



Patientsäkerhetsberättelse gällande hälso- och sjukvård i Timrå Kommun 2016

Ulrica Hedlund Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Birgitta Andersson Verksamhetschef



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund	3
1.1 Utökat patient inflytande	3
1.2 Årlig patientsäkerhetsberättelse	3
1.3 Kvalitetsledningssystem	4
1.4 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
1.5 Samverkan med andra vårdgivare	5
2. Samordnad vårdplanering & Informationsöverföring	6
2.1 Prator - IT-stöd för samordnad vårdplanering	6
3. Läkarmedverkan	7
4. Avvikelsehantering	7
4.1 Vidtagna åtgärder	7
5. Läkemedel	8
5.1. Läkemedelsgenomgångar	8
5.2 Nulägesbeskrivning	8
6. Hygien	9
7. Delegering	10
8. Trycksår	10
9. Vård i livets slutskede – palliativ vård	10
10. Palliativa registret	10
11. Nutrition	11
12. Medicintekniska produkter	11
13. Vård och omsorg av personer med demenssjukdom	11
14. Fall och fallskador	12
15. Rehabilitering	12
16. Munhälsa	12
17. Inkontinens	12
18. Slutsats	13
19. Åtgärdsplan	14



1. BAKGRUND

Patientsäkerhetslagen (2010:659) trädde i kraft 1 januari 2011. Den har som syfte att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården genom att tydliggöra vårdgivarens ansvar. Säkrare vård ska leda till färre vårdskador och därmed ökad patientsäkerhet. Vårdgivare ska arbeta förebyggande genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, beskriva fördelningen av det organisatoriska ansvaret samt årligen upprätta patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren får ett större och tydligare ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens med mera tillgodoser kravet på god vård. Den nya lagen innebär att ansvarssystem inom hälso- och sjukvården reformeras. Patientlagen (2014:821) stärker och tydliggör patientens ställning samt främjar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet

1.1 Utökat patientinflytande

Vårdgivaren ska också göra det lättare för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att till exempel uppmuntra dem att lämna synpunkter.

Patientens klagomål ska utredas förutsättningslöst av Inspektionen för vård och omsorg. Patienten behöver inte själv ha kännedom om vem eller vad som har brustit i behandlingen utan det räcker att anmäla händelsen.

En patient som drabbats av vårdskada ska snarast informeras om händelsen i sig samt bland annat vilka åtgärder vårdgivaren tänker vidta för att liknande händelser inte ska inträffa igen.

1.2 Årlig patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren ska årligen sammanställa en så kallad patientsäkerhetsberättelse – en beskrivning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående år.

Införandet av patientsäkerhetsberättelse förväntas leda till att ett aktivt och systematiskt patientsäkerhetsarbete utförs inom kommunens hälso- och sjukvård såsom förebyggande riskanalyser där bland annat fallskadeprevention ingår.

Sammanställning av föregående års avvikelser som gäller fallolyckor, läkemedel, tryckskador och medicintekniska produkter (MTP)

- Redovisning av registrering i nationella kvalitetsregister
- Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Vilka resultat som uppnåtts.

Antal särskilda boendeplatser i Timrå Kommun 2016 var 202 platser inom Äldreomsorg och 13 platser inom Socialpsykiatri. De 16 korttidsplatserna är belägen på Hagalid Korttidsvård. Det är 260 patienter inskrivna i hemsjukvården och 150 med rehabiliteringsinsatser.



1.3 Kvalitetsledningssystem

I Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 framgår att nämnden ska inrätta och tillämpa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ett välplanerat ledningssystem förbättrar kvaliteten i hälso- och sjukvården och optimerar organisationens interna funktioner. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten (SOSFS 2011:9)

Socialförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom socialtjänstens verksamheter beskriver syftet med kvalitetsarbete enligt följande:

- Bidra till att medborgarnas behov av service och stöd tillgodoses
- Skapa förutsättningar för ett kontinuerligt förändrings- och utvecklingsarbete
- Bedrivs systematiskt
- Vara en integrerad del i det dagliga arbetet.
- Utgångspunkten i socialtjänstens kvalitetsarbete är att arbeta systematiskt utifrån vårt övergripande ledningssystem

