



Patientsäkerhetsberättelse Timrå Kommun 2019

Birgitta Andersson Verksamhetschef
Ulrica Hedlund Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys.....	10
Utredning av händelser - vårdskador	10
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS.....	11
Egenkontroll.....	11
Avvikelser.....	11
Kvalitets register.....	16
Klagomål och synpunkter	20
Mål och strategier för kommande år.....	20

Sammanfattning

Under året har patientsäkerhetsarbetet pågått enligt årshjuls systematik och föreslagna förbättringsarbeten från 2018 års patientsäkerhetsberättelse.

Allt fler svårt sjuka medborgare skrivs ut från slutenvården med fortsatta behov av vård. Antalet hemsjukvårdspatienter med behov av medicinska och rehabiliterande insatser har ökat. Kommunens distriktssjuksköterskor och rehas team har till större del deltagit i planeringen kring hemgång från sjukhuset. Under året har det förekommit 127 samordnade individuella planer (SIP) kring vårdtagare tillsammans med primärvården och slutenvården. Kommunens hemsjukvård och särskilda boenden har skickat 366 vård rapporter i det läns-gemensamma systemet Prator. Vi har även en representant i styrgruppen för ett kommande projekt gällande samordnad individuell planering på distans.

Vår demenssamordnare har tillsammans med två specialistundersköterskor utbildat omvårdnadspersonalen på våra boenden i personcentrerad vård. Utbildningen omfattar även utformning av levnadsberättelser och genomförandeplaner.

De sjuksköterskor som ska medverka i pilotprojektet DIGGA som innebär digital läkarkontakt i vårdtagarens hem har fått sin utbildning och planeras starta under våren.

Under året har 30 personer deltagit i TUFF- träning, utbildning, fallförebyggande projektet som vårt rehas team tillsammans med räddningstjänsten genomfört. Det fortsätter under 2020 med nya deltagare.

Interna mindre allvarliga avvikelser hanteras och åtgärdas på verksamhetsnivå. Det leder till större delaktighet och är ett ständigt förbättringsarbete. Enhetschef och ansvarig sjuksköterska rapporterar kvartalsvis antalet avvikelser samt vidtagna åtgärder till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Vi har under året arbetat vidare som tidigare med olika kvalitetsregister. Senior alert där fallrisk, nutrition, trycksår, munhälsobedömning och basal inkontinens bedöms är väl inarbetat på våra boenden. Vidare arbetar man med *Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demens* (BPSD) samt Palliativa registret.

Arbetet med en god läkemedelsbehandling för äldre, genom minskning av olämpliga läkemedel eller läkemedelskombinationer är ständigt pågående arbete. Nulägesanalys som sker årligen i länet samt läkemedelsgenomgångar är våra inarbetade metoder. Kommunen har mycket goda resultat vad gäller antalet ordinerade läkemedel/dag men vi har inte lyckats sänka förskrivningen av sömnläkemedel som var ett mål.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén 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.

Övergripande mål är varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att en minskning av vårdskador ska ske. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Vårdgivaren ska arbeta förebyggande genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren har ett större och tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens med mera tillgodoser kravet på en god vård. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultatet genom uppföljning/egenkontroller som ska delges personal, vårdtagare och övriga medborgare. Patientlagen (2014:821) stärker och tydliggör patientens ställning samt främjar dennes integritet, självbestämmande och delaktighet.

- Färdigställa och implementera hälso- och sjukvårdsprocesserna som vi arbetat med under året med verktyget 2C8.
- Upprätthålla avvikelserapportering och fortsatt arbete med att implementera rutiner för riskanalysarbete.
- Fortsätta arbetet med kvalitetsregistren på särskilt boende och implementera det i hemsjukvården.
- Vidareutveckla samverkan mellan olika professioner inom kommunen och mellan kommunen, specialistvården och primärvården för att patienterna ska få en god och säker vård.

Organisation och ansvar

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 kraven på en god vård upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Vårdgivaren ansvarar för att det finns en verksamhetschef och en medicinskt ansvarig sköterska (MAS) för hälso- och sjukvården inom förvaltningens verksamhetsområde för att tillgodose att kommunal hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen 2017

Verksamhetschef enligt HSL:s ansvar

Verksamhetschefen ska 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 sjuksköterska (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen 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.

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. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Hygiensjuksköterska

Ansvarar för att det finns aktuella hygienrutiner och är behjälplig vid hygienronder samt specifika patientärenden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare. Samverkan sker med primärvård, specialistvård, SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) 1177 samt olika nätverk på länsnivå. Samverkan sker i olika mötes forum och via samverkansdokument.

