att kvalitetssäkra inkontinensvården på särskilt boende har påbörjats under hösten 2016, *Tena Identifi*. Detta är ett samarbete med representanter från Tena, som har ansvarat för utbildning till sjuusköterskor och omvårdnadspersonal samt varit behjälplig vid implementering.

### **Medicinteknisk utbildning**

KTC (kliniskt teknisk center) har utbildat sjuusköterskor i medicinteknisk utrustning, nyheter och piccline/port a cath.

### **Grundutbildning i basal hälso- och omvårdnadskunskap**

Utbildningsinsats har gjorts under 2015-2016 för all hemtjänstpersonal och vikarier i hemtjänsten. Utbildning av KTC i grundläggande sårvård, trycksår, kontrakturprofylax, hoforslindning.

### **Vårdhygien**

- *Hygienutbildning*. Utbildning hölls med MAS och hygiensjuusköterska för hygienombud och sjuusköterska på Gyllengården samt för en arbetsgrupp av omvårdnadspersonal på Backa.
- *Hygienrund* har utförts på sjuusköterskeexpeditionen på Hedrosen och Backsippan på Backa under året.
- *Observationsstudie Basala Hygienrutiner*. Hygienombuden (5 omvårdnadspersonal) på Sunnangården är utbildade observatörer i basala hygienrutiner. De har genomfört två veckors observationsstudie i januari. Syftet med observationsstudien var att granska om basala hygienrutiner följs vid olika moment med brukare/patient. Vare hygienombud granskar 10 personal var. De som blev granskade var sjuusköterskor, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal. Sammanfattningen var att god hygienisk standard följs utifrån riktlinjer och författningar.
- *Calicisäsongen* (vinterkräksjukan) började i november 2016. Smittspridningen var koncentrerad till ett fåtal enheter på de särskilda boendena både i Alfta och Edsbyn. Det var fler personal än patienter som smittades.

### **Munhälsa**

- Folktandvården erbjuder gratis munhälsobedömning till alla personer som bor på särskilt boende och till de personer som bor i ordinärt boende och uppfyller kraven för gratis munhälsobedömning. Tandhygienist har under året genomfört

munhälsobedömningar till de personer som bor på särskilt boende och har tackat ja till erbjudandet, vilket de flesta gjort.

- Patienter på särskilda boenden och även de som uppfyller folktandvårdens krav för hembesök i ordinärt boende har möjlighet till hembesök av tandhygienist.

### **Senior Alert**

Senior Alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, erbjuds att registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Registret medverkar till utvecklandet av nya arbetssätt, vilka ökar möjligheten för bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller den.

- Samtliga patienter som kommunens hälso- och sjuk ansvarar för blir erbjuden riskbedömningar och registrering enl. Senior alert.
- För personal har det blivit en större medvetenhet om individers risker för fall, trycksår och nutritionsproblem.
- För individerna har registreringen lett till att de fått en bättre förebyggande omvårdnad med en bättre hälsa.

### **Svenska palliativa registret**

Alla personer som kommunens hälso- och sjukvård ansvarar för och som avlider i organisationens verksamheter registreras i Svenska Palliativa registret. Registreringen innefattar flera parametrar som redovisas i Resultat.

- För personalen har det blivit en större medvetenhet och högre kunskap om hur vi ska behandla/underlätta för personer i livets slutskede.

### **BPSD**

BPSD (Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demens) är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom.

- Arbetet med registreringar, skattningar och åtgärder enligt BPSD-registret är en integrerad del i verksamheten, även sedan prestationsersättningsperioden är över. Arbetet med att registrera i BPSD-registret är en del av vårt handlingsprogram, 7-punktsprogrammet som används vid BPSD-symtom. BPSD-registret används också i det förebyggande arbetet med teamträffar som ett redskap för att hitta bra omvårdnadsåtgärder.

### **Tvärprofessionella demensteamet**

- Demens teamet har under åren 2011-2014 arbetat med att utveckla ett individanpassat och strukturerat arbetssätt i mötet med demenssjuka personer i ordinärt boende och särskilt boende. Det arbetssättet implementerades i verksamheten men under 2016 har det framkommit förbättringsområden och en nysatsning på området är planerat.
- Ett handlingsprogram, 7-punktsprogrammet som utformats enligt nationella riktlinjer. Fortbildning för att öka kunskap om demenssjukdom och vad de nationella riktlinjerna

innebär till anhöriggrupper, personal och pensionärsorganisationer.