God kvalitet inom socialtjänstens och hälso- och sjukvård kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de lagar, förordningar och föreskrifter som beslutas samt att de:

- Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- Utifrån en helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet
- Är kunskapsbaserade och effektivt utförda
- Är tillgängliga och jämlikt fördelade
- Är trygga, säkra och präglade av rättssäkerhet i myndighetsutövningen

Ledningssystemet för kvalitet skall omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten skall med stöd av ledningssystemet

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp
- Utvärdera
- Förbättra verksamheten

Inom socialtjänsten kommer vi under 2017 att fortsätta och prioritera arbetet med att utveckla vårt ledningssystem.

Arbetet kommer att koncentreras på att:

- Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Säkerställa att det finns nödvändiga och revidera befintliga riktlinjer och rutiner.
- Implementera rutiner för riskanalyser och egenkontroll.



1.4 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på en 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.

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

Områdeschefens ansvar

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

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

1.5 Samverkan med andra vårdgivare

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkans dokument.

Samverkansavtal läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.

Hjälpmiddelsavtal mellan kommunerna och landstinget.

Riktlinjer för samordnad vårdplanering och informationsöverföring.

Överenskommelse mellan länets kommuner och landstinget gällande samarbete och samordning.



Riktlinjer för uppsökande tandvård.

Samverkansprojekt i länet - Trygg, säker och samordnad vård och omsorgsprocess

Samverkansforum – inspirationsgrupp främst inom äldreomsorgen

Lokal samverkansgrupp för äldre och kroniskt sjuka

MAS representation i läkemedelskommitténs hanteringsgrupp

2. SAMORDNAD VÅRDPLANERING & INFORMATIONSOVERFÖRING

Vid samordnad vårdplanering (SVPL) överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan och den samordnade vårdplaneringen blir härmed ett av de viktigaste stegen i vårdkedjan för patienten i den gemensamma vård- och rehabiliteringsprocessen.

Grundläggande för all hälsovård, sjukvård och omsorg är att den sker i samråd med patienten och att patientens integritet respekteras. Vårdplaneringen ska resultera i en samordnad vårdplan som beskriver vilka insatser slutenvård, öppenvård och kommun ska ge patienten i anslutning till utskrivning. Aktuell väsentlig medicinsk information skall medfölja vid utskrivning. Vid utskrivningen skall dessutom framgå vem som är den patientansvarige läkaren och vårdplanering med berörda aktörer skall vara upprättad före utskrivning.

Under hösten 2015 startades ett länsövergripande projekt ”Trygg, säker och samordnad vård och omsorgsprocess” där beställare är beredningsgrupp (förvaltningschefer från alla kommuner och landstingets specialistsjukvård och primärvård)

Projektets övergripande mål är att utveckla vård- och omsorgsprocessen för patienter/brukare där sjukvårdshuvudmännen har ett gemensamt vårdansvar.

I SOU 2015:20 om trygg och effektiv utskrivning från slutenvård som bl.a. innefattar ny betalningsansvarslag betonas *”En god vård där ledtiderna på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och att onödig vistelse på sjukhus därmed så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter”*.

Utredningen har slagit fast att hela vårdprocessen är komplex och svåröverskådlig för den enskilde. Därför är det viktigt att optimera rutiner och klargöra ansvarsgränser, oavsett om det handlar om utskrivning från slutenvård eller om den enskilde patienten får vårdinsatser från mer än en vårdgivare i öppen vård. Nya lagar och regler utifrån SOU 2015:20 förväntades träda i kraft 2018-01-01 för patienter inom somatisk vård och ett år senare 2019-01-01 för patienter inom psykiatri inklusive rättspsykiatri.

Den landstingsfinansierade öppna hälso- och sjukvården utser en fast vårdkontakt, som då ansvarar för att kalla till en samordnad individuell planering senast tre dagar efter att patienten efter utskrivningsklar.

Tillämpningen av rutinerna för trygg och effektiv utskrivning ska grunda sig på professionalitet, ömsesidig tillit och samförstånd mellan berörda parter. Intentionen är att patienten ska kunna skrivas ut den dag han/hon inte längre behöver slutenvårdens insatser.

