



Patientsäkerhetsberättelse

Timrå Kommun

2017

Ulrica Hedlund Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Birgitta Andersson Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	13
Risikanalys	13
Informationssäkerhet	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Hantering av klagomål och synpunkter	14
Samverkan med patienter och närstående	15
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

Sammanfattning

Under året har verksamheten arbetat med den åtgärdsplan som var upprättad för 2017.

Att avvikelser hanteras, åtgärdas och följs upp på verksamhetsnivå har lett till större delaktighet och ett ständigt förbättringsarbete. Antalet avvikelser gällande vård och behandling samt fall har minskat i år.

Läkemedelsavvikelserna däremot har ökat med 29st. Hemtjänsten har rapporterat 69 läkemedelsavvikelser mot föregående års 55st. Avvikelser i vårdkedjan skrivs inte i den omfattning som de borde, man fokuserar istället på att lösa problemet som uppstår. Klagomål och synpunkter från patienter och närstående utreds och återkopplas.

Kommunen arbetar med flera olika kvalitetsregister. Senior alert där fallrisk, nutrition, trycksår, munhälsobedömning och basal inkontinens bedöms är väl etablerat inom vård och omsorgsboende. Det är 88 % av vårdtagarna som fått en riskbedömning med dokumenterade åtgärder under året. Vidare arbetar man med *beteende psykiatrisk symtomskattning* vid demenssjukdom (BPSD) samt Palliativa registret.

Arbetet med en god läkemedelsbehandling för äldre, genom minskning av olämpliga läkemedel eller läkemedelskombinationer fortsätter. Nulägesanalys och läkemedelsgenomgångar är arbetsmetoder för att nå ett bra resultat. I Timrå kommun har 88 % av vårdtagarna på vård och omsorgsboende fått en fördjupad läkemedelsgenomgång och 48 % i hemsjukvården. Kommunen har mycket goda resultat vad gäller antalet ordinerade stående läkemedel men ligger trots en minskning från föregående år högt på ordinerade sömnläkemedel. Detta är ett förbättringsområde främst inom vård och omsorgsboenden då omvårdnadsinsatser kan minska behovet.

Den ökade bemanningen av sjuksköterskor som därmed minskar antalet patienter som varje sjuksköterska har omvårdnadsansvar för stärker patientsäkerheten. Under året har hälso-och sjukvårdsmöten var 14:e dag implementerats. Verksamhetschef, MAS och enhetschef för sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal ingår i gruppen. Syftet är att arbeta övergripande med kvalitets och patientsäkerhets frågor.

Stort fokus har under hösten varit på trygg, säker och samordnad vård-och omsorgsprocess. Kommunens verksamhetschef för äldreomsorgen har varit representant i styrgruppen för länets projekt och införande. Den 1 januari 2018 infördes lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som ersätter tidigare lag om kommunernas betalningsansvar. Syftet med den nya lagen är att främja en god vård och omsorg för patienter som efter utskrivning behöver insatser från kommun och öppen vård samt att onödig vistelse i den slutna vården ska undvikas så långt det är möjligt. Centrala delar i den förändrade lagstiftningen är därför hur kommun och landsting ska samverka kring gemensamma patienter vid in- och utskrivning från sjukhus.

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att en minskning av vårdskador ska ske. 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. Patientlagen (2014:821) stärker och tydliggör patientens ställning samt främjar dennes integritet, självbestämmande och delaktighet. Vårdgivaren ska underlätta för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att till exempel uppmuntra dem att lämna synpunkter. En patient som drabbats av en vårdskada ska snarast informeras om händelsen i sig och vilka åtgärder vårdgivaren tänker vidta för att liknande händelser inte ska inträffa igen. MAS och verksamhetschef för HSL ska årligen sammanställa en patientsäkerhetsberättelse där det beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående år.

- Fortsatt arbete med egenkontrollplan och årshjul i vårt ledningssystem.
- Upprätthålla avvikelserapportering och fortsatt arbete med att implementera rutiner för riskanalysarbete.
- Fortsätta arbetet med kvalitetsregistren på särskilt boende och implementera det i hemsjukvården
- Utveckla dokumentationen i patientjournalen genom att införa KVÅ-åtgärder (klassifikation för vårdåtagande) för inrapportering till socialstyrelsen och förbättra dokumentationen av hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Genomföra uppföljning av TENA Identifi inkontinens kartläggning.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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)

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.

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.

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.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelser gällande fall, läkemedel och omvårdnad/behandling i den egna verksamheten rapporteras i Procapitas avvikelsemodul. Ansvarig sjuksköterska och enhetschef hanterar avvikelserna och vidtar omedelbara åtgärder. Allvarliga händelser rapporteras omgående till MAS för utredning och mindre allvarliga sammanställs och återrapporteras till MAS och verksamhetschef var 3:e månad enligt ledningssystem. Därefter sammanställs de och redovisas i patientsäkerhetsberättelse. Inkomna avvikelser från andra vårdgivare (avvikelser i vårdkedjan) återkopplas snarast till avsändande vårdgivare. Inkommande ärenden från patientnämnd och IVO utreds och yttrande lämnas av MAS samt redovisas för nämnd.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Grundbemanningen för sjuksköterskorna på vård- och omsorgsboenden har utökats med 2,5 årstjänster. Detta innebär att omvårdnadsansvaret minskade från ca 30 till 14-20 patienter per sjuksköterska.

Under 2017 har alla arbetsplatser fått läkemedelsrum iordningställda med vatten och avlopp. Det har skapats arbetsytor och förvaring av omläggingsmaterial samt läkemedel enligt hygienföreskriften.

I oktober 2017 genomfördes en förändring som innebar att man organiserade hemsjukvården i team som följer hemtjänstens områden geografiskt. Antalet sjukgymnaster/fysioterapeuter har utökats till fyra vilket innebär att de finns representerade i varje team. Biståndshandläggarna gick från datumindelning till hemtjänstens geografiska indelning. Samtliga team träffas två gånger i månaden tillsammans med enhetschef för hemtjänst samt omvårdnadspersonal. En blankett om samtycke har tagits fram för att information om teamträffar ska bli tydligt för patienten. Målet är att det ska bli tydligt för medborgaren vilka som är i hans team och att teamet ska vara konstant även om medborgaren behöver uppsöka specialistsjukvård eller vistas på korttidsavdelning.

Fyra specialistundersköterskor har anställts under året för att stärka upp mottagandet när patienter med omfattande behov av insatser i ordinärt boende kommer hem från sjukhus. Specialistundersköterskan har kunskap i rehabiliterande förhållningssätt och kommer att vara delaktig i kartläggningen av framtida behov av insatser.

Det finns två förflyttningsinstruktörer som träffar ny personal för att säkerställa att vi förflyttar patienterna på ett säkert och ergonomiskt sätt. Tillsvidare anställd personal erbjuds vidareutbildning i förflyttningsteknik.

Delegeringsförfarandet av hälso- och sjukvårdsuppgifter har förändrats och kompletterats med ett skriftligt kunskapstest. En checklista med informationspunkter att använda vid delegeringsförfarandet har skapats och det finns tillgång till träningsmaterial på alla arbetsplatser.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

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 2017 har även hemsjukvårdens avvikelser rapporterats in i vårt digitala avvikelssystem.

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

Läkemedel

Läkemedelshantering och de lokala rutinerna ska vara väl kända av all berörd personal. Av de 428 inrapporterade avvikelserna gällde 336 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.

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

En extern granskning av läkemedelshanteringen görs vartannat år och eventuella brister skall åtgärdas. Under 2017 genomfördes 2 inspektioner. För

hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande och överlämnande skall finnas dokumenterade.

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.

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 2017 har 88 % av vårdtagarna på vård och omsorgsboenden fått en fördjupad läkemedelsgenomgång. Inom hemsjukvården är det 48 % 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 i landstingsområdet. 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 sömnmiddel ligger vi trots en liten nedgång från föregående år på 20 % 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

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7,5	7,0	7,3	6,9	7,0	7,1	6,0	7,0	6,5	6,5	6,2

Genomsnitt i länet

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

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i hemsjukvården

2014	2015	2016	2017
5,6	5,9	6,3	6,6

Genomsnitt i länet

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

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 vårdtagarna inom både hemtjänst och vård och omsorgsboende 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 vårdtagarnas 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. Under 2017 upphandlades därför arbetskläder även till personal inom hemtjänsten i kommunen.

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 fått utbildning i basala hygienrutiner. Enhetschefer och sjuksköterskor har ett gemensamt ansvar för att hygienrutinerna är kända och efterföljs. Utbildning har genomförts vid flera tillfällen under året 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. Inför 2018 införs även ett årshjul med egenkontroll och aktiviteter inom vårdhygien. Utbildningstillfällen under året är inbokade för tillkommande personal.

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. Under 2017 har 88 % av vårdtagarna som bor på vård och omsorgsboende eller som passerat vår korttidsverksamhet riskbedömts. 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.

Nutrition

Ett gott näringsstillstånd 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 omsorgs boenden ska 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 2017 riskbedömdes 88% av alla patienter som bodde permanent på vård och omsorgsboende eller passerade korttidsverksamheten. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas. Alla nutritionsproblem skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Sedan 2015 har vi genom tjänsteköp av dietistkompetens utformat nutritionsriktlinjer och rutiner. Omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och områdeschefer har fått utbildning i kost och nutrition av dietist.

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. 2017 rapporterades 489 fall vilket är en minskning med 108 fall jämfört med 2016. Hemtjänsten har rapporterat 22 fall under året. Även antalet frakturer har minskat från 9 st. föregående år till 8. Fallriskbedömning hade genomförts på 404st av de rapporterade fallen. De flesta fall sker när vårdtagaren befinner sig i sin lägenhet/rum 301 st. och utan att någon sett händelsen.

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.

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 påbörjades 2016 och fortsatte under 2017, handledning från demenssjuksköterska samt specialistutbildade undersköterskor skedde kontinuerligt. Under 2017 genomförde vår demenssjuksköterska hembesök hos patienter som nyligen fått sin demensdiagnos.