- Demensombud i form av omvårdnadspersonal inom verksamheten står för spetskompetens inom området och fortbildas kontinuerligt av legitimerad personal. För att öka säkerheten och omhändertagandet kring denna patientgrupp träffas alla demensombud kontinuerligt

### **Fallprevention**

- I samband med FN:s internationella äldredag uppmärksammas ämnet fall och fallskador i Gävleborg genom kampanjen Ramla inte. Även 2016 uppmärksammades fallolyckor i Gävleborg med en veckolång kampanj under vecka 40. Årets tema för kampanjen var *Bättre balans*.
- Denna kampanj genomfördes tillsammans med flera regioner och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Den veckolånga kampanjen är för att medvetandegöra om fallskador bland äldre.
- Ovanåkers kommun deltog genom att erbjuda medborgarna information och även kontroll av blodtryck. Broschyr med lättare träningsprogram för egenvård lämnades även ut. Detta utfördes av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal i samband med nya verksamheten för Anhörigstödet på anhörigstödet dag i oktober.



## **8 Samverkan**

### **8.1 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Fler samverkansforum finns internt i förvaltningen och även externt med andra vårdgivare i syfte att stärka patientsäkerheten och undvika vårdskador i vårdkedjan.

#### **Samordning Hälso- och sjukvård/socialtjänst**

En viktig samverkansform internt är Samordning Hälso- och sjukvård/socialtjänst. Deltagare är Socialchef/verksamhetschef HSL, Verksamhetschef SOL, biståndshandläggare, MAS, enhetschef för hemsjukvård, hemtjänst och särskilt boende, samt arbetsterapeut/projektledare. Frågor ang. samverkan, utbildningar, patientsäkerhet m.m. tas upp i denna samverkansform.

#### **Utvecklingsträffar Särskilt boende och hemtjänst/hemsjukvård**

Vid två tillfällen varje år träffas enhetschef SoL, HSL och hälso- och sjukvårdspersonalen tillsammans med MAS inom varje verksamhet för att se över hur samverkan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Granskning av det förebyggande arbetet presenteras och planering inför fortsatt samverkan och vilka förbättringsområden som ska prioriteras.

#### **Tvärprofessionella teamträffar**

På särskilt boende, inom korttidsverksamhet och hemsjukvård/hemtjänst utförs tvärprofessionella teamträffar. Syftet är att få ett strukturerat arbetssätt när det gäller det förebyggande arbetet och att detta ska vara en integrerad del i omvårdnadsarbetet.

Teamträffar genomförs varje vecka på enheterna enligt en plan. Inför dessa planerade teamträffar görs skattningar och riskbedömningar och uppföljningar av åtgärder planeras in. Varje brukare/patient aktualiseras på planerad teamträff två gånger per termin. Deltagare är enhetschef, omvårdnadspersonal/kontaktpersonal/demensombud, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

#### **Länsledning**

Kommunernas socialchefer/skolchefer och regionens divisionschefer träffas ca varannan månad gällande bland annat ärenden som handlar om samverkan i vårdkedjan. På Länsledning tas alla beslut som rör gemensamma satsningar och ärenden upp.

### **Länsövergripande samverkansgrupp**

Samverkansgruppen hanterar frågeställningar som rör hemsjukvård, egenvård och andra gemensamma områden mellan kommuner, specialistvård och primärvårdsvård utifrån ett hälso- och sjukvårdsansvar.

### **Operativ Valfärdsgrupp äldre**

Samverkansgrupp som är uttagen av länsledning och GU äldre. Operativa välfärdsgrupper finns i alla fyra hörn i länet. Fokus i samverkansfrågor ligger på utbildningar (ex.SIP), avvikelshantering och hur vi tillsammans ska arbeta för att undvika vårdskador i vårdkedjan, I Operativa välfärdsgruppen Äldre i södra hälsingland deltar biståndshandläggare och MAS från Ovanåkers kommun.

### **Kommunala läkemedelskommittén**

Ovanåkers kommun har en distriktssköterska som ingår i det länsövergripande arbete för att ta fram och revidera gemensamma läkemedelsrutiner för länets kommuner.