2.1 Prator - IT-stöd för samordnad vårdplanering

Prator fungerar som meddelandehanterare mellan slutenvården, primärvården, psykiatrisk öppenvård och kommunerna. Prator är ett mycket viktigt instrument och lagändringarna i SOU 2015:20 innebär att stora förändringar måste genomföras för att stödja den nya processen.



Idag innehåller systemet ett antal fasta meddelanden, som skickas mellan de olika aktörerna. Prator stödjer även processen att ta fram en gemensam vårdplan för patienten under vistelse inom specialistvården. Vårdplanen kan bevakas genom hela vårdprocessen. Alla parter kan skriva sin del av vårdplanen och justera den elektroniskt. När alla parter justerat vårdplanen är den giltig och tidsstämplad och kan inte ändras. Under året som gått har det visat sig att några avdelningar på Sundsvalls sjukhus inte använder sig av Prator. Detta medför störningar i vårdplaneringsprocessen. Det råder fortfarande kunskapsbrist vad gäller användningen av SIP (samordnad individuell plan). De patienter som skrivs ut från sjukhus till kommunen är ofta multisjuka. Det är viktigt att primärvårdens läkare som ska ta över ansvaret för vården är medveten om patientens vårdbehov och samverkar med kommunens hälso- och sjukvård. Timrå Kommun tillhör de främsta i länet när det gäller att skriva vådrapport vid insändande av patienter till sjukhus.

3. LÄKARMEDVERKAN

Primärvården har ansvar för de läkarinsatser som utförs inom kommunernas vård- och omsorgsboenden och inom hemsjukvården för människor i behov av särskilt stöd enligt samverkansavtal gällande läkarmedverkan. Det övergripande avtalet syftar till god tillgänglighet, att vården skall ges på rätt nivå, att den präglas av delaktighet, kompetens och kontinuitet, samarbete och hög servicenivå samt att läkare medverkar i vården så att vårdbehoven hos målgruppen tillgodoses. Utöver det länsövergripande avtalet finns även lokala överenskommelser för hur personalen skall komma i kontakt med läkare. Rutinen ska vara nerbrutna för enheten och de skall vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer och mailadresser till aktuella läkare skall regelbundet uppdateras. Det har förekommit avvikelser under året vad gäller läkarmedverkan. Den brist som råder på primärvårdsläkare påverkar även kommunen.

4. AVVIKELSEHANTERING

Alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård är skyldiga att rapportera avvikelser oberoende av om det är kommunen eller landstinget 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. Under 2016 har hemsjukvårdens avvikelser rapporterats in i vårt digitala avvikelssystem. Detta har medfört en ökning av både läkemedels och vård och behandlings avvikelser men inte fall.

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

4.1 Vidtagna åtgärder

Avvikelser i vårdkedjan ska följas upp kontinuerligt i de lokala samverkansträffarna, interna avvikelser tas upp på enheten för att förebygga liknande situationer och för att förbättra verksamheten. Inrapporterade avvikelser visar att det finns utrymme för förbättringsåtgärder inom alla områden.

Under 2017 kommer mer arbete att fokuseras på att stödja kvalitets team på varje boende bestående av områdeschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Dessa team ska arbeta med riskanalyser och hantera boendets egna avvikelser för att sedan kunna rapportera vidtagna åtgärder till MAS och Verksamhetschef. Kvalitetsarbetet kommer närmare verksamheten och blir mer naturligt implementerat i personalgrupperna.

5. LÄKEMEDEL

Läkemedelshantering och de lokala rutinerna kring detta måste vara väl kända av all berörd personal. Av de 399 inrapporterade avvikelserna gällde 351 överlämnande fasen dvs. när delegerad personal ska ge vårdtagaren läkemedlet. 29 stycken gällde iordningställande och dosetter var inblandade i 179 fall. Detta stärker vår ambition att försöka få alla patienter som är lämpliga för Apo Dos insatta på det. Apo Dos är en tjänst från apoteket som innebär att läkemedlen levereras förpackade i dos påsar för 14 dagar åt gången.

