



# Patientsäkerhetsberättelse för kommunal hälso- och sjukvård i Ånge kommun

År 2017

Marie Strömberg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Carina Nelltoft  
Verksamhetschef för hälso- och  
sjukvård

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Uppföljning genom egenkontroll	5
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	20
Risikanalys	21
Informationssäkerhet	21
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	21
Hantering av klagomål och synpunkter	24
Sammanställning och analys	24
Samverkan med patienter och närstående	25
Resultat	26
Övergripande mål och strategier för kommande år	26

---

## Sammanfattning

Vårdgivaren (Socialnämnden, Ånge kommun) ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska innehålla

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. Vilka åtgärder som utförts för att öka patientsäkerheten,
3. Vilka resultat som uppnåtts.

Därtill ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40.)

Alla särskilda boenden använder kvalitetsregistren Senior alert och Svenska Palliativregistret. Hemsjukvården registrerar i Svenska Palliativregistret, men registreringar i Senior Alert saknas. Att fortsätta använda bedömningsinstrument via kvalitetsregistren är av stor betydelse. Användningen behöver upprätthållas inom särskilt boende samt bli implementerat inom hemsjukvårdens områden.

Under året har fokus varit på att systematisera det vårdhygieniska arbetet. Detta genom utökning av egenkontroller och utbildningar. Ett annat fokusområde har varit att systematisera och säkerställa för patienter med blåsdysfunktion (urininkontinens) och att dessa får en utredning. För övrigt har patientsäkerhetsarbetet bedrivits med bland annat registrering och mätning av läkemedelsanvändning, uppföljning genom enkäter, förebyggande arbete för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, avvikelshantering, utbildningar, samt uppföljning av resultat för vård i livets slutskede.

Det totala antalet avvikelser har minskat med 2 i jämförelse med föregående år. Ett ärende har anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), ett ärende har inkommit till Patientnämnden Etisk nämnd.

En del i patientsäkerhetsarbetet är att samverka med andra vårdgivare. Under den senaste delen av 2017 har ett arbete bedrivits med att säkerställa för patienter vid in och utskrivning av patienter i slutet hälso- och sjukvård. Detta utifrån den nya lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, som trädde i kraft 1 januari 2018. Samverkan med andra vårdgivare behöver fortgå och utvecklas.

Patientsäkerhetsberättelsen visar på en varierande kvalitet inom hälso- och sjukvården och förbättringsarbetet behöver fortgå inom hela verksamheten.

---

## Övergripande mål och strategier

### Socialnämndens mål

Personalkontinuiteten inom hemtjänsten ska förbättras.

Verksamheterna ska vara tillgängliga för de som behöver komma i kontakt med socialtjänsten.

### Kommunal hälso- och sjukvårds mål och strategi

Att säkerställa vården för patienter med urininkontinens.

Patienter med urininkontinens ska få en basal utredning.

Att arbeta förebyggande med fallprevention.

Fall och fallskador ska minska med 50 %.

Fortsätta att systematiskt följa, analysera och utveckla den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

### Socialnämnden

Socialnämnden i Ånge kommun ansvarar för att patienter får en god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Socialnämnden har beslutat att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska finnas.

### Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas någon som svarar för verksamheten inom hälso- och sjukvård, verksamhetschef. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ansvarar för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

---

## Struktur för uppföljning/utvärdering

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

- Uppföljning av mål.
- Uppföljning enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse.
- Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.
- Äldreguiden.
- Kvalitetsregister.
- Egenkontroller.
- Avvikelsehantering.

## Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll med systematisk uppföljning av den egna verksamheten samt att kontrollera följsamheten till processer och rutiner har gjorts under året.

Följande egenkontroller har gjorts:

### Kontroll av kvalitet

#### Att patient har en aktuell hälsoplan.

	Antal patienter	Andel aktuella hälsoplaner
Särskilt boende	180	75 % - 100 %
Hemsjukvård	151	12 % - 78 %

Resultaten av mätningen visar en differens mellan olika enheter och områden. Inom hemsjukvård saknas ett område i dessa siffror.

#### Att ofrivillig nattfasta inte överstiger 11 timmar.

	Antal patienter som deltagit i mätning	Andel patienter med mer än 11 timmars nattfasta
Särskilt boende	102	7 % - 87 % eller ett medeltal på 32 %

Resultaten av mätningarna visar att det är en stor skillnad mellan olika boenden. I jämförelse med föregående år har andelen patienter med mer än 11 timmars nattfasta ökat från 20 % till 32 %. Det är också skillnad från föregående års mätning och årets med antal patienter som deltagit i mätningen. I årets mätning saknas uppgifter för 2 enheter.

---

### Säkerställa att basala hygienrutiner fungerar på enheten/området.

	Antal enheter	Genomförd egenkontroll
Särskilt boende	7	5
Hemvårdsområden	3	2

Varje mätning innehåller ett flertal punkter som ska kontrolleras. Resultatet av mätningarna identifierar områden med förbättringsutrymme.

### Att patienter får en fördjupad läkemedelgenomgång minst 1 gång per år. Detta har kontrollerats med antal patienter som fått ifyllt symtomskattning under senaste året 2017.

	Antal patienter	Andel patienter med ifyllt symtomskattning
Särskilt boende	158	52,5 %
Hemsjukvård	92	1 %

### Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

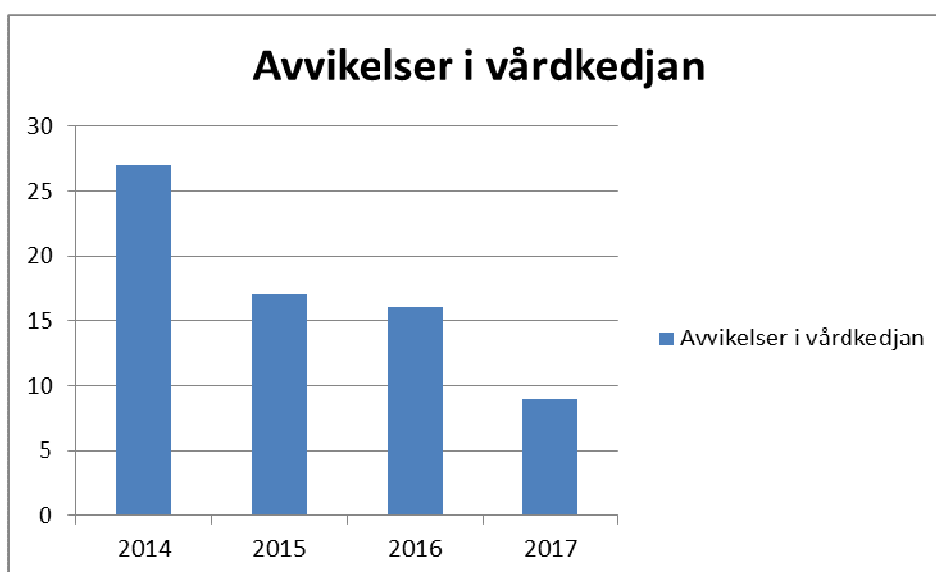
En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamheter samverkar med andra vårdgivare. Former för samverkan finns upprättade i olika samverkansdokument.

- Överenskommelse Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, som är en länsövergripande ram för den samverkan som behöver ske mellan huvudmännen utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 1 januari 2018.
- Samverkansrutin mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård.
- Avtal om läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende.
- Lokala överenskommelser om läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt/särskilt boende med Hälsocentralen Ånge och Vårdcentralen Fränsta.
- Avtal om övertagande av hemsjukvård mellan Landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrland.
- Avtal om vårdhygienisk kompetens.
- Kommunerna och landstinget Västernorrland, Överenskommelse om uppsökande verksamhet munhälsobedömning.

### **Avvikelser i vårdkedjan**

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med utskrivning från sjukhuset. Som en del i kvalitetsarbetet skickas avvikelserrapporter för att uppmärksamma den andre vårdgivaren på risker eller inträffade händelser. De händelser som rapporterats är bland annat att ordinationshandling saknas/ofullständig, nyinsatta läkemedel ej medsänt, avsaknad av epikriser samt ej följt rutiner gällande användandet av kommunikationsverktyget Prator.

Följande avvikelser i vårdkedjan har uppmärksammats och skickats till respektive verksamhet i sluten vård, primärvård, ambulans samt akutmottagningen under åren 2014-2017.



Under 2017 har en avvikelse inkommit till kommunen från ambulansen. Under året har fyra avvikelser skickats från kommunen till Apoteket. Dessa avvikelser gällde leverans av läkemedel till akutläkemedelsförråd.

#### **Förslag till förbättringar:**

- Att använda avvikelserrapporter som en del i kvalitetsarbetet, med berörda enheter/verksamheter.

### **Läkarmedverkan**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i kommunens hälso- och sjukvård.

Avtal om läkarmedverkan inom kommunernas hälso- och sjukvård i ordinarie och särskilt boende är reviderat/upprättat under 2016 mellan landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrland.

---

Målen vid läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård är att den ska uppfylla definitionen på god vård. Det betyder att vården ska vara: kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. På lokal nivå tecknas överenskommelser mellan hälso-central/vårdcentral och respektive särskilt boende och hemsjukvårdsområde. Revidering av de lokala överenskommelserna har genomförts på 7 av 7 boenden, samt för samtliga 2 hemsjukvårdsområden.

**Förslag till förbättringar:**

- Uppföljningar av lokala överenskommelser ska genomföras en gång per år samt vid behov.
- Utarbeta mall för uppföljning av följsamhet till de lokala överenskommelserna.

**Läkemedelshantering**

Hantering av läkemedel är ett stort område i den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att utforma och fastställa ändamålsenliga och säkra rutiner för läkemedelshantering. Instruktion för läkemedelshantering samt mallen för lokal arbetsordning är reviderad under året. Enhetschef och sjuksköterska ska upprätta en lokal arbetsordning utifrån MAS instruktion för läkemedelshantering, samt att göra en uppföljning årligen.

**Förslag till förbättringar:**

- Uppföljning av lokal arbetsordning för läkemedelshantering ska göras en gång per år, samt vid behov.

Kommunens fem akutläkemedelsförråd har kvalitetsgranskats av extern granskare under mars månad 2017. Granskaren har utfärdat ett protokoll, med sammanfattning och förslag till förbättringar till varje enhets ansvariga sjuksköterska och enhetschef.

**Nulägesbeskrivning**

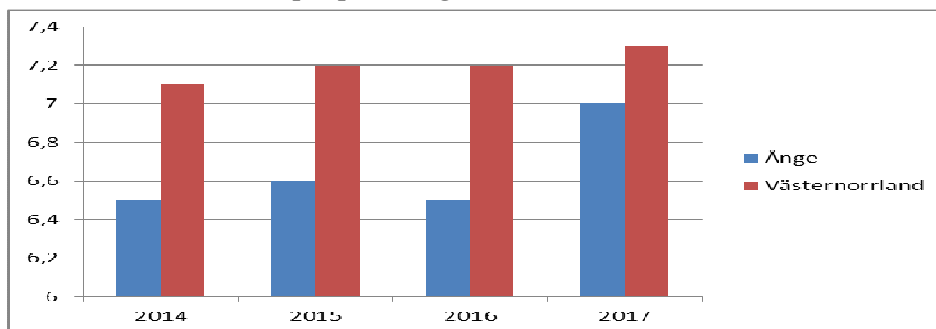
**Särskilt boende**

Det är nu tolfte året som Läkemedelskommittén i samverkan med länets kommuner genomfört en läkemedelsräkning för alla patienter som är 75 år och äldre och som bor på kommunernas särskilda boenden.