### **Länsövergripande läkemedelskommittén**

Består av representanter från region, läkare och apotekare, samt två medicinskansvariga sjuksköterskor som representerar kommunerna. En av dessa är Ovanåkers kommuns MAS.

Under året har en ny handbok för "läkemedel rekommendationer 2017-2018" upprättats.

## **8.2 Samverkan med patienter och närstående**

SFS 2010:659 3 kap 4 §

Patienten och dennes anhörig är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdskador. Delaktighet i vårdplaneringar och läkemedelsgenomgångar är förutsättning för detta. Symtomskattningar och samtal inför detta är viktigt då många av patienterna i kommunen har svårt att delta p.g.a. demenssjukdom eller annat som försvårar ett fysiskt deltagande. När det gäller det förebyggande arbetet så deltar patient och eventuell anhörig i samtal och skattningar.

Avvikelser ska dokumenteras i patientens journal och händelsen ska meddelas individen och eventuellt närstående, så att de har möjlighet att delta i fortsatt planering. Att lyssna på och ta vara på patientens idéer till förbättringar i patientsäkerhetsarbetet är något vi alltid strävar efter att bli bättre på.

## **9 Riskanalys**

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Verksamhetens enhetschef ska tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal identifiera risker som finns individuellt men även organisatoriskt. Vid varje händelse ska en uppskattning av sannolikheten för att händelsen inträffar igen göras, och även en bedömning vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

MAS ansvarar för utredning tillsammans med verksamhetschef.

I det förebyggande arbetet är riskanalys en del i ställningstagandet inför planerade åtgärder. Vid upprättande av nya rutiner eller större rutinförändringar samt vid organisationsförändringar ska en riskanalys göras. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut.

Riskanalyser utförs enligt handboken Riskanalys och händelseanalys – Analysmetoder för att öka patientsäkerheten från SKL.

## **10Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Effektiva rutiner för avvikelserapportering är nödvändigt i förbättringsarbete och för att öka kvalitet och säkerhet i organisationen. Utan en ändamålsenlig avvikelserapportering kan organisationen och dess medarbetare inte ta lärdom av sina misstag. Hälso- och sjukvården är skyldig att rapportera de allvarligaste avvikelserna till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Medicinskt ansvarig sköterska (MAS) ansvarar för bedömning om händelse ska Lex Maria-anmälas. Fastställd rutin finns för Lex Maria-hanteringen.

Avvikelserapport registreras i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Procapita när något avviker i rutinhantering eller annan avvikande händelse som inträffar gällande;

- läkemedelshantering
- fall
- trycksår
- omvårdnadshändelse
- annan händelse som drabbar patienten fysiskt eller psykiskt
- felaktiga medicintekniska produkter/hjälpmiddel
- brister i samverkan mellan andra vårdgivare eller brister internt i organisationen.

Skriftliga rutiner för avvikelshantering finns upprättade. Ärenden återkopplas till anmälare och berörd verksamhet.

## 11 Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

### 11.1 Brister i vårdkedjan/samverkan

Arbetet med att förbättra samarbetet över huvudmännens gränser har fortsatt under året i Södra Hälsingland mellan primärvården, privata aktörer, kommunerna och sjukhuset Aleris Bollnäs. Se även *samverkan för att förebygga vårdskador*.

Dessa avvikelser handlar till stor del om brister i kommunikationen mellan de olika vårdgivarna, felaktiga ordinationer, oklara läkemedelslistor, oklarheter när det gäller förskrivning av hjälpmedel o.s.v. Under året har 29st avvikelser inom brister i vårdkedjan registrerats. Av dessa har 5 avvikelser handlat om brister i kommunikation internt i verksamheten.

Interna avvikelser hanteras av enhetschefer på berörda enheter där åtgärder sätts in för att förhindra att händelsen upprepas och uppföljning genomförs på arbetsplatsträffar

### 11.2 Fallavvikelser

Det förebyggande arbete med att minska antalet fall hos personer i organisationen fortsätter genom dagliga aktiviteter, läkemedelsgranskningar, SeniorAlert/NPI skattningar och bedömningar med åtgärder. Det tvärprofessionella teamträffarna är grunden för att få en samsyn i det förebyggande arbetssättet där ovanstående riskbedömningar, vårdplaner och genomförandeplaner följs upp.