En extern granskning av läkemedelshanteringen görs vartannat år och eventuella brister skall åtgärdas. Ingen inspektion genomfördes 2016 utan den sker i mars 2017. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande med mera skall dokumenteras. Det skall finnas bedömt och dokumenterat i omvårdnadsjournalen om sjuksköterskan har tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen när den boende inte själv klarar av att hantera sina läkemedel.

5.1. Läkemedelsgenomgångar

Många äldre har flera olika läkemedel för olika sjukdomstillstånd och kan därmed må bra högre upp i åldrarna än man kunde förr. Men med stigande ålder ändras kroppens förmåga att tillgodogöra sig läkemedel och man blir också känsligare för biverkningar. Genom att systematiskt arbeta med läkemedelsgenomgångar vill vi uppnå en optimerad läkemedelsanvändning. Läkare, sjuksköterska, personal och ibland anhöriga skall tillsammans med patienten gå igenom dennes läkemedelslista och vilka eventuella besvär patienten har för att i slutändan behöva 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 2016 har ca 149 läkemedelsgenomgångar genomförts inom våra särskilda boenden. Inom hemsjukvården har man genomfört 39 läkemedelsgenomgångar



och där försöker man hitta en arbetsrutin som fungerar för den verksamheten eftersom vårdtagarna kan ha olika läkare.

5.2 Nulägesbeskrivning

Många äldre behöver läkemedel, men läkemedlen bör vara så få som möjligt och de bör ofta omprövas. Läkemedelskommittén har sedan några år 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 i landstingsområdet. Nulägesbeskrivningen påvisar läkemedelsanvändningen för personer 75 år och äldre inom kommunala boenden under en dag i september månad. Nytt från 2014 var att mätningen även genomfördes på våra hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende. Den gällde för personer 75 år och äldre som har hjälp med läkemedelshantering i hemsjukvården.

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

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
7,5	7,0	7,3	6,9	7,0	7,1	6,0	7,0	6,5	6,5

Genomsnitt i länet

7,6	7,3	7,5	7,2	7,4	7,3	7,1	7,1	7,2	7,2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i hemsjukvården

2014	2015	2016
5,6	5,9	6,3

Genomsnitt i länet

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

6. HYGIEN

I hälso- och sjukvårdslagen står att vården skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. På grund av ökningen av vårdrelaterade infektioner är det mycket viktigt att personalen följer de hygienrutiner som finns. Många av dem som bor på våra särskilda boenden behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta och sprita händerna direkt vid vårdtagarnära arbete. Det skall också finnas tillgång till arbetskläder, skyddskläder och handskar. Den nya författningen SOFS 2015:10 som trädde i kraft 1/1 -2016 innebär att all personal som utför omvårdnad måste ha arbetskläder. Detta innebär en stor förändring inom hemtjänsten och vissa LSS boenden. Under 2016 påbörjades en upphandling i kommunen av arbetskläder till hemtjänstpersonalen.

Timrå kommun har avtalat om tjänsteköp av hygienexpertis från Vårdhygien Landstinget Västernorrland. Vid anställning får man som personal information om basala hygienrutiner



och sitt eget hygienansvar. Samtlig personal har nu fått utbildning i basala hygienrutiner. Områdeschefer och sjuksköterskor har ett gemensamt ansvar för att hygienrutinerna är kända och efterföljs. Under 2016 har uppföljning av hygienronder genomförts på några av kommunens boenden. Det har varit flera utbildningstillfällen till omvårdnadspersonal, sjuksköterskor samt chefer. Det har även förekommit specialinriktade utbildningsinsatser till verksamheter där det förekommit risk för smittspridning. Telefonrådgivning om vardagliga vårdhygieniska frågor har varit uppskattat ute i våra verksamheter. Självskattning av basala hygienrutiner genomförs som stickkontroller bland våra personalgrupper under året.

7. DELEGERING

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen skall följas av ett skriftligt kunskapstest. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer av personalbrist. Delegeringarna skall regelbundet följas upp. Riktlinjen och rutiner för delegering har reviderats under 2016.

8. 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 nationella registret Senior Alert. 232 personer som bor på särskilt boende eller som passerat vår korttidsverksamhet har riskbedömts under 2016. Riskbedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen och utifrån vad den visar skall preventiva åtgärder vidtas.