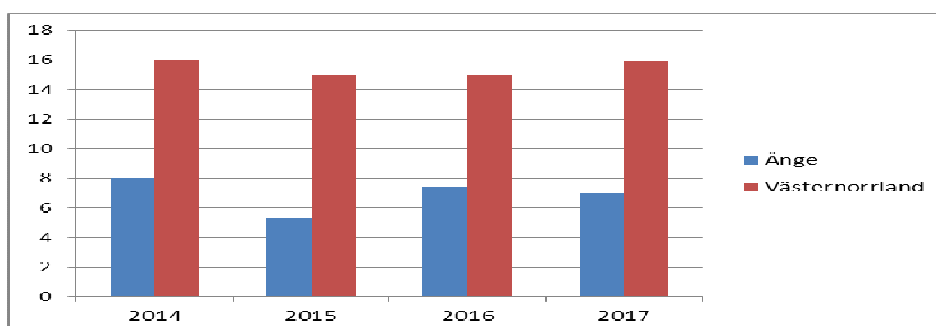
I följande diagram visas resultat av antal stående läkemedel per patient, andel patienter med stående sömnläkemedel samt andel patienter med stående laxantia läkemedel.



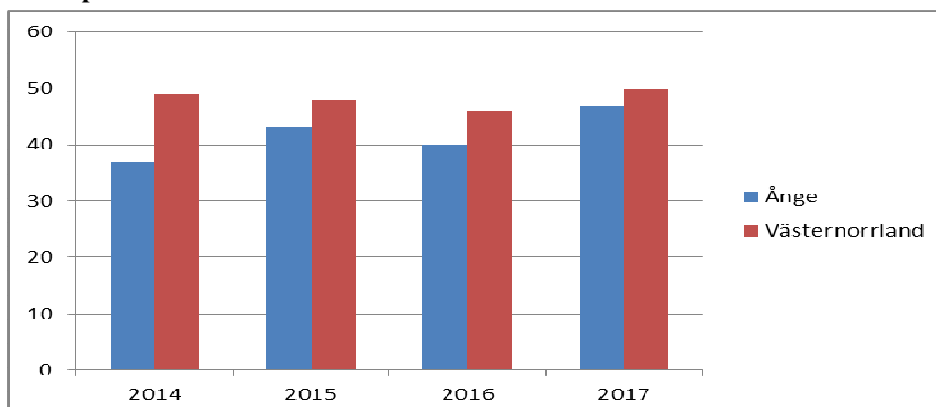
### Antal stående läkemedel per patient i genomsnitt



### Andel patienter som har stående sömnläkemedel



### Andel patienter som har stående laxantia läkemedel



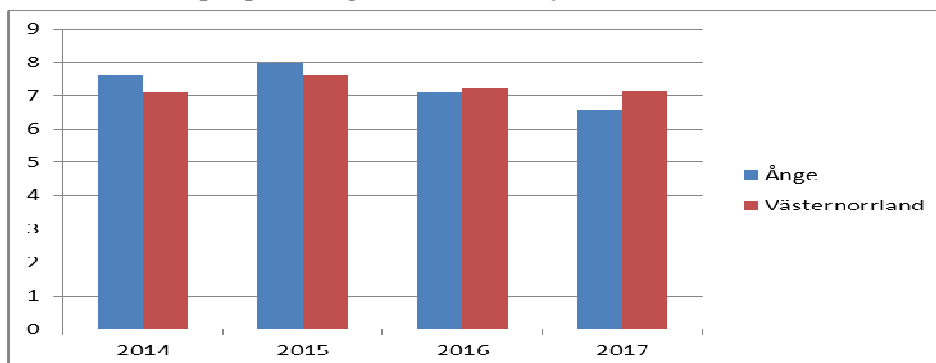
### Analys

I en analys från enhet där andelen laxantia och sömnläkemedel för patienter har minskat från föregående år uppges att man arbetat strukturerat med läkemedelsgenomgångar och att sprida kunskap om nutrition, samt genomfört teamträffar. På demensboende där sömnläkemedel har sjunkit ses att man systematiskt arbetat med läkemedelsgenomgångar samt BPSD.

### Hemsjukvård

För fjärde året i rad har en läkemedelsräkning genomförts inom den kommunala hemsjukvården. Urval har gjorts för en månad under hösten 2017, för patienter som har hjälp med sin läkemedelshantering. Resultatet för mätningen visade följande.

### Antal läkemedel per patient i genomsnitt i hemsjukvården



### Stående läkemedel inom utvalda grupper 2014, 2015, 2016 och 2017 för Ånge

	2014	2015	2016	2017
Sömnläkemedel	20,9 %	16,3 %	9,4 %	8,7 %
Laxiantia	18,6 %	20,9 %	18,9 %	12 %

### Läkemedelsgenomgångar

Länsgemensam rutin för arbete med läkemedelsgenomgångar är upprättad och reviderad under 2017. Detta är gjort av Landstinget Västernorrland i samverkan med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länets kommuner. Rutinerna gäller för enkel läkemedelsgenomgång samt fördjupad läkemedelsgenomgång. En fördjupad läkemedelsgenomgång innebär ett teamarbete med ansvarig läkare och sjuksköterska och/eller patient. Ett symtomskattningsformulär ska användas vid en fördjupad läkemedelsgenomgång. De 20 frågorna används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling. Symtomskattningsformuläret fylls i av ansvarig sjuksköterska tillsammans med patient och/eller anhörig alternativt kontaktperson.

En mätning är gjord under september månad för patienter, som fått ifylld symtomskattning det senaste året. Denna visade att 52,5 % hade detta i särskilt boende. I hemsjukvård var det endast 1 % som hade fått en ifylld symtomskattning det senaste året. Därtill ska en fördjupad läkemedelsgenomgång göras. Fjolårets mätning 2016 visade att 51 % (82 patienter) av patienter i särskilt boende samt 5,6 % av patienter i hemsjukvård hade fått en fördjupad läkemedelsgenomgång, det senaste året.

#### **Förslag till förbättringar:**

- Att öka antalet läkemedelsgenomgångar i samverkan med vårdcentralen/hälsocentralen.
- Att utbilda sjuksköterskor om läkemedelsgenomgångar.

---

## **Vårdhygien**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Avtal för vårdhygien är upprättat med Kvalitets- och patientsäkerhetsavdelningen, Landstinget Västernorrland. Under året har hygienronder genomförts inom särskilda boenden. Upprättat protokoll med åtgärdsförslag görs vid dessa hygienronder. Enhetschef ansvarar att åtgärda utifrån upprättade protokoll. Egenkontrollprogram har genomförts under hösten inom hemtjänsten och särskilt boende. Detta har till syfte att på ett enkelt och överskådligt sätt identifiera vårdhygieniska förbättringsområden och genom detta bidra till en god hygienisk standard.