Antal frakturer som uppkommit efter fall fortsätter minska trots att fallen ändå kan bedömas ligga ganska konstant runt 1000 fall/år de senaste 4 åren. Frakturerna har minskat till 8st under 2016 i jämförelse mot 16st 2013.

#### *Fallavvikelser*

|                                    | <i>Antal fall 2013</i> | <i>Antal fall 2015</i> | <i>Antal fall 2016</i> |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Särskilt boende                    | 601                    | 511                    | 578                    |
| Ordinärt boende                    | 307                    | 325                    | 405                    |
| Korttidsvistelse och dagverksamhet | 124                    | 73                     | 43                     |
| Omsorgen                           | 27                     | 18                     | 19                     |
| <b>Sammanställning</b>             | <b>1 059</b>           | <b>927</b>             | <b>1 045</b>           |

### **11.3 Läkemedel**

- Antalet avvikelser i läkemedelshantering på särskilt boende är 160 för 2016 jämfört med 161 för 2015. De flesta avvikelser handlar om utebliven dos.
- Antalet avvikelser i läkemedelshantering i hemtjänst/hemsjukvård har fortsatt att öka. Under året registrerades 189 avvikelser jämfört med 168 för 2015.
- Vid analysen ses inga fler allvarigare avvikelser under 2016. Utebliven dos står för 2/3 delar av avvikelserna. Detta gäller både på särskilt och ordinärt boende.

### **11.4 Övriga avvikelser**

#### **Hjälpmedel/tekniska produkter**

Brister i funktion och felaktig användning av hjälpmedel har registrerats som avvikelse 3 gånger. Avvikelser skickas till Hjälpmedelsam som ansvarar för utredning och åtgärder gällande deras produkter.

#### **Omvårdnadshändelse**

48 avvikelser är registrerade under året på särskilt boende och ordinärt boende när det gäller omvårdnad. De flesta av dessa avvikelser är oftast av mindre allvarlig art och handlar om avvikelser inom socialtjänsten. När det gäller avvikelser inom hälso- och sjukvård handlar det bland annat om upptäckta trycksår och utebliven träning/profylax.

### **11.5 Lex Maria**

Sju internutredningar gällande risk för vårdskada har gjorts inom hälso- och sjukvården under 2016, men ingen av dessa har lett till Lex Maria anmälan. Händelse- och riskanalys har gjorts samt åtgärdsplaner med uppföljningar har upprättats internt i organisationen.

### **11.6 Synpunkter/klagomål**

Under året har 14 synpunkter/klagomål inkommit till förvaltningen. Endast ett ärende av dessa har innefattat hälso- och sjukvården.

### **11.7 Patientnämnden**

Inga ärende har under 2016 inkommit till Patientnämnden från Ovanåkers kommun.

## **12 Resultat**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### **12.1 Senior Alert**

#### **Täckningsgrad gällande antal registreringar på särskilt boende**

- Ovanåkers kommun hade en täckningsgrad på ca 80% för särskilt boende under året 2016. Riksgenomsnittet låg på ca 60%. Detta är en minskning totalt sedan arbetet med Multisjuka äldre avslutades 2013. I Ovanåkers kommun handlar det inte om att vi har blivit sämre på att registrera utan det förebyggande arbetet är nu en integrerad del i omvårdnadsarbetet. Däremot är det fler personer som tackar nej till registrering i kvalitetsregister i dagläget.

#### **Täckningsgrad gällande antal registreringar hemsjukvård**

- Täckningsgraden för hemsjukvården vid punktprevalensmätning den 1 mars var 89% .
- En av orsakerna till att täckningsgraden inte är 100% är på grund av att flertalet som inte registrerats tackat nej till registrering.

#### **Trycksår**

- Under året har 31 trycksår rapporterats. I sammanställning räknas alla trycksårsgrader in, från 1 till 4. När man däremot tittar endast på de faktiska såren som uppkommit, d.v.s. grad 2-4, så resulterar detta i 20 trycksår. Av dessa 20 så har 3 uppstått under sjukhusvistelse.
- Vid punktprevalensmätningen (PPM) i Senior Alert vecka 11 hade 6,3% av de registrerade patienterna trycksår. Hälften av de registrerade trycksåren var grad 1 (Rodnad, hel hud). Vid PPM vecka 40 hade värdet ökat obetydligt. Riksgenomsnittet på registrerade trycksår var 7,8 vecka 11 och 7,6 vecka 40.
- Det förebyggande arbetet har det senaste året gett ett positivt resultat. Vid PPM vecka 11 2015 hade 11,6% av de registrerade patienterna trycksår.