Inlåsnung 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 pågick 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 vård och omsorgs 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 har varit 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 har introduceras under året för all personal

2017 startades ett projekt för att öka kvaliteten på omvårdnaden av dementa på våra Vård- och Omsorgsboenden.

Syftet är att utveckla verksamheten mot ett personcentrerat och hälsoaktiverat förhållningssätt.

Målet med projektet är att vi ska ha ett arbetssätt som bygger på personens levnadsberättelse och genomförandeplan där vi jobbar personcentrerat samt att vi ska ha så få begränsnings- och skyddsåtgärder som möjligt inom vård- och omsorgsboenden i Timrå Kommun. För att uppnå detta har två specialistundersköterskor frikopplats från sina ordinarie arbeten och arbetar mot olika boenden på uppdrag från respektive områdeschefer.

Munhälsa

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett vård och omsorgs boende ska sjuksköterskan göra en munhälsobedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid/informerar om bedömningen 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 ska vara känd av alla berörda. Under 2017 genomfördes 277 munhälsobedömningar i Timrå inom vård och omsorgsboende, hemtjänst, LSS och psykiatri.

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. Under 2018

ska metoden implementeras inom hemsjukvården. Vi har även tecknat ett hyravtal med MTA på två blåsvolyymmätare (bladderscan) som används i inkontinensutredningar samt för kontroll av residuralurin i samband med kateterbehandling

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

- Samverkansavtal läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Hjälpmedelsavtal mellan kommunerna och landstinget
- 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

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vi följer Timrå kommuns policy och använder framtagen mall för risk- och konsekvensanalys. Riskanalyser på individnivå sker vid avvikelshantering. 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.

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 vårdplaneringsverktyg, samt kvalitetsregister.

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 system.

En arbetsmetod för kvalitetsgranskning av vårddokumentation är under utveckling.

En revision har genomförts under året där man granskat behörigheter inom socialtjänstens IT stöd. Rapporten innehöll en del åtgärds punkter angående dokumentation och rutiner som ska ses över.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

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 §, 7 kap 2 § p 6

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 kvartalsvis.

2 ärenden har inkommit från IVO där yttrande och handlingar har lämnats i ärendet. 1 svar har inkommit från IVO där man konstaterar att vårdgivaren vidtagit tillräckliga åtgärder.

Patientnämnden-etiska nämnden

Under året har 4 ärenden gällande 3 patienter inkommit till nämnden angående Timrå kommun. Dessa gällde vård och behandling, omvårdnad samt kommunikation och bemötande. Nämnden har blivit ombedd att lämna yttrande på 1 av dem.

Den nya klagomålsreformen som införs 1 januari 2018 innebär att klagomål i första hand ska utredas av vårdgivaren och att patienten själv endast i undantagsfall kan vända sig till IVO. Detta innebär att systematiken i hantering av synpunkter och klagomål måste kvalitetsäkras.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning på Vård- och omsorgsboende erbjuds patienten och närstående ett välkomstsamtal tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och kontaktperson, där patienten tillsammans med anhöriga får vara delaktiga i sin omvårdnads och genomförandeplan. Vid riskbedömningar inför registrering i senior alert och symtomskattning inför läkemedelsgenomgångar är patient och i vissa fall anhöriga delaktiga

Efter inbjudan från pensionärsorganisationer har vi hållit föreläsningar om fallprevention, olämpliga läkemedel, hemsjukvårdsuppdraget samt informerat om hjälpmedel vid ett flertal tillfällen under 2017.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Den nya lagen (SOU 2015:20) om trygg och effektiv utskrivning från slutenvård innebär förändringar när det gäller samverkan med specialistvård och primärvård. Målet för 2018 är att våra länsövergripande rutiner ska fungera med fokus på det bästa för patienterna.

Följa utvecklingen nationellt och regionalt vad gäller möjligheterna till digitala möten hemma hos patienten i samband med upprättande av SIP, (samordnad individuell plan).

Rehabenhetsens mål för 2018 är att göra ett inkommsstatus på de som flyttar in permanent på våra Vård- och Omsorgsboenden i syfte att kunna följa och stötta medborgarna vad gäller rehab och hjälpmedel.

Rehabteamerna ska delta i teamträffar runt patienter på vård och omsorgsboenden. Syftet är att lyfta målet med ett rehabiliterande förhållningssätt och bidra till handledning av omvårdnadspersonal.

Vi har nu fyra rehabteam vilket innebär att vi under 2018 kommer att revidera och utveckla vårt arbetssätt när det gäller fallpreventionsarbete.

Vidare fortsätter arbetet med kvalitetsledningssystemet och kartläggning av processer i verksamheten. Det ska även utformas ett informationsmaterial till patienter och anhöriga om klagomålsreformen och en kvalitetssäkring av

hanteringen av klagomål.

Läkemedelshantering är en viktig del av hälso-och sjukvård. 2018 införs Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso-och sjukvården. Detta innebär att riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering behöver revideras.