- Samverkansavtal läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Hjälpmedelsavtal mellan kommunerna och regionen.
- Överenskommelse mellan länets kommuner och regionen gällande samarbete och samordning.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård.
- Samverkansprojekt i länet - Trygg, säker och samordnad vård och omsorgsprocess.
- Samverkans forum – inspirationsgrupp främst inom äldreomsorgen
- Lokal samverkansgrupp för äldre och kroniskt sjuka
- MAS representation i läkemedelskommitténs hanteringsgrupp
- Länsövergripande MAS och Verksamhetschef möten
- Länsövergripande nätverk kring demenssjukdomar

För att identifiera brister i vårdkedjan finns en avvikelserutin mellan kommunerna och regionen. Den heter Avvikelse i Vårdkedjan och skrivs i dagsläget manuellt och skickas med post.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning på Vård- och omsorgsboende erbjuds vårdtagaren och anhöriga ett välkomstsamtal tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och kontaktperson, där vårdtagaren tillsammans med anhöriga får vara delaktiga i sin omvårdnads och genomförandeplan. Anhöriga erbjuds även att delta vid samordnade vårdplaneringar om den enskilde ger sitt samtycke. Vid riskbedömningar inför registrering i senior alert och symtomskattning inför läkemedelsgenomgångar är vårdtagare och i vissa fall anhöriga delaktiga. Ansvarig enhetschef eller MAS kontaktar vårdtagare och/eller anhöriga när klagomål eller allvarliga händelser inträffat. De erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningar som gäller vårdskada. De kontaktas också alltid om en Lex Maria anmälan är aktuell.

Kommunens anhängcenter erbjuder stöd för personer som vårdar en anhörig som är långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse och vårdskador uppmärksammas främst genom patientklagomål, avvikelshantering samt riskanalyser i Senior Alert, Palliativa och BPSD registret.

Den personal som uppmärksammar en risk för vårdskada eller en händelse som medfört eller har kunnat medföra en vårdskada rapporterar det i vårt avvikelssystem Procapita. Ansvarig sjuksköterska och enhetschef ansvarar för att vidta omedelbara åtgärder. Om sjuksköterskan anser att avvikelserna är av allvarlig karaktär skickas den vidare till MAS för utredning och eventuell Lex Maria anmälan. De övriga avvikelserna sammanställs och återkopplas till verksamheten via arbetsplatsträffar 1 gång/månad.

Enligt verksamhetens årshjul ska de sedan sammanställas kvartalsvis och redovisas med antal och vidtagna åtgärder till MAS och verksamhetschef för HSL. Slutligen sammanställs de och redovisas för nämnd via patientsäkerhetsberättelsen

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten hanteras av ansvarig enhetschef och/eller sjuksköterska om de är av enklare karaktär. De övriga skickas vidare till MAS för utredning. De som inkommer via kommunens klagomålshantering diarieförs och utreds av verksamhetschef eller MAS beroende på innehåll. Därefter återkopplas resultatet till uppgiftslämnaren och en sammanställning till nämnd redovisas kvartalsvis. Klagomål som kommer via IVO eller Patientnämnden Etiska nämnden utreds och besvaras på samma sätt som om det inkommit direkt till kommunen

Patientnämnden-Etiska nämnden

Nämnden bedriver verksamhet för Region Västernorrlands län samt länets 7 kommuner. Uppdraget regleras i första hand i Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patientnämnderna har sedan 2018-01-01 fått ett utökat uppdrag att utgöra en stödjande funktion för patienter, kunna ge skrivhjälp samt bistå vid överklagan av beslut. Nämnden har haft 1 ärende gällande Timrå Kommun under året. Ärendet gällde läkemedelsöverlämnande i form av ögondroppar. Kommunens personal hade inte fått information om ordinationsändring.

Antal ärenden från Timrå Kommun 2014-2019

2014	2015	2016	2017	2018	2019
6	4	0	4	1	1

Egenkontroll

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

Egenkontroll som utförs i verksamheterna löpande

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	4 gånger per år	Avvikelsehanteringsystemet Procapita
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Trycksår	Löpande	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande, rapport	Patientnämnden, IVO, Inkomna klagomål från medborgare
Fall	Löpande	Senior alert, Procapita
Munhälsa	Löpande	Senior alert, uppsökande munhälsa bedömning
Nutrition	Löpande	Senior alert
Nulägesmätning, olämpliga läkemedel till äldre	1 gång per år	Resultat sammanställning och analys

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

BPSD

Kommunens demenssamordnare utbildar personalen på våra boenden att genomföra bedömningar med verktyget BPSD (Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demenssjukdom) Kommunens demenssamordnare har under året utbildat ytterligare 8 administratörer på ett av våra vård och omsorgsboenden i registret. Yrkeskategorier som deltagit är undersköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska samt ansvarig chef för att arbeta mer teambaserat med dessa symtom. Genom att fånga upp beteendemässiga och psykiatriska beteenden hos vårdtagaren skrivs en bemötandeplan med personcentrerade omvårdnadsåtgärder och arbetet blir mer strukturerat. Att arbeta med BPSD-registret ska bidra till att minska användandet av olämpliga läkemedel och minska symtom som tex. agitation, oro och ångest.