#### **Undernäring**

- För närvarande går det inte att sammanställa statistik för undernäring inom verksamheten utifrån Senior Alert, då årsrapporten för 2016 ännu inte är framtagen.
- Det förebyggande arbetet för att förhindra undernäring har fortgått som föregående år, med mätning av nattfasta 1 gång per vecka, registrering i Senior Alert utifrån skattningsinstrumentet MNA, kontinuerlig uppföljning, åtgärdsinsatser och undervisning inom ämnet från sjuksköterska till omvårdnadspersonal.

## Munhälsa

- Patienters munhälsa kontrolleras i samband med registrering i Senior Alert, statistik går ej att få fram i dagsläget.
- Det som har setts i en övergripande kontroll är att vanligaste orsakerna för risk för ohälsa i munnen är torra slemhinnor, illasittande proteser samt kvarvarande matrester i munhålan.

## 12.2 Svenska palliativregistret

Arbetet med att förbättra vården och omsorgen om personer i livets slut fortsatte under 2016.

- Det har under året avlidit totalt 138 personer i Ovanåkers kommun
- 74 av dessa 138 är förväntade dödsfall som ägt rum på särskilt boende, korttids samt inom hemsjukvård. Övriga dödsfall är oväntade.
- Alla dödsfall, oavsett väntat eller oväntat, inom särskilt boende, korttids och hemsjukvård registreras i svenska palliativa registret.
- I en övergripande jämförelse med tidigare år så fortsätter kommunen att fortlöpande förbättra den palliativa vården övergripande på samtliga områden (symtomlindring, trycksår/förebyggande, information från läkare samt att inte avlida i ensamhet).
- De områden som förbättrats mest är att antalet trycksår vid dödsfall har minskat, att erbjudande av efterlevandesamtal nu uppgår till 100% samt att mänsklig närvaro vid dödsögonblicket i Ovanåkers kommun ligger över registrets målvärde.
- Under året 2016 ligger Ovanåkers kommun bäst till i Gävleborg gällande täckningsgrad
- Kommunen ligger även bättre i resultatets statistik på samtliga av de tidigare nämnda områdena i jämförelse med rikets resultat.

## 12.3 BPSD-registret

Antal registreringar i BPSD under 2016 var 90 st på 54 personer. Registreringarnas betydelse ska ses i ett sammanhang i omvårdnadsarbetet för personer med demenssjukdom som har beteendemässiga och psykiska symtom. Vi arbetar med att få bättre täckningsgrad i registret.



## 12.4 Övriga kvalitetsregister

### Svenska 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.

Ovanåkers kommun har två sjuksköterskor som är utbildade administratörer som utför punktprevalensmätning på särskilt boende i Edsbyn. Denna mätning gjordes vecka 47 på särskilda boendet Backa. Resultatet för Backa vid punktprevalensmätningen är att det varken fanns någon med infektionssjukdom eller antibiotikabehandling vid mätningen. Folkhälsomyndigheten kommer att publicera en nationell slutrapport av mätningen under första kvartalet 2017.

### **13 Övergripande mål och strategier för kommande år**

**Socialnämnden har som målsättning att en aktuell/uppdaterad plan med syfte och mål ska finnas för alla insatser inom socialförvaltningen.** Arbetet med ICF som dokumentation kommer att utvecklas ytterligare under 2017 bl.a. genom att utveckla egenkontroll via kollegial granskning av journaler. Syftet är likvärdigt dokumentationstruktur, att undvika vårdskador och allvarliga fel gällande dokumentationen.

**Vidare har Socialnämnden som målsättning att aktivt arbeta och planera för att möta framtida patientbehov.** Med utgångspunkt i detta kommer socialförvaltningens hälso- och sjukvård att fortsätta arbetet när det gäller att upprätta en verksamhetsplanering för att kartlägga och lägga strategier för att möta framtida patientbehov.