



# Patientsäkerhetsberättelse Timrå Kommun 2018

Ulrica Hedlund Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Birgitta Andersson Verksamhetschef

---

---

## Innehåll

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>                       | <b>1</b>  |
| <b>Sammanfattning.....</b>                                    | <b>3</b>  |
| <b>STRUKTUR.....</b>  | <b>4</b>  |
| Övergripande mål och strategier .....                         | 4         |
| Organisation och ansvar .....                                 | 5         |
| Samverkan för att förebygga vårdskador .....                  | 6         |
| Patienters och närståendes delaktighet.....                   | 6         |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet ..... | 6         |
| Klagomål och synpunkter .....                                 | 7         |
| Egenkontroll .....  | 7         |
| <b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b> | <b>7</b>  |
| Riskanalys .....  | 8         |
| Informationssäkerhet.....                                     | 8         |
| <b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>                              | <b>9</b>  |
| Egenkontroll .....  | 9         |
| Avvikelser .....  | 10        |
| Klagomål och synpunkter .....                                 | 13        |
| Händelser och vårdskador .....                                | 13        |
| <b>Mål och strategier för kommande år.....</b>                | <b>17</b> |

---

## Sammanfattning

Under 2018 har patientsäkerhetsarbetet pågått enligt årshjuls systematik och föreslagna förbättringsarbeten från 2017 års patientsäkerhetsberättelse.

Stort fokus i verksamheten har legat på den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 1/1 2018. Det har inneburit ett nytt sätt att samverka med primärvården och specialistvården och förändrade rutiner inom den egna verksamheten.

Kommunens distriktssjuksköterskor och rehabteam har till större del deltagit i planeringen kring hemgång från sjukhuset. Under året har det förekommit 200 samordnade individuella planer (SIP) kring vårdtagare tillsammans med primärvården. Kommunens hemsjukvård och särskilda boenden har skickat 370 vård rapporter i det länsgemensamma systemet Prator. Kommunen har en representant i styrgruppen för ett kommande projekt gällande samordnad individuell planering på distans.

Rehabpersonalen har under året utvecklat arbetet med geografiska ansvarsområden med en arbetsterapeut och en fysioterapeut i varje hemtjänstområde. De har deltagit på ett stort antal SIPar både på sjukhuset och i hemmet. Detta har möjliggjort att de i flera fall har kunnat möta upp vårdtagare i direkt anslutning till hemgång vilket bidrar till en tryggare och säkrare övergång.

Under året har rehabteamet regelbundet deltagit i teamträffar både på våra vård och omsorgsboenden samt olika hemtjänstområden. De har även vid behov genomfört inflyttningsbedömningar på våra boenden i syfte att stötta vårdtagare kring rehabilitering och hjälpmedel.

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) Läkemedelsavvikelser har minskat i år men antalet fallhändelser och omvårdnadsavvikelser har ökat.

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. Under 2018 har 215 vårdtagare registrerats och 97% har en åtgärdsplan där man identifierat en risk. 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 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.

Kommunens MAS har varit delaktig i framtagandet av det länsövergripande dokumentet Läkemedelshantering – för hälso- och sjukvård i Västernorrland som reviderats med anledning av den nya föreskriften (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

---

## 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 att 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.

### **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.
- Samverkansforum – inspirationsgrupp främst inom äldreomsorgen
- Lokal samverkansgrupp för äldre och kroniskt sjuka
- MAS representation i läkemedelskommitténs hanteringsgrupp
- Länsövergripande MAS och Verksamhetschef möten

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*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. Närstående erbjuds att delta vid samordnade vårdplaneringar om den enskilde ger sitt samtycke. Vid riskbedömningar inför registrering i senior alert och symtomskattning inför läkemedelsgenomgångar är patient och i vissa fall anhöriga delaktiga. Ansvarig enhetschef eller MAS kontaktar vårdtagare och/eller närstående 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.

## **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 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 avvikelsen 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

## Egenkontroll

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

Egenkontroll som utförs i verksamheterna löpande

| Egenkontroll                        | Omfattning      | Källa   |
|-------------------------------------|-----------------|---|
| Avvikelser                          | 4 gånger per år | Avvikelsehanteringssystemet                           |
| Basala hygienrutiner och klädregler | 4 gånger per år | Protokoll   |
| Hygienronder                        | 1 gång per år   | Protokoll   |
| Trycksår                            | 2 gånger per år | Senior alert  |
| Patientens klagomål och synpunkter  | 4 gånger per år | Patientnämnden, IVO, Inkomna klagomål från medborgare |

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

### BPSD

Kommunens demenssamordnare går för närvarande en utbildning för att kunna utbilda vår egen personal i BPSD. Arbetet med BPSD ska bidra till att minska användandet av olämpliga läkemedel, minska ångest, oro och agitation hos demenssjuka.