Inkontinens

Via en gemensam upphandling i länet startade 2019 en utbildning i inkontinens och förskrivningsrätt för inkontinensprodukter. Under året har tre sjuksköterskor deltagit och två till kommer att utbildas våren 2020. Med ett ökat antal behöriga sjuksköterskor samt verktyget Tena Identify vill vi säkra en god och säker inkontinensbehandling för våra vårdtagare.

Läkemedelshantering

En länsgemensam upphandling för köp av externtjänst till läkemedelsgranskning av kommunens akutläkemedelsförråd genomfördes 2019. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på våra läkemedelsförråd ska ske en gång per år. Under hösten genomfördes granskning av två förråd. De övriga kommer att granskas under våren.

Dokumentation

I samband med arbetet att lägga till klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som ska rapporteras månadsvis till Socialstyrelsen i vårt verksamhetssystem Procapita har vi genomfört en översyn av dokumentationsprocessen. Arbetet med att skapa nya dokumentationsrutiner för att kvalitetssäkra omvårdningsdokumentationen pågår.

Vårdhygien

För att uppnå och upprätthålla en god basal hygien och rutiner för arbetskläder är nära samverkan med vårdhygien enheten och vår hygiensjuksköterska av stor vikt. Kommunen har ett samverkansavtal med Region Västernorrland och köper specialistkompetens inom vårdhygien. Vilket innebär tillgång till riktlinjer och rutiner, fortlöpande utbildningsinsatser, hygienronder, konsultation och handledning vid smitta.

Samverkan vid utskrivning från sjukhus

Den 1 januari 2018 trädde den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Syftet var att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Antalet dagar utan betalningsansvar för kommunen minskade från fem till tre dagar i den somatiska vården. En av de största patientsäkerhetsriskerna uppstår när sköra äldre byter vårdnivå, till sjukhus eller hem från sjukhus.

Länets kommuner och Regionen tog fram länsövergripande rutiner och formulerade några mål:

- Att öka antalet individer som får en samordnad individuell plan (SIP) i samband med utskrivning från sjukhus.
- Att öka antalet SIP som genomförs i hemmet efter utskrivning från sjukhus
- Att minska antalet dagar på sjukhus för den enskilde efter att ha blivit utskrivningsklar.
- Att öka antalet digitala rapporter från kommunen istället för i pappersform när en individ skickas till sjukhus.

Risikanalys

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

Vi följer Timrå kommuns policy och använder framtagen mall för risk- och konsekvensanalys. Riskanalyser på individnivå sker vid avvikelshantering och vid framtagande av handlingsplaner. Den riskanalys som fortlöpande sker på verksamhetsnivå är alltid vid förändringar i verksamheten. Vi är inarbetade på att bedöma arbetsmiljörisker och konsekvenser men behöver utveckla riskbedömningar för patientsäkerheten. I avvikelssystemet finns möjlighet att göra riskanalys av alla händelser.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Utredningarna bör sammanställas analyseras och återföras på övergripande nivå för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Lex Maria

Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Vi har inte haft någon Lex Maria anmälan i kommunen under 2019.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Behörighetsbeställningar och dataurval styr vilket åtkomst våra medarbetare har utifrån funktion och roll. Det finns upprättade rutiner för vem och hur en behörighetsbeställning genomförs. Rutiner för loggkontroller har tagits fram och logguppföljning sker månadsvis av journaldokumentation och journaler. Vi använder Siths kort som inloggning till Nationell patientöversikt (NPÖ) vårdplaneringsverktyg (Prator), samt kvalitetsregister.

En blankett finns framtagen som medborgaren ska fylla i för att ge sitt samtycke för informationsöverföring. Informationsutbyte med slutenvård och primärvård i samband med vårdövergång sker i Prator. Vid kommunikation mellan kommunens sjuksköterska och läkare inom primärvården används Zimbra som är primärvårdens eget system.

Utifrån GDPR har en registerförteckning skapats som innehåller alla behandlingar förvaltningen gör i verksamhetssystemet Procapita/Lifecare. Förteckningen visar vilka behandlingar som görs, varför och var i systemet det finns. Den uppdateras löpande. Information om personuppgiftshantering har hållits för enhetschefer inom stöd, vård och omsorg

Kommunen har inte genomfört någon systematisk journalgranskning 2019. De brister som uppmärksammas av MAS eller övrig legitimerad personal i samband med dagligt arbete eller händelseanalyser återkopplas till ansvarig legitimerad personal.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Avvikelser

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård är skyldiga att rapportera avvikelser oberoende av om det är kommunen eller regionen som har ansvaret för hälso- och sjukvården.