Dokumentation om trycksår skall ske i en omvårdnadsplan eller i en sårjournal. När behov uppstår skall det finnas möjlighet att inom ett dygn erbjuda tryckavlastande madrasser. Ett trycksår kan ge smärta, därför skall sjuksköterskan om möjligt göra en smärtstatus så att effektiv smärtlindring kan ges.

9. VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE – PALLIATIV VÅRD

Att vårda en människa i livets slutskede är en mycket viktig uppgift. Det skall därför finnas skriftliga lokala rutiner för den vården, läkemedel skall kunna ges inom en viss tid och det skall finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs.

Närstående skall ges möjlighet att delta i vården. En individuell vårdplan skall upprättas där berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen skall framgå att det är vård i livets slut. Sjuksköterskan skall där det är möjligt använda sig av någon skattningsskala, eller på annat sätt försäkra sig om att besvärande symtom lindras. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet skall beaktas.

10. 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. Under 2016 registrerades 55 personer i Timrå Kommun. Vi ligger på 89% vad gäller personer med individuellt ordinerade injektions läkemedel. Däremot är det en minskning på bedömning av smärtskattning med validerat smärtskattningssinstrument samt



antalet brytpunktsamtal genomförda av patientansvarig läkare, vilket är prioriterade förbättringsområden 2017.

11. 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 särskilda boenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning vilka bör följas. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att en riskbedömning enligt Senior Alert och gällande nutritions riktlinjer genomförs vid inflyttning och följs regelbundet. Under 2016 riskbedömdes 232 personer av alla patienter som bodde permanent på särskilt boende eller passerade korttidsverksamheten. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas. Alla nutritionsproblem skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Under 2015 har vi genom tjänsteköp av dietistkompetens utformat nya nutritionsriktlinjer och rutiner. Samtlig omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och områdeschefer har i dagsläget fått utbildning i kost och nutrition av dietist.

12. MEDICINTEKNISKA PRODUKTER

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

13. 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. Utbildningsinsatser kring detta påbörjades 2016 och kommer att fortsätta under 2017, handledning från demenssjuksköterska samt specialistutbildade undersköterskor sker kontinuerligt.

Inlåsning 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 som påbörjades 2016 och kommer att fortsätta under 2017.

BPSD = Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. BPSD är ett kvalitetsregister som används för att skatta beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom för att sedan upprätta specifika omvårdnadsåtgärder och en bemötandeplan till den demenssjuke för att minska symtom och förbättra livskvalitén. Det ger personalen en struktur i vård- och omsorgsarbetet med den demenssjuke. Alla särskilda boenden ska ha ett team utbildat i BPSD, utbildningsinsatser kommer att ske vid minst ett tillfälle varje termin samt återträff för redan utbildad personal för att arbetssättet skall implementeras.

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

- Webbutbildningen 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
- Webbutbildningen Nollvision ska introduceras under året för all personal

Timrå Kommun är delaktig i Socialstyrelsen arbete med remissversionen för de Nationella riktlinjerna vid vård och omsorg vid demenssjukdom och implementeringen av dessa riktlinjer fortskrider kontinuerligt

14. 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. 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.

Många äldre faller i våra boenden trots förebyggande åtgärder. 2016 rapporterades 597 fall. 9 fall ledde till en fraktur. Fallriskbedömning hade genomförts på 501st av de rapporterade fallen. De flesta fall sker när vårdtagaren befinner sig inne på sitt rum 390st. Även hemtjänstens personal har sedan övertagandet av hemsjukvården ett ansvar att rapportera alla fall vilket var 8 st i år. Vi kommer att revidera och omarbete våra riktlinjer/rutiner för fallprevention under året.

15. REHABILITERING



Under 2016 anställdes en samordnare för rehabilitering i kommunen. Uppdraget är att omvärldsbevaka och utveckla verksamheten med fokus på rehabilitering.