Målet med egenkontrollprogrammet har varit att få

- en dokumentation av den hygieniska standarden
- vara en utgångspunkt för förbättringsarbete
- vara en grund för utvärdering och uppföljning
- ett standardiserat verktyg för att mäta kvalitet
- öka medvetenheten och kunskapen om vårdhygien.

Därtill har hygiensjuksköterskan deltagit vid arbetsplatsträffar, genomfört planerade utbildningstillfällen för vård och omsorgspersonal, stöd till verksamheten i vårdhygieniska frågor samt reviderat vådrutiner.

Riktlinje för vårdhygien – ansvarsfördelning är upprättad under året.

Utbildning till vård- och omsorgspersonal har skett vid 12 inplanerade tillfällen under året. Utbildning har även gjorts vid arbetsplatsträffar.

### **Förslag till förbättringar:**

- Att regelbundet minst 1 gång/år informera och uppdatera all vård- och omsorgspersonal om basala hygienrutiner.
- Att regelbundet genomföra hygienronder/bedömningar i verksamheten, samt att använda dessa i förbättringsarbetet

## **Dokumentation**

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal.

Syftet med dokumentation är att i första hand att ge patienten en god och säker vård. Det är också en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav samt uppgiftsskyldighet enligt lag och forskning. I samband med interna utredningar har medicinskt ansvarig sjuksköterska granskat journaler. Under året har

---

riktlinjer för dokumentation reviderats samt en vägledning för dokumentation upprättats. Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas. Under året har användning av SIP kontrollerats. Antalet SIP har varit lågt. Där SIP genomförts och upprättats i Prator, har specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) varit inkopplad.

Under året 2016 påbörjades ett arbete med dokumentation utifrån Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i patientjournalen, detta arbete fortgår.

### **Nationell Patientöversikt, NPÖ**

Under 2013 infördes i Ånge kommun en möjlighet för behörig hälso- och sjukvårdspersonal att läsa vårdinformation från andra vårdgivare.

### **Loggkontroll**

Stickprovskontroll av loggar har genomförts vid 12 tillfällen, i totalt 63 granskade journaler. Totalt har 12 legitimerad personal granskats utan anmärkning.

#### **Förslag till förbättring**

- Att öka användningen av NPÖ.
- Att legitimerad personal ska utbildas och få handledning i dokumentation.
- Att hälsoplan upprättas och följs upp regelbundet.
- Att fortlöpande granska dokumentationen av hälso- och sjukvård.
- Att ge ökad delaktighet för patienter/närstående.
- Att öka antalet samordnade individuella planer, SIP.
- Att införa klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i dokumentationen.

### **Utbildningar/Kompetensutveckling under 2017**

Fortbildning om munhälsovård.

Fortbildning om basala hygienrutiner.

Demens ABC och Demens ABC plus.

Palliativ vård (omvårdnadspersonal och sjuksköterskor, Hospice).

Webbutbildning i bemötande (omvårdnadspersonal).

Palliativ vård webbutbildning.

HLR-utbildning.

Etikens dag.

Hot och våld, självskaade förebyggande utbildning.

Madrassförskrivning/visning Hjälpmedelscentralen dsk/ssk.

Ordnat införande personligt hjälpmedel.

---

Utbildning från Ånge H.C/Fränsta V. C - för dsk i hemsjukvård och hemtjänstens omvårdnadspersonal i äldres sjukdomar, symtom och behandling.

Så skapar du en hälsosam arbetsplats, undvik stress/**utbildning** för leg. personal.

Kognitiv rehabilitering (arbetsterapeuter).

Äldre och händer (arbetsterapeuter).

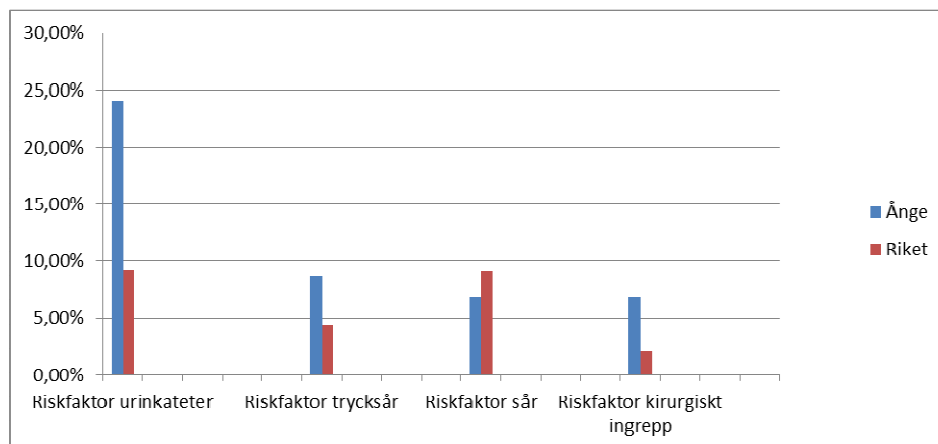
Individuell inkontinensvård (omvårdnadspersonal och sjuksköterskor).

Ett utbildningsprogram inför delegering av läkemedeshantering infördes under 2015 med ett nationellt webbutbildningsmaterial ”Jobba säkert med läkemedel”. Detta program fortsätter och ska genomföras av omvårdnadspersonal inför en delegering.

### **Systematiskt kvalitetsarbete**

Alla särskilda boenden registrerar i kvalitetsregistret Senior Alert. Totalt har 177 patienter fått minst en riskbedömning i särskilt boende under året. På korttidsvård har 74 patienter fått minst en riskbedömning. I hemsjukvård har 4 patienter fått minst en riskbedömning. 94 % av dessa riskbedömningar visar på en risk. Av dessa med risk har 97 % har en åtgärdsplan. Av dessa är det 80 % som fått utförda åtgärder.