---

### Inkontinens

Via en gemensam upphandling i länet startar 2019 en utbildning i inkontinens och förskrivningsrätt för inkontinensprodukter. 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 pågår. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på våra akutläkemedelsförråd ska ske 1 gång per år.

### 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. Detta kommer att leda till nya dokumentationsrutiner för att kvalitetssäkra omvårdnadsdokumentationen.

## **Risakanalys**

*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.

## **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

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### Egenkontroll

#### 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 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. Under 2017 upphandlades därför arbetskläder även till personal inom hemtjänsten i kommunen.

Timrå kommun har avtalat om tjänsteköp av hygienexpertis från Vårdhygien Region Västernorrland. Vid anställning får man som personal information om basala hygienrutiner och sitt eget hygienansvar. Samtlig personal har tidigare fått utbildning i basala hygienrutiner. Enhetschefer och sjuksköterskor har ett gemensamt ansvar för att hygienrutinerna är kända och efterföljs. 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.

#### *Analys*

Dessa egenkontroller med självskattning har inte utförts systematiskt på alla enheter under året. Inom våra verksamheter är det dessutom en hög personalomsättning. Många nya medarbetare känner inte till var hygienrutinerna finns.

#### *Förbättringsförslag*

Under hösten fick samtlig personal inom hemtjänsten och omsorgen utbildning i basala hygienrutiner. Vi fortsätter med hygienronder och utbildning till personal på våra boenden under våren. Ett omtag för att förbättra systematiken med regelbundna egenkontroller i verksamheterna ska genomföras.

---

## 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 |
|-------------|-----------|---------------------|------|-------------------------|
| <b>2009</b> | 258       | 6                   | 499  |                         |
| <b>2010</b> | 254       | 16                  | 511  |                         |
| <b>2011</b> | 269       | 22                  | 570  | 7                       |
| <b>2012</b> | 326       | 26                  | 495  | 9                       |
| <b>2013</b> | 335       | 22                  | 491  | 8                       |
| <b>2014</b> | 321       | 28                  | 650  | 10                      |
| <b>2015</b> | 327       | 17                  | 601  | 11                      |
| <b>2016</b> | 399       | 46                  | 597  | 10                      |
| <b>2017</b> | 428       | 22                  | 489  | 7                       |
| <b>2018</b> | 377       | 47                  | 561  | 9                       |

### Läkemedel

Läkemedelshantering och de lokala rutinerna ska vara väl kända av all berörd personal. Av de 377 inrapporterade avvikelserna gällde 324 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.

27 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 läkemedelshantering 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 2018 har 52 % av vårdtagarna på vård och omsorgsboenden fyllt i en symtomskattningsskala som är ett underlag för läkemedelsgenomgången. Inom hemsjukvården är det 15 % 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 sömnmiddel har vi en liten ökning från 20 % till 21 % 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 | 2018 |
| 7,5  | 7,0  | 7,3  | 6,9  | 7,0  | 7,1  | 6,0  | 7,0  | 6,5  | 6,5  | 6,2  | 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 | 7,5 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

Årsredovisning av antal stående läkemedel per patient i hemsjukvården

---

---

|      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|
| 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 5,6  | 5,9  | 6,3  | 6,6  | 6,2  |

Genomsnitt i länet

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

### *Analys*

Vi har förbättrat oss när det gäller antalet läkemedelsavvikelser. Att personalen får regelbunden återkoppling av sina avvikelser och deltar i förbättringsarbetet kan vara en bidragande orsak. Att vi minskat i antalet genomförda läkemedelsgenomgångar från 88% 2017 till 52% 2018 beror tyvärr på bristande läkarresurser från en hälsocentral.

### *Förbättringsförslag*

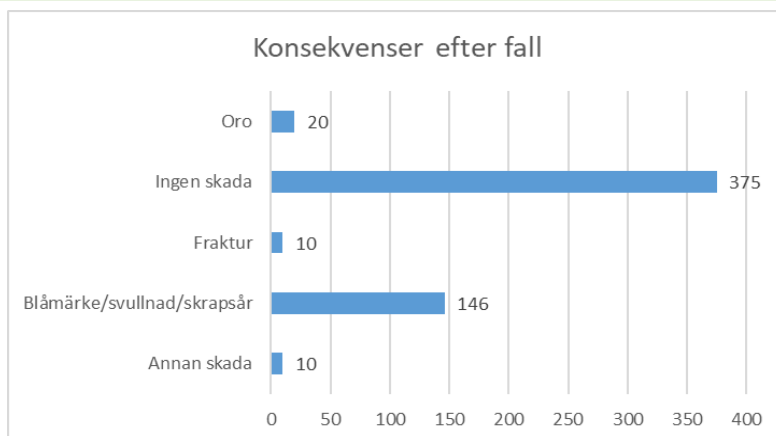
Fortsätta vårt arbete med hanteringen av avvikelser på verksamhetsnivå samt stödja arbetet med att genomföra riskanalyser. I samverkan med primärvården skapa en arbetsrutin som förbättrar möjligheten till att fler läkemedelsgenomgångar genomförs. Under våren planeras utbildning på våra boenden i BPSD. 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 1 gång/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.