Kommunens hälso- och sjukvård ansvarar för rehabilitering på vård- och omsorgsboenden samt patienter som enligt tröskelprincipen har behov av rehabiliteringsinsatser i sitt ordinära boende. De allt kortare vårdtiderna på sjukhus ställer allt större krav på att tidigt kunna bedöma funktionsförmåga för att det ska fungera för patienten när hen kommer hem från sjukhuset.

Målsättningen är att rehabiliteringspersonal deltar i samband med vårdplaneringar på sjukhus, för att säkerställa patientens behov av rehabilitering. Många rapporter pekar på att rehabiliterande åtgärder efter sjukhusvistelse ger goda effekter och minskar behovet av hemtjänstinsatser vilket leder till ökat kvarboende. Rehabprofessionerna har en nyckelroll när det gäller att handleda omvårdnadspersonal i ett rehabiliterande förhållningssätt. Tekniska hjälpmedel förskrivs individuellt av sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Förskrivna hjälpmedel skall följas upp. En länsövergripande hjälpmedelskommitté med uppdrag att stödja och utveckla hjälpmedelsverksamheten finns.

16. MUNHÄLSA

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende ska sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid/informeras om munhälsobedömningen för att få information om hur munhålan skall skötas.

Landstinget Västernorrland har upphandlat årliga munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av Folktandvården. Den överenskommelsen skall vara känd av alla berörda. Under 2013 började vi använda munhälsomodulen i senior alert kallad ROAG. Sjuksköterskor har fått utbildning av tandhygienist för att kunna genomföra bedömningarna.

17. INKONTINENS

Många av brukarna som bor på särskilda boenden och 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 särskilt boende har han/hon ofta redan inkontinenshjälpmedel förskrivna. Sjuksköterskan på äldreboendet bör därefter göra uppföljningar årligen. Timrå kommun har under året startat ett projekt och upphandlat Tena Identifi som är ett stöd vid inkontinensutredningen. Vi har även tecknat ett hyravtal med MTA på två blåsvolyymmätare (bladderscan) som ska användas i inkontinensutredningar samt för kontroll av residuralurin i samband med kateterbehandling.

18. SLUTSATS

Äldre personer med omfattande och sammansatta vård- och omsorgsbehov är en växande grupp i vårt samhälle. Denna befolkningsutveckling kommer att ställa stora krav på



kommunens framtida hälso- och sjukvårdsinsatser. Det är därför mycket angeläget att så långt det är möjligt arbeta med förebyggande insatser. Kommunens ansvarsområde har utökats väsentligt i samband med övertagandet av hemsjukvården. Våra samverkansforum på olika nivåer mellan kommun, landstinget och primärvården har inte fungerat fullt ut under året. Landstinget har inte haft någon representant så flera möten har ställts in. Om vi ska upprätthålla en god och säker vårdkedja för våra multisjuka äldre krävs ett gott samarbete mellan parterna och läkartillgänglighet.

Planeringen av insatser ska utgå ifrån individens uppfattning om sin egen hälsa, välbefinnande och sina behov av insatser. Alla skall få den vård och behandling som är ordinerad av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut och ingen ska komma till skada på grund av brister i verksamheten. Genom att följa upp och kvalitetsbedöma de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs kan verksamheterna och kompetens hela tiden utvecklas. Då ser vi bristerna och kan därmed hela tiden förbättra kvaliteten. Under 2017 fortsätter vi att implementera det års hjul som skapades under 2016 som beskriver och kvalitetssäkrar planeringsprocessen för verksamhetsområdet Hälso- och Sjukvård inom Socialtjänsten.

19. ÅTGÄRDSPLAN FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN

Kvalitetssäkringsåtgärder	Ansvarig	Uppföljning
Samordnad vårdplanering - informationsöverföring <ul style="list-style-type: none">Säkerställa att alla avvikelser rapporteras/återkopplas.	MAS/all leg. personal	Löpande
Läkarens medverkan <ul style="list-style-type: none">Säkerställa att avtal om läkarmedverkan följs på våra vård- och omsorgsboenden.Säkerställa att läkaravtal inom ordinärt boende följs.	MAS/ Verksamhetschef (VC)	Löpande