Under året har två boendeenheter med totalt 50 vårdtagare ingått i en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner samt antibiotikaförbrukning i särskilt boende. Innan mätningen skulle göras så genomfördes en heldagsutbildning till de sjuksköterskor som skulle utföra mätningarna. Mätning gjordes under vecka 46-47, 2017. Andelen vårdtagare med antibiotikabehandling var i Ånge 2 % och i Riket allmän vård och omsorg var andelen 3 %. Vid detta tillfälle gjordes även en mätning av riskfaktorer, som ses nedan.



Andelen vårdtagare med riskfaktorer i Ånge jämfört med riket.

Källa: HALT mätning 2017 på 2 av kommunens särskilda boenden. Totalt 50 vårdtagare.

---

## **Fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen**

Äldre personer med sviktande hälsa och nedsatt rörelseförmåga drabbas oftare än andra av fallskador, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen. Det förebyggande arbetet är en viktig del i en säker vård och omsorg för de äldre. Teamarbete och samverkan är en viktig del för att få goda resultat.

### **Förslag till förbättringar:**

- Att fortsätta att använda kvalitetsregistret Senior Alert i särskilt boende och implementeras i hemsjukvården.
- Följa upp att verksamheterna använder senior alert och att resultat återkopplas ut i verksamheten, för att identifiera förbättringsområde.

## **Trycksår**

Ett trycksår uppkommer när huden utsätts för tryck, som kan uppstå redan efter några timmar. Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer såsom lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga till ändra lägen på kroppen.

För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen, och utifrån vad den visar vidta preventiva åtgärder.

De fem mest utförda åtgärderna är minska nattfasta till max 11 timmar, mellanmål, bedömning av huden en gång per dag eller oftare, hudvård samt bruk av tryckavlastande hjälpmedel, (Källa: Senior Alert).

### **Förslag till förbättringar:**

- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för tryckskada.

## **Nutrition**

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. När personer har svårt att själva tillreda eller har svårt att genomföra själva ätandet behövs stöd och hjälp.

Mat och måltider kan vara en hälso- och sjukvårdsinsats och styrs i de fallen av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Författningen (SOSFS 2014:10) styr verksamheternas ansvar om förebyggande åtgärder och/eller behandling vid undernäring.

De fem mest utförda åtgärderna är vägning minst 1 gång var tredje månad, mellanmål, minska nattfastan till max 11 timmar, läkemedesgenomgång samt uppmuntran och påstötning, (Källa: Senior alert).

---

**Förslag till förbättringar:**

- Att fortlöpande mäta, åtgärda och följa upp nattfasta så att ofrivillig nattfasta inte överstiger 11 timmar.
- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för undernäring.
- Analysera och följa upp insatta åtgärder, om dessa har givit avsedd effekt.

**Fall och fallskador**

Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen, framför allt i form av lidande och försämrad livskvalitet, till exempel svårigheter att röra sig, isolering och ökat beroende av andra. Orsaker till fall brukar ha att göra med sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. Under 2017 har rutiner för att förebygga fall hemsjukvården upprättats. Dessa framtog av en arbetsgrupp från olika professioner.

Från Senioralert kan följande konstateras. De flesta bakomliggande orsakerna ses problem vid gång och förflyttning, bakomliggande sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk, nedsatt balans och rörelsemönster, förvirring, desorientering, oro eller upprördhet samt synproblem. De fem mest utförda åtgärderna för att förebygga fall i särskilt boende är enligt registrering i Senior Alert, assistens vid personlig vård, läkemedelsgenomgång, stöd vid personlig vård, assistens vid förflyttning och larm.

**Förslag till förbättringar:**

- Analysera och följa upp insatta åtgärder, om dessa har givit avsedd effekt.
- Att fortsätta arbetet med upprättande av hälsoplan vid risk för fall/fallskada.
- Att utbilda i fallförebyggande arbete.

**Munhälsa**

Många äldre har problem med sin munhälsa. Sjuksköterskan ansvarar för att göra en riskbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen ska dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Munbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG) används för att riskbedöma munhälsa.

De fem mest utförda åtgärderna är tandborstning/assistans eller fullständig hjälp, protesrengöring/ assistans eller fullständig hjälp, information och/eller träning i munvård för att utföra munvård/protesrengöring själv, smörja läpparna samt fukta munnen, (källa: Senior Alert).

---

Under året har en överenskommelse upprättats mellan landstinget och länets kommuner angående uppsökande verksamhet och munvårdsbedömningar. Där tydliggörs respektive verksamheters ansvar.

Landstingets folktandvård ansvarar att utbilda personal. Plan finns för att vårdpersonal ska få utbildning vart 4:e år.

**Förslag till förbättringar:**

- Att fortsätta arbetet med riskbedömning enligt ROAG.
- Analysera och följa upp insatta åtgärder, om dessa har givit avsedd effekt.

**Delegering**

Delegering innebär att en formellt kompetent personal (legitimerad) överlåter en arbetsuppgift till en reellt kompetent personal. En delegering ska vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. En sjuksköterska respektive sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut bör maximalt ansvara för 30 delegeringar, exklusive de delegeringar som utfärdas för kort period.

Antal gällande delegeringar har mätts under december månad. Det är övervägande sjuksköterskor som har delegerat hälso- och sjukvårdsuppgifter inom läkemedelshantering. Den sjuksköterska som hade flest antal delegeringar vid mättillfället hade delegerat till 52 personal. Sjukgymnast/fysioterapeut hade delegeringar upprättade till 7 respektive 17 personal. Arbetsterapeuterna hade inga upprättade delegeringar vid mättillfället.

**Förslag till förbättringar:**

- Säkerställa att delegerad personal per sjuksköterska inte överskrider enligt gällande riktlinjer.

**Vård och omsorg om personer med demenssjukdom**

Det finns olika typer av demenssjukdom. Demenssjukdom kan ha olika symtom och förlopp beroende på vilken typ av demens personen har. En förutsättning för att kunna ge stöd och en god vård och omsorg till personer med demenssjukdom är att personen genomgått en utredning för att fastställa en diagnos som omfattar en bedömning av både sjukdomens typ och stadium. I december kom de nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Riktlinjen ska vara ett stöd för beslutsfattare om resursfördelning.