Många äldre faller i våra boenden trots förebyggande åtgärder. 2018 rapporterades 561 fall vilket är en ökning från tidigare år. Hemtjänsten har rapporterat 28 fall under året. Antalet frakturer har ökat från 9st föregående år till 10st. Fallriskbedömning hade genomförts på 443st av de rapporterade fallen. De flesta fall sker när vårdtagaren befinner sig i sin lägenhet/rum 387 st. och utan att någon sett händelsen.



### 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 avvikelsen skickas därefter som beskriver hur den negativa händelsen ska kunna undvikas i framtiden. Under 2018 har kommunen mottagit 3 avvikelser som gällt bristande arbetsmetod och själv skickat 6 st. Dessa har gällt bristande information och bristande rutiner/arbetsmetod.

### Vård och behandling

Antalet avvikelser inom vård och behandling har ökat under 2018. 44st rör bristande behandling i form av utebliven eller felaktigt utförd insats.

### 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 3st 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.

### 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.

---

Antal ärenden från Timrå Kommun 2014-2018

| 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------|------|------|------|------|
| 6    | 4    | 0    | 4    | 1    |

## Händelser och

### vårdskador

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF:FS 2017:40) om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

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 2018.

### 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.

### 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 215 riskbedömda personer hade 19st trycksår. Det finns totalt 28 registrerade sår varav 12 har uppstått på annan enhet. Trycksår bedöms efter kategorinivå varav 1 är hudrodnad.

Kategori 1: 8st

Kategori 2: 14st

Kategori 3: 4st

Kategori 4: 2st

### 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 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 nutritioners riktlinjer genomförs vid inflyttning och följs regelbundet. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas. Alla nutritionersproblem skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och områdeschefer har fått utbildning i kost och nutrition av dietist.

Av 215 riskbedömda personer finns det 73 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 2018. 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 omsorgs boende ska sjuksköterskan göra en munhälsobedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid/informeras om bedömningen för att få information om hur munhålan skall skötas. Av 215 bedömda personer hade 55 st risker.

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

### **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 blåsvolyymmätare 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. Under 2018 har 28 mätningar genomförts med gott resultat. Det har lett till individuellt anpassade toalettassistans och bytestider som ger ökad komfort 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 våren kommer 3 st. sjuksköterskor att gå en distansutbildning på MIUN. 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

#### **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.

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 startade 2016 och pågår.

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 omsorgsboenden ska ha ett team utbildat i BPSD.

Målsättningen för vård och omsorg om personer med demenssjukdom under året har varit 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

2017 startades ett projekt för att öka kvaliteten på omvårdnaden av dementa på våra Vård- och Omsorgsboenden. Syftet var att utveckla verksamheten mot ett personcentrerat och hälsoaktiverat förhållningssätt.

Målet med projektet var 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 enhetschef. Under året har de kartlagt 18 boenden avseende hur väl rutinpärmen är känd, hur man arbetar med kontaktmannaskap och vilka aktiviteter som erbjuds. Detta kommer att leda till en utbildningssatsning för omvårdnadspersonal.

#### *Analys*

Vi har inte haft någon demenssamordnare under större delen av 2018. Vår nya demenssamordnare anställdes 1/9 -18. Detta har även inneburit att vi inte haft någon person som kunnat arbeta med utbildning i BPSD eller drivit några förbättringsarbeten

#### *Förbättringsförslag*

Demenssamordnaren kommer att utbilda och implementera BPSD för all personal på ett boende i taget under 2019. Hon och specialistundersköterskorna kommer även att planera en utbildning till personalen utifrån deras genomförda kartläggning.

---

---

## 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 är en digital läkarkontakt med hälsocentralens läkare i vårdtagarens hem. Sjuksköterskan kan undersöka patienten på plats och skicka uppgifter 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.

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

Vi kommer även att delta i ErgoNovas projekt med Demos-10. Det innebär att personen bär en sensor under 1 vecka som kartlägger aktivitetsmönster under dygnet. Det hjälper till att kartlägga insatser för att få ett mer personcentrerat arbetssätt och fånga upp beteendemässiga symtom i tid.

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 vården ska planeras i samverkan med den det berör.

Under 2019 kommer arbetet med fallpreventionsprojektet tillsammans med räddningstjänsten att genomföras, utvärderas och utvecklas. 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 arbeta för att kvalitetssäkra avvikelserarbetet, utredning och återkoppling till verksamheterna. Vidare kommer stor vikt att läggas på utveckling av vår dokumentationsprocess under våren. Vi kommer löpande att rapportera och följa våra inrapporterade vårdåtgärder utförda av legitimerad personal till Socialstyrelsen.