Avvikelsehantering <ul style="list-style-type: none">Avvikelsehanteringen är omstrukturerad. Händelsen ska hanteras, åtgärdas och följas upp på verksamhetsnivå, därefter återkopplas till MAS/Verksamhetschef.	All personal, områdeschef, MAS och Verksamhetschef	Enligt kontrollplan
Läkemedel <ul style="list-style-type: none">Revidera alla lokala arbetsordningar för läkemedelshantering.Skapa rutin och tidsplanering för läkemedelsgenomgångar.	MAS, leg. personal och VC	Löpande
Hygien <ul style="list-style-type: none">Övervaka följsamheten av basala hygienrutinerImplementera SOSFS 2015:10 i hemtjänsten	Sjuksköterska, Områdeschef MAS, VC, Områdeschef	Löpande Våren 17
Delegering <ul style="list-style-type: none">Implementera reviderade riktlinjer och rutiner för delegering.	MAS, VC, sjuksköterska	Våren 17



<p>Trycksår, Nutrition, Fall, Munhälsa</p> <ul style="list-style-type: none">• Att samtliga vård- och omsorgsboenden arbetar aktivt med kvalitetsregistret Senior alert.• Målet är att 90% av alla vårdtagare på vård- och omsorgsboende ska ha en aktuell riskbedömning samt i förekommande fall planerade åtgärder i Senior alert• Revidering av riktlinjer och rutiner fallprevention• Att hemtjänst och hemsjukvård påbörjar screening för fallolyckor enl. senior alert• Att munhälsa ska vara en självklar del vid upprättande av genomförandeplaner• Att den ofrivilliga nattfastan inte är längre än 11 tim• Att det i genomförandeplanen	<p>Områdeschef, Sjuksköterska</p> <p>MAS, VC, Samordnare för rehabilitering</p> <p>Områdeschef, DSK</p> <p>Områdeschef, kontaktpersonal</p> <p>Områdeschef</p> <p>Områdeschef</p>	<p>Uppföljning enligt årsplan</p> <p>Fortlöpande</p>
<p>Vård i livets slutskede – palliativ vård</p> <ul style="list-style-type: none">• Alla väntade dödsfall ska registreras i Palliativa registret.• Vi ska förbättra indikatorerna brytpunktssamtal, munhälsa, smärtskattning	<p>Sjuksköterska</p> <p>Områdeschef, sjuksköterska</p>	<p>Uppföljning enligt årsplan</p>



Vård och omsorg om personer med demenssjukdom <ul style="list-style-type: none">• Webbutbildningen Demens ABC skall vara obligatorisk för samtliga baspersonal och vikarier inom särskilt boende och hemtjänst.• Alla vårdtagare på demensboende med beteendemässiga eller psykiska symtom ska bedömas enligt BPSD• Implementering av reviderade nationella riktlinjer för demens pågår• Revidering av riktlinjen begränsningsåtgärder kommer att genomföras under 2017	Områdeschef, Sjuksköterska samt omvårdnadspersonal MAS, Demenssjuksköterska Verksamhetschef, MAS, Demens ssk	Uppföljning enligt årsplan Våren 2017
Medicintekniska produkter <ul style="list-style-type: none">• Att rutiner för periodiskt underhåll och kontroller skapas.• Säkerställa att inventarieregister upprättas på varje boende.• Delta i det länsövergripande samverkansarbetet när det gäller hjälpmedelsfrågor.	Områdeschef, Arbetsterapeut, Sjukgymnast/fysioterapeut	Våren 2017 Fortlöpande
Inkontinens <ul style="list-style-type: none">• Att förskrivande sjuksköterskor genomför och dokumenterar inkontinens utredningar• Arbeta med Tena Identifi i samtliga verksamheter.	Sjuksköterskor, Omvårdnadspersonal, MAS	Fortlöpande
Rehabilitering <ul style="list-style-type: none">• Att varje patient/brukare med behov av rehabiliteringsinsatser har en upprättad rehabiliteringsplan med mål och utvärdering	Arbetsterapeut, Sjukgymnast/Fysioterapeut	Fortlöpande



Egen kontroll <ul style="list-style-type: none">Följsamhets kontroll av gällande riktlinjer/rutiner	Verksamhetschef, MAS	Uppföljning enl. års plan
--	----------------------	---------------------------