Alla kommunens boenden med inriktning demens har anslutit sig till BPSD registret (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska



---

Symtom vid Demens). Verksamheten registrerar uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. Under året har sjuksköterska och enhetschef som arbetar på demensboende utbildats till BPSD certifierade handledare. En handlingsplan finns för att utbilda alla boendeenheter. Dessutom finns 2 undersköterskor, som har vidareutbildning inom demensvård. Dessa handleder och stöttar övriga enheter i implementering av arbetssättet, tillsammans med enhetschef och sjuksköterska.

**Förslag till förbättringar:**

- Att fortsätta arbetet med att utbilda personal i Demens ABC och Demens ABC +.
- Att alla enheter som vårdar personer med demenssjukdom utvecklar ett strukturerat arbetssätt vid BPSD-symtom.
- Att utveckla demensvården utifrån de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

**Medicintekniska produkter (MTP)**

Medicintekniska produkter ska användas utifrån rätt indikation och av utbildad personal. Inventarielista ska finnas samt dokumentation så att produkter är säkra. Förskrivare ska ha regelbunden utbildning och fortbildning för att få förskriva produkter. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel är utarbetade gemensamt med Landstinget Västernorrland och länets kommuner. Ett avtal är tecknat med Landstinget Västernorrland, Hjälpmedel Västernorrland och kommunen ”Avseende tillhandahållande av medicintekniska produkter för individuella behov”. Avtalet är gällande under perioden 2014-03-02 – 2017-12-31, med förlängning dock längst till 2020-12-31. Uppsägning av detta avtal gjordes under 2017 för en omförhandling skulle ske.

**Förslag till förbättringar:**

- Att revidera riktlinjer och rutiner.
- Att skapa rutiner för periodiskt underhåll och kontroller i samtliga verksamheter.

**Blåsdysfunktion/Inkontinens**

Blåsdysfunktion kan förhindras, lindras eller botas genom att problemet uppmärksammas. Det förekommer bland både män och kvinnor i alla åldrar, men är vanligare bland kvinnor och ökar med stigande ålder. Genom att ge förebyggande information och kunskap, möjligheter till utredning, behandling samt individuellt utprovade hjälpmedel uppnås ett bättre resultat. Personer ska ha möjlighet att gå på toaletten dygnet runt,

---

självt eller med stöd, samt få toalettassistans vid behov.

För varje enhet/område ska det finnas sjuksköterska med specialistutbildning för att förskriva inkontinensprodukter. Under året har rutin vid blåsdysfunktion (inkontinens) upprättats och ersatt tidigare riktlinjer för behörighet att förskriva förbrukningsartiklar vid vissa inkontinensstillstånd.

För att kvalitetssäkra inkontinensvården har utbildningar getts till all vård och omsorgspersonal inklusive alla sjuksköterskor. Dessutom har ett IT-verktyg implementerats i verksamheten som stöd vid basala utredningar vid inkontinens.

**Förslag till förbättringar:**

- Vid varje enhet/område ska det finnas sjuksköterska som genomgått specialistutbildning inom inkontinensvård, för att få förskriva inkontinenshjälpmedel.
- Uppföljning av utbildning i inkontinensvård till all vårdpersonal.
- Att alla patienter med ofrivilligt urinläckage ska få en basal utredning.

**Rehabilitering**

Vid vårdplaneringar bör sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av arbetsterapeutisk träning eller sjukgymnastik ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas individuellt och användningen av hjälpmedel ska följas upp. Efter hemsjukvårdens övergång har gränsdragningsfrågor inom rehabilitering uppkommit. Det ses som ett stort behov att förtydliga detta område.

Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut har även ansvar för att utbilda personal i förflyttningsteknik. Bemanningen har utökats till tre team, där sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut ingår.

**Förslag till förbättringar:**

- Att tydliggöra uppdraget om rehabilitering och habilitering.
- Att upprätta en uppdragsbeskrivning för sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut.

**Uppföljning av patientsäkerhet för sommarperioden**

Patientsäkerheten för sommarperioden 2017 har följts upp. Legitimerad personal har besvarat en enkät i slutet av sommaren. Av de 28 utlämnade enkäterna är det 18 besvarade. 83 % bedömer att patientsäkerheten har upprätthållits under sommaren. 11 % har svarat att patientsäkerheten delvis upprätthållits, samt 5 % svarar att patientsäkerheten inte upprätthållits. Sammanfattningsvis så uppges att det varit positiva synpunkter att samverkan inom den egna organisationen fungerat bra. Det har dock varit

svårigheter med att planera för delegerade arbetsuppgifter, då det funnits svårigheter med kompetens för uppgiften.

En ökning av läkemedelsavvikelser ses under den senare delen av sommaren. Ingen ökning av antalet avvikelser i vårdkedjan. Analys av denna uppföljning är att det finns behov av att tidigt planera för sommarvikarier och introduktion.