Avvikelsehanteringen är grunden i allt kvalitetsarbete och resultatet skall användas för att identifiera riskområden, förbättra verksamheten och formulera målsättningar. Det är därför viktigt att alla avvikelser rapporteras vidare och utgör en naturlig del av patientsäkerhetsarbetet. En bedömning skall göras om den inträffade avvikelsen enbart skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet (internutredning) eller om den skall anmälas till berörd myndighet (Inspektionen för vård och omsorg). Syftet med avvikelsehanteringen är att förhindra att händelsen upprepas samt att försöka hitta grundorsaken till händelsen. En följd av avvikelsehanteringen är att personalens kunskaper om riskfaktorer ökar.

Tabell 1. Avvikelser uppdelat på år och område.

	Läkemedel	Vård och behandling	Fall	Avvikelser i vårdkedjan
2009	258	6	499	
2010	254	16	511	
2011	269	22	570	7
2012	326	26	495	9
2013	335	22	491	8
2014	321	28	650	10
2015	327	17	601	11
2016	399	46	597	10
2017	428	22	489	7
2018	377	47	561	9
2019	449	45	600	11

Läkemedel

Läkemedelshantering och de lokala rutinerna ska vara väl kända av all berörd personal. Av de 449 inrapporterade avvikelserna gällde 400 överlämnande fasen dvs. när delegerad personal ska ge vårdtagaren läkemedlet. Ca 900 doser överlämnas/dag inom våra verksamheter. Delegerad omvårdnadspersonal överlämnar läkemedelsdoser från dosett eller Apo-Dos.

Apo-Dos är en tjänst från Svensk dos som innebär att läkemedlen levereras förpackade i dos påsar till patienten för 14 dagar åt gången.

31 avvikelser har skett i samband med att sjuksköterskan har iordningställt läkemedel i dosett.

Det ska finnas dokumenterat i omvårdnadsjournalen om sjuksköterskan efter läkarbedömning har tagit över ansvaret för läkemedelshandlingen när vårdtagaren inte själv klarar av att hantera sina läkemedel. All hantering av läkemedel som iordningställande och överlämnande skall finnas dokumenterade. För hantering av narkotika gäller särskilda regler.

Läkemedelsgenomgångar

Många äldre har flera läkemedel för olika sjukdomstillstånd. Men med stigande ålder ändras kroppens förmåga att tillgodogöra sig läkemedel och man blir också känsligare för biverkningar. Genom att systematiskt arbeta med läkemedelsgenomgångar kan man uppnå en optimerad läkemedelsanvändning. Läkare, sjuksköterska, personal och ibland anhöriga skall tillsammans med patienten gå igenom dennes läkemedelslista och vilka eventuella besvär patienten har. Läkaren gör därefter en bedömning om behov finns för att ändra doser, lägga till eller ta bort läkemedel.

En regelbunden och systematisk utvärdering och uppföljning av läkemedelsbehandlingen enligt ”läkemedelskommitténs koncept” ökar kvaliteten och säkerheten i vårdtagarens läkemedelsbehandling. Under 2019 har 55 % av vårdtagarna på vård och omsorgsboenden fyllt i en symtomskattningsskala som är ett underlag för läkemedelsgenomgången. Inom hemsjukvården är det endast ett fåtal personer och vi arbetar tillsammans för att skapa en arbetsrutin som fungerar för den verksamheten eftersom vårdtagarna kan ha olika läkare.

Nulägesbeskrivning

Många äldre behöver läkemedel, men läkemedlen bör vara så få som möjligt och de bör regelbundet omprövas. Läkemedelskommittén har sedan 2007 i samarbete med länets kommuner tagit initiativ till att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre. Genom att räkna antalet läkemedel under en dag erhålls värdefull information över utvecklingen inom regionen. Nulägesbeskrivningen påvisar läkemedelsanvändningen för personer 75 år och äldre inom kommunala boenden under en dag i september månad. 2014 påbörjades mätningen även på våra hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende. Den omfattar personer 75 år och äldre som har hjälp med läkemedelshandling i hemsjukvården. Timrå kommun ligger lågt i antalet ordinerade läkemedel och i flera fall av olämpliga läkemedel. Men gällande ordinationer av sömnmedel har vi en liten ökning från 21 % till 22 % inom vård och omsorgsboenden. Detta är ett förbättringsområde inför kommande år. Det finns två typer av ordinationer som mäts i nulägesbeskrivningen. Stående läkemedel som innebär att patienten tar det regelbundet och vid behovs läkemedel som tas när det finns behov.