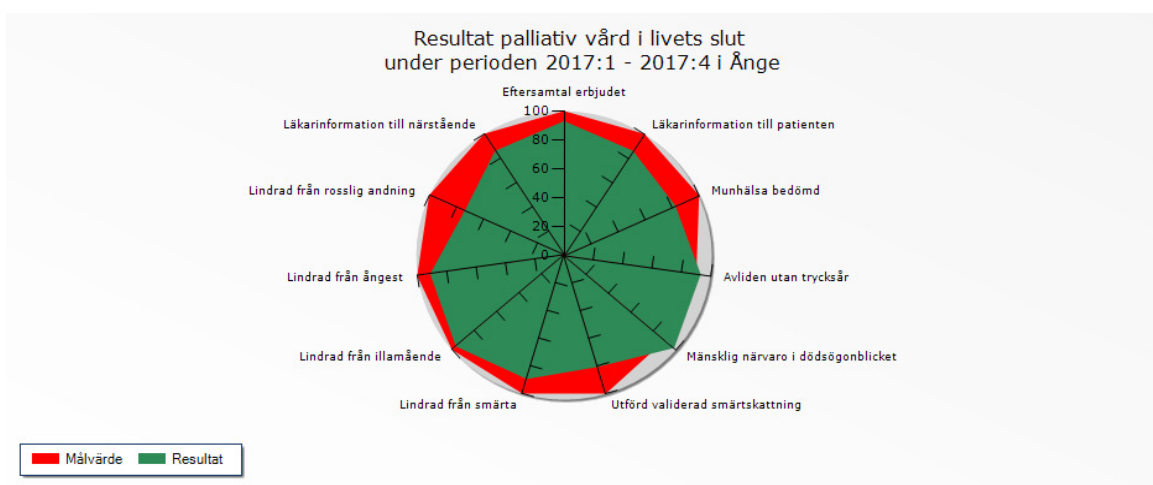
#### **Förslag till förbättringar:**

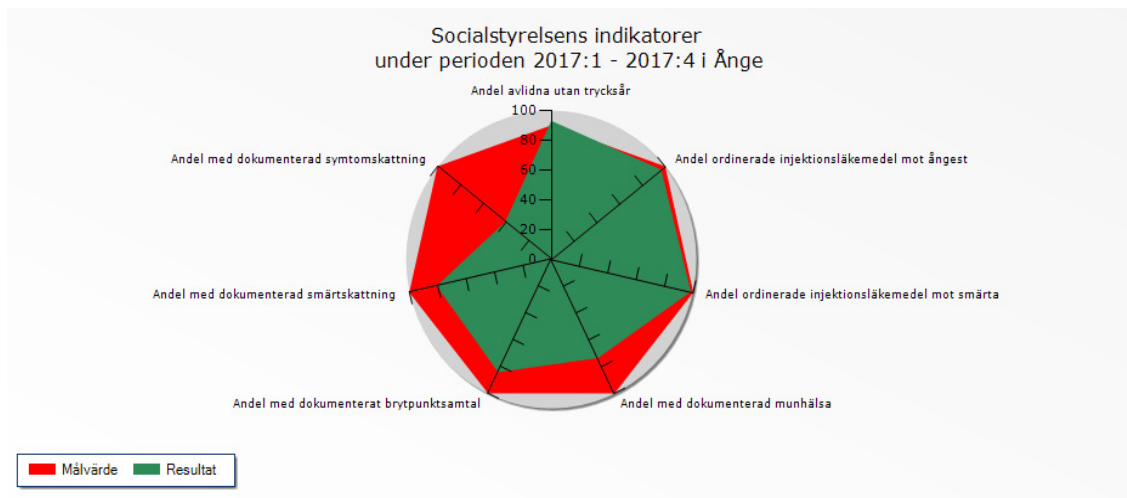
- I god tid planera för utbildning till personal som kommer att utföra delegerade arbetsuppgifter.
- Informationsöverföring för utskrivningsklara patienter sker enligt upprättade rutiner mellan landstinget och kommunen.

#### **Vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras.

Av de kvalitetsindikatorer som registreras i det palliativa registret kan följande resultat ses för palliativ vård i livets slut samt resultat utifrån Socialstyrelsens indikatorer. Under året 2017 är kommunens täckningsgrad 53,75 %. Föregående år 2016 var täckningsgraden 66,19 %. Detta visar en sjukande täckningsgrad. Andelen rapporteringar har minskat. Nedan ses resultat utifrån registrering i Svenska palliativregistret för kommunens särskilda boenden inklusive korttidsvård samt allmän palliativ hemsjukvård.





#### Förslag till förbättringar:

- Att fortsätta registrera i Svenska palliativregistret för att kunna mäta resultat och förbättra vården i livets slutskede.
- Att följa upp rapporteringen i registret, samt att använda resultatet till förbättringsarbetet.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamhetschefer vid hälsocentral/vårdcentral, verksamhetschef för hälso- och sjukvård i kommunen, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt enhetschef för legitimerad personal har haft regelbundna möten under året. Sammankallande har varit kommunen. Under årets sista delar har arbetet och diskussioner mestadels varit inför den nya lagförändringen Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Det har varit regelbundna länsgemensamma möten mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård. Ansvaret för att sammankalla delas mellan kommunerna. Även egna nätverksträffar har genomförts mellan kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR), likaså mellan kommunernas verksamhetschefer för hälso- och sjukvård.

Lokal samverkansgrupp ”Samverkan äldre och kroniskt sjuka” har haft möten vid 4 tillfällen under året. Sundsvalls kommun har varit sammankallande.

---

För att säkerställa uppmärksammade händelser i vårdkedjan, ska en avvikelserapport skrivas och skickas till den enhet, som berörs av avvikelserapporten. Berörd enhets ansvarig ska besvara avvikelserapporten och informera om åtgärder utifrån inkommen avvikelserapport.

**Förslag till förbättringar:**

- Att avvikelserapportera när gemensam rutin ej följts.

## **Risicanalys**

Att genomföra en risk- och väsentlighetsanalys innebär att arbeta förebyggande. Två kända riskanalyser har genomförts i kommunal hälso- och sjukvård. Riskbedömning inför sommaren 2017, samt under maj månad 2017 genomfördes en risk och konsekvensanalys av patientsäkerheten i särskilt boende utifrån upprättad inventering av taklyftar. Denna analys visade på brister i hantering/användning av taklyftar. Beslut togs efter detta att omfördela budget och påbörja investering i nya taklyftar till två särskilda boenden. Upphandling påbörjades under senare delen av 2017.

## **Informationssäkerhet**

Under året 2016 påbörjades en riskanalys av informationssäkerheten gällande datasystemet Procapita. Detta gjordes med verktyget KLASSA, som tillhandahålls av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Under året har inga uppföljningar gjorts av denna riskanalys.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

### **Avvikelsehantering**

All verksamhet inom vården är omfattande, komplex och i vissa avseenden riskfylld. En väl fungerande kommunikation mellan vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient är grundläggande. Patient/närstående ska informeras och göras delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.

Det är viktigt att personalen känner till vilka avvikelser som inträffar på "deras" enhet, att återkopplingen sker snabbt och att det finns delaktighet i kvalitetsarbetet.