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i genomsnitt i Timrå Kommun

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
7,0	7,3	6,9	7,0	7,1	6,0	7,0	6,5	6,5	6,2	6,2	6,4

Genomsnitt i länet

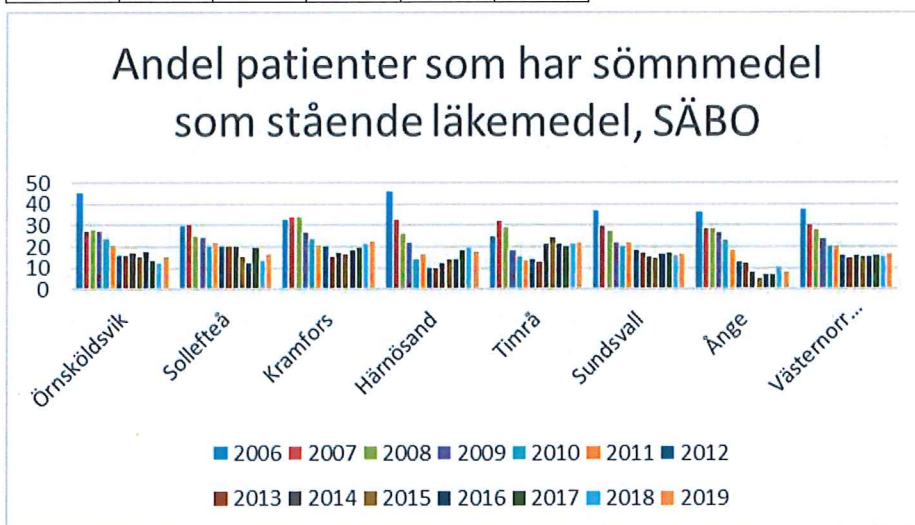
7,3	7,5	7,2	7,4	7,3	7,1	7,1	7,2	7,2	7,4	7,5	7,8
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i hemsjukvården

2014	2015	2016	2017	2018	2019
5,6	5,9	6,3	6,6	6,2	7,6

Genomsnitt i länet

7,1	7,6	7,2	7,2	7,2	7,8
-----	-----	-----	-----	-----	-----



Analys

Vi har inte förbättrat oss när det gäller antalet läkemedelsavvikelser. Däremot beror ökningen på att hemtjänsten förbättrat sin rapportering vilket är mycket positivt. Ordinärt boende har ökat sin rapportering från 64 avvikelser 2018 till 160 2019. Att personalen får regelbunden återkoppling av sina avvikelser och deltar i förbättringsarbetet kan vara en bidragande orsak. Vanligaste läkemedelsavvikelsen är att läkemedlet glömts bort (utebliven dos) 377st eller givits fel tid. Oftast har bristen upptäckts i tid och kunnat åtgärdas efter kontakt med sjuksköterskan. Att vi endast ökat antalet genomförda läkemedelsgenomgångar från 52 % 2018 till 55 % 2019 beror tyvärr på bristande läkarresurser från en hälsocentral.

Förbättringsförslag

Fortsätta vårt arbete med hanteringen av avvikelser på verksamhetsnivå samt stödja arbetet med att genomföra riskanalyser. I samverkan med primärvården skapa en bättre arbetsrutin som ökar möjligheten till att fler läkemedelsgenomgångar genomförs. Under våren planeras fortsatt utbildning och stöd till personalen på våra boenden för att minska BPSD. Detta tillsammans med arbetet kring personcentrerad vård ska kunna bidra till ett minskat behov av sömnläkemedel.

Fall och fallskador

Ett fall definieras som *"en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken oavsett om skada inträffat eller ej"*.

Att falla kan vara farligare än man tror, det är en olyckstyp som leder till många dödsfall. Av de fall som leder till höftledsfrakturer innebär det att många aldrig återfår ett normalt liv. Risken att falla ökar med stigande ålder. Enligt en studie från SBU faller var 3:e person över 65år minst 1gång/år. En riskbedömning ska göras i samband med inflyttning. Sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal bör alla vara involverade i det förebyggande arbetet och erhålla utbildning i fallförebyggande åtgärder.

Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Många fall kan förebyggas med träning, säkerhet i närmiljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel.

Analys

Många äldre faller i våra boenden trots förebyggande åtgärder. 2019 rapporterades 600 fall vilket är en ökning från tidigare år. Hemtjänsten har rapporterat 126 fall under året. Antalet frakturer har minskat från 10st föregående år till 8st 2019. Fallriskbedömning hade genomförts på 430st av de rapporterade fallen. De flesta fall sker när vårdtagaren befinner sig i sin lägenhet/rum 367 st. och utan att någon sett händelsen. Allt fler äldre bor kvar hemma så länge som det går och en stor del av de äldres tid spenderas i hemmet och dess omgivning. Äldres förmåga att vara delaktiga och självständiga har visat sig ha stor påverkan på deras välmående och möjligheten att bo kvar i hemmet har en grundläggande betydelse för detta. Äldre personer är överrepresenterade både i fallolyckor och i bränder och för att säkerställa att våra äldre bor och verkar i en trygg och säker miljö är det av yttersta vikt att samhället arbetar förebyggande för att stärka de äldres resurser samt förhindra olyckor och tillbud.

Konsekvenser av fall



Under 2019 har vi genomfört tre TUFF-grupper på 12 veckor och totalt haft ett 30-tal deltagare med. TUFF är en utbildningsinsats där socialtjänsten i Timrå kommun, Räddningstjänsten Medelpad samt Brandskyddsföreningen i Västernorrland samarbetar.

Upplägget av TUFF grundar sig på det engelska konceptet STEER, som innehåller både teoretiska föreläsningar och praktisk träning, varvat med social samvaro. För att få delta i TUFF krävs att deltagarna uppfyller vissa kriterier, till exempel att de ska vara minst 70 år, ha ramlat eller upplevt att balansen försämrats. Deltagarna ska även kunna ta sig till brandstationen i Timrå där alla träffar äger rum.

Syftet med TUFF är att erbjuda personer, som bor i ordinärt boende i Timrå kommun, med nedsatt balans, möjlighet att få utbildning och träning för att förebygga fall och fallolyckor.

Resultaten av arbetssättet i TUFF utvärderas genom både kvalitativ och kvantitativ metod. Mätningar av fysiska parametrar görs både inledningsvis och avslutningsvis av träningsperioden. TUFF deltagarna har även möjlighet att beskriva sina upplevelser av TUFF via en uppföljningsenkät samt vid kortare intervjuer.

Resultaten av de mätningar och tester som görs på deltagarna i TUFF visar att de flesta deltagare antingen förbättrat eller bibehållit sina fysiska funktionsförmågor. De tester som görs är utvalda för att mäta funktioner och aktiviteter som är tillämpbara och användbara i vardagen. Resultaten av de kvalitativa mätningarna visar att så gott som samtliga deltagare är nöjda med upplägget och innehållet i TUFF. Deltagarna tycker att kombinationen av föreläsningar och träning är bra och att innehållet i föreläsningarna är riktat och anpassat för att ge dem ny kunskap som de kan ha nytta av i vardagen.

Deltagarna anser också att de får verktyg att kunna träna hemma samt att TUFF ger dem motivation att fortsätta träna styrka och balans även efter avslutad utbildning.

Förbättringsförslag

Fortsätta att arrangera TUFF utbildning i förebyggande syfte för personer i ordinärt boende. Utveckla och öka möjligheter till träning i vardagen för våra vårdtagare på vård och omsorgsboenden.

Vård och behandling

Antalet avvikelser inom vård och behandling har minskat något under 2019. Från 47st till 45st 2019. 40st rör bristande behandling i form av utebliven eller felaktigt utförd insats. 3st beror på bristande kompetens och 2st bristande bemötande

Avvikelser i vårdkedjan

Region Västernorrland och länets kommuner har i samverkan beslutat att hjälpa varandra med att identifiera brister i verksamheten. När en personal uppmärksammar en brist hos en annan vårdgivare – som påverkar den egna verksamheten negativt eller som orsakat eller har kunnat orsaka en patientskada – meddelas vårdgivaren via en gemensamt framtagen blankett. Svar på avvikelserna skickas därefter som beskriver hur den negativa händelsen ska kunna undvikas i framtiden. Under 2019 har kommunen mottagit 3 avvikelser som gällt bristande arbetsmetod och själv skickat 9 st. Dessa har gällt bristande information och bristande rutiner/arbetsmetod.

Senior alert

Genom att använda senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetet på individnivå. Man utför riskbedömningar gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa samt basal inkontinens. Varje enskild person som möter vård och omsorg ska ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Under 2019 har 187 vårdtagare fått en bedömning. Det har genomförts 274 riskbedömningar och 249 av dessa har identifierat någon risk

Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, exempelvis när hud utsätts för tryck, vid lågt näringsintag, vid nedsatt cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen.

För att förhindra att trycksår uppkommer skall sjuksköterskan göra en riskbedömning och registrera den i Senior Alert. Bedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen och utifrån vad den visar ska preventiva åtgärder vidtas. När behov uppstår skall det finnas möjlighet att inom ett dygn erbjuda tryckavlastande madrasser. Ett trycksår kan ge smärta, därför skall sjuksköterskan genomföra en smärtstatus så att effektiv smärtlindring kan ges.

Av 187 riskbedömda personer hade 88 personer en risk för sår. 19st hade trycksår.

Analys

Trycksår förekommer trots utbildningsinsatser och hjälpmedelstillgång.

Förbättringsförslag

Förbättrat teamarbete vid upprättande av hälsoplaner och åtgärder. Viktigt att även omvårdnadspersonal får mer utbildning i förebyggande arbete och positionering.

Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida elva timmar. Är nattfastan längre, ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar också möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med för lång nattfasta löper risk för undernäring.

Kosten som serveras på vård och omsorgsboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att en riskbedömning enligt Senior Alert och gällande nutritionens riktlinjer genomförs vid inflyttning och följs regelbundet. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas. Alla nutritionproblem skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och områdeschefer har tidigare fått utbildning i kost och nutrition av dietist.

Av 187 riskbedömda personer finns det 65 st. som har ett BMI < 22 (Body Mass Index är ett statistiskt mått på kroppsvikt baserat på vikt och längd)

Förbättringsförslag

Man arbetar kontinuerligt i verksamheterna med att minska nattfasta och servera mellanmål enligt rutiner. Det har inte funnits tillgång till stöd från dietist vid svåra ärenden under 2019. Vi kommer att se över möjligheten att köpa tjänst till våra vård och omsorgsboenden kommande år.

Munhälsa

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett vård och omsorgsboende ska sjuksköterskan göra en munhälsobedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid/informas om bedömningen för att få information om hur munhålan skall skötas. Av 187 bedömda personer hade 50 av dem identifierade risker.

Region Västernorrland har upphandlat årliga munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av Folk tandvården.

Inkontinens

Många av vårdtagarna som bor på vård och omsorgsboenden samt de personer som tillhör hemsjukvården har inkontinensproblematik. Besvären varierar och därför skall inkontinenshjälpmedel förskrivas individuellt. På varje enhet och hemsjukvårdsdistrikt ska det finnas en sjuksköterska med utbildning att utreda problem med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med omvårdnadspersonalen angående åtgärder som behöver vidtas.

När någon flyttar in på ett boende har han/hon ofta redan inkontinenshjälpmedel förskrivna. Sjuksköterskan bör därefter göra uppföljningar årligen. Timrå kommun har under året använt sig av Tena Identifi som är ett stöd vid inkontinensutredningen på vård och omsorgsboenden. Det innebär att man med hjälp av sensorer i inkontinensskyddet kan kartlägga urinmängd och miktionsstider. Vi har även tecknat ett hyravtal med MTA på två blåsvolymmätare som används i inkontinensutredningar samt för kontroll av residuralurin i samband med kateterbehandling.

Analys

Tena Identifi kartläggningen har inte använts i den utsträckning den borde pga. personalomsättning. Där det genomförts har det lett till individuellt anpassade toalettassistans och bytestider som ger ökad Comfort och livskvalitet. Man har i de flesta fall minskat på inkontinensskyddets storlek. Vilket även leder till en kostnadseffektiv förskrivning och minskad avfallshantering.

Förbättringsförslag

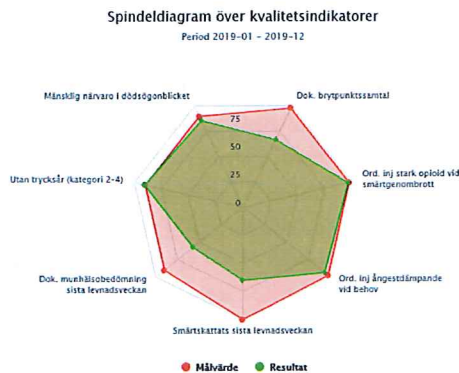
Vi har haft få anställda sjuksköterskor med utbildning i Inkontinens och förskrivningsrätt. Under året har tre sjuksköterskor genomfört en distansutbildning på MIUN. Under våren 2020 utbildas ytterligare två sjuksköterskor. Det är planerade utbildningar på både boenden och inom hemsjukvården med verktyget Tena Identifi.

Palliativa registret

Det Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Utifrån olika parametrar registrerar sjuksköterskan vad som skett sista tiden i livet. På så sätt kan man följa upp och förbättra vården samt säkerställa att alla får samma möjligheter i livets slut. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död ska kunna känna trygghet inom följande punkter.

- Jag och mina närstående är informerad om min situation
- Vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Vara ordinerad läkemedel vid behov
- Få god omvårdnad utifrån mina behov
- Få vårdas där jag vill dö
- Inte behöva dö ensam
- Veta att mina närstående får stöd

Timrå kommuns resultat av kvalitetsindikatorer 2019



Vård och omsorg av personer med demenssjukdom

Personal som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom bör ha utbildning inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Övergripande för vård och omsorg vid demenssjukdom är att den ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Detta förhållningssätt syftar till att sätta personen med demenssjukdom i fokus och att ha en mer personlig omvårdnad och vårdmiljö samt förståelse för de olika problem och svårigheter som kan uppstå i samband med sjukdomen.

Inläsning får inte ske, det ska finnas möjlighet att passera ytterdörren. Kodlås är tillåtet under förutsättning att det finns personal som omgående kan öppna dörren och följa med ut eller avleda den boende. Idag finns inget lagstöd för att använda tvång och begränsningar i demensvården, även om syftet är att skydda personen. Det är möjligt att använda förhållningssätt och arbetsmetoder som kan förebygga och hantera svåra situationer istället för tvångs- och begränsningsåtgärder. Utbildning i form av demenscentrums utbildningspaket: Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar startade 2016 och pågår fortfarande.

Alla vård och omsorgs boenden ska ha ett team som är utbildade att arbeta med BPSD-registret. Genom att identifiera specifika omvårdnadsåtgärder och skapa en bemötandeplan till den demenssjuke kan man minska symtom och förbättra livskvalitén. Det ger personalen en struktur i vård- och omsorgsarbetet med den demenssjuke.

Anhörigkonsulent och demenssamordnare har hållit i en demensinriktad anhörigutbildning med 5 träffar under året. Vår anhörigkonsulent har också deltagit som ledare vid ett länsarrangerat läger för unga anhöriga till demenssjuka. Demenssamordnare samt anhörigkonsulent har startat ett samarbete med hälsocentralen för att få kännedom om och kontakt med personer som får en demensdiagnos.

Målsättningen för vård och omsorg om personer med demenssjukdom är att:

- Webbutbildningarna Demens ABC och Demens ABC+ skall vara obligatorisk för samtlig baspersonal och vikarier inom särskilt boende och hemtjänst.
- Alla vårdtagare på särskilt boende med beteendemässiga eller psykiska symtom ska bedömas enligt BPSD
- Genomförd webbutbildning Nollvision av samtlig omvårdnadspersonal

Analys

Vår demenssamordnare tillsammans med specialistundersköterskor har under året utbildat omvårdnadspersonal i personcentrerad vård, livsberättelse och utformning av genomförande planer. Då vi har stor omsättning av personal krävs återkommande utbildning och stödinsatser.

Förbättringsförslag

Demenssamordnare kommer att fortsätta implementera arbetssättet utifrån BPSD-registret för att minska dessa symtom. Det sker på ett vård och omsorgsboende i taget och omfattar alla yrkeskategorier i teamet.

Klagomål och synpunkter

Vårdgivaren är skyldig att ta emot och hantera klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och närstående. När en medborgare har lämnat ett klagomål ska vårdgivaren snarast besvara det.

Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten hanteras enligt beskrivning av avvikelshantering. De som inkommer via kommunens klagomålshantering diarieförs och utreds av verksamhetschef eller MAS beroende på innehåll. Därefter återkopplas resultatet till uppgiftslämnaren och en sammanställning till nämnd redovisas. Det har inkommit fyra klagomål till MAS angående Hälso- och sjukvård under året. Dessa har åtgärdats och besvarats skyndsamt via telefon eller personlig kontakt. De har gällt bemötande och bristande information/ arbetsmetod.

Mål och strategier för kommande år

Vi kommer att följa utvecklingen vad gäller välfärdsteknik. Kommunen har en representant i styrgruppen för digitala samordnade individuella planer på distans. Vi är även delaktiga i ett pilotprojekt till DIGGA som innebär en digital läkarkontakt med hälsocentralens läkare i vårdtagarens hem. Sjuksköterskan kan undersöka patienten på plats och skicka information samt värden som läkaren kan avläsa och bedöma direkt. Med tanke på framtidens rekryteringsproblem och bristen på legitimerad personal är detta ett sätt att upprätthålla patientsäkerheten. Projektet förväntas starta under våren. Vi har också införskaffat två läkemedelsautomater som ska provas under året. Målet är att öka den enskildes integritet och förmåga till egenvård samt att minska risken för läkemedelsavvikelser.

Vår demenssamordnare kommer att verka för utbildning till omvårdnadspersonal inom hemtjänsten samt implementering av de nationella demensriktlinjerna. Ett annat utvecklingsområde under året är ett utökat samarbete med geriatriken och primärvården för att nå personer med demenssjukdom i tidigt skede.

Utveckling av personcentrerad vård där våra vårdtagare och deras närstående ses som en viktig tillgång och kunskapskälla i vårt arbete är ett mål. Patientens delaktighet ska stärkas och värden ska planeras i samverkan med den det berör.

Under 2020 kommer arbetet med fallpreventionsprojektet tillsammans med räddningstjänsten att fortsätta. Målet är att det fallförebyggande arbetssättet för medborgare ska permanentas. Rehabteamet kommer att fortsätta delta i teamträffar. Samarbetet kring vårdtagare kan utvecklas ytterligare och de tidiga rehabiliteringsinsatserna i hemmet är en viktig insats som möjliggör kvarboende med hög livskvalitet. Rehabteamet kommer att fortsätta sitt påbörjade arbete med en trygg, patientsäker och kostnadseffektiv hjälpmedelshantering.

Arbetet med utvecklingen av ledningssystemet och kartläggning av våra hälso- och sjukvårds processer fortsätter. Vi ska fortsätta arbetet med att kvalitetssäkra avvikelshantering, utredning och återkoppling till verksamheterna.

Samtliga sjuksköterskor i kommunen har fått en heldags utbildning i palliativ vård i livets slutskede. Den arrangerades av Mellannorrlands Hospice. Vår ambition är att etisk vårdplan som arbetsätt sprider sig och ger en ökad trygghet och god palliativ vård för våra vårdtagare.

En distriktssköterska kommer att få avsatt tid för utbildning av hemtjänstens personal i läkemedelshantering. Vi behöver kompetens höja vår omvårdnadspersonal och ge möjlighet att utbilda sommarvikarier i god tid.