Totalt har 689 avvikelser rapporterats under 2017. Skillnaden mellan föregående år och detta är 2 färre avvikelser. En ökad kunskap om rapportering och avvikelser är en förutsättning för ett systematiskt förbättringsarbete på enheten. Antalet läkemedelsavvikelser vid särskilt boende visar att vid 0,1 % blir det fel. Detta är en låg siffra. Sannolikt finns det fortfarande ett mörkertal.

---

Antal avvikelserapporter 2014-2017

2014	2015	2016	2017
750	693	691	689

### Avvikelser gällande fall och fallskador

Under 2017 har totalt 505 fallavvikelser rapporterats. Detta är en ökning med 14 rapporter i jämförelse med föregående år. Av dessa fall gäller 44 % i hemsjukvård och resterande 56 % på särskilt boende. Av inrapporterade avvikelser har 349 inte givit någon skada, 112 lindrig skada samt 21 allvarlig skada. Antalet allvarliga skador har minskat från 26 (2016) till 21 (2017).

Antalet fall med frakturer, 2014-2017.

	2014	2015	2016	2017
Höftfraktur	8 (varav 5 i säbo)	12 (varav 11 i säbo)	10 (varav 7 i säbo)	9 (varav 5 i säbo)
Armfraktur	5 (varav 5 i säbo)	1 (varav 0 i säbo)	6 (varav 2 i säbo)	2 (varav 2 i säbo)
Annan fraktur	6 (varav 5 i säbo)	11 (varav 9 i säbo)	3 (varav 2 i säbo)	5 (varav 3 i säbo)

### Avvikelser gällande läkemedel

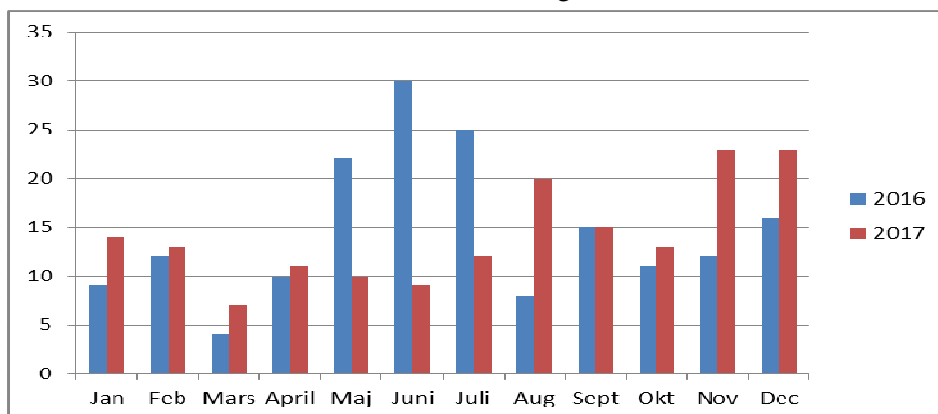
169 avvikelser som gäller läkemedelshantering har rapporterats. Detta är en minskning från föregående år med 7 rapporter. Av dessa rapporter är 94 rapporter från särskilt boende

Antalet avvikelserapporter gällande läkemedel 2014-2017

2014	2015	2016	2017
143 (varav 86 i säbo)	107 (varav 66 i säbo)	176 (varav 104 i säbo)	169 (varav 94 i säbo)

Mätning av antalet händelser per månad har gjorts för året, som jämförts med tidigare år.

Under året har antalet avvikelser ökat under augusti och de två sista månaderna.



### Avvikelser gällande övrig HSL

Antalet avvikelser inom övrig HSL har minskat sedan föregående år.

Antalet avvikelserrapporter gällande övrig HSL 2014-2017

2014	2015	2016	2017
17 (varav 14 i säbo)	3 (varav 0 i säbo)	13 (varav 10 i säbo)	2 (varav 1 i säbo)

### Avvikelser gällande medicintekniska produkter

4 avvikelser har rapporterats som gäller medicintekniska produkter, som också är en minskning från föregående år. Alla dessa händelser gäller tekniska hjälpmedel.

Antalet avvikelserrapporter gällande medicintekniska produkter 2014-2017

2014	2015	2016	2017
4 (varav 4 i säbo)	0	7 (varav 7 i säbo)	4 (varav 4 i säbo)

### Avvikelser gällande ordination ej utförd

7 avvikelser gällande ordination ej utförd har inrapporterats. Detta är en ökning från föregående år och 7 av dessa gäller ordination från sjukgymnast/fysioterapeut.

Avvikelserrapporter gällande ordination ej utförd 2014-2017

2014	2015	2016	2017
10 (varav 7 i säbo)	4 (varav 2 i säbo)	3 (varav 3 i säbo)	9 (varav 8 i säbo)

### Avvikelser gällande trycksår

Ingen avvikelse är rapporterad som gäller trycksår.

---

#### Avvikelse rapporter gällande trycksår 2014-2017

2014	2015	2016	2017
3 (varav 1 i säbo)	4 (varav 1 i säbo)	1 (säbo)	0

#### Anmälan enligt Lex Maria

En anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg är upprättad under året. Nedan visas en sammanställning från de senaste åren.

#### Anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2014-2017

2014	2015	2016	2017
2	2	0	1

#### Förslag till förbättringar:

- Att fortsätta informera om avvikelshantering, minst en gång/år.
- Varje enhet/område ska arbeta med systematiskt förbättringsarbete, utifrån uppmärksammade avvikelser. Om behov finns ska andra enheter/områden involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Vård och omsorgspersonal inklusive legitimerad personal ska rapportera avvikelser, enligt riktlinjer.

Händelseanalys ska göras utifrån inträffad händelse. Flödesschema finns för avvikelshantering.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska analyserar inkomna avvikelser.

MAS bedömer om eventuellt en anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg.

Avvikelser rapporteras till socialnämnden 2 gånger per år.

Verksamheten har regelbundna träffar där avvikelser och åtgärder diskuteras.

#### Hantering av klagomål och synpunkter

#### Sammanställning och analys

Från 1 januari 2018 börjar nya regler att gälla om klagomål i hälso- och sjukvård. Förändringen är då att ett klagomål ska i första hand utredas av vårdgivaren. Klagomål ska utredas och besvaras ”snarast”.

#### Förslag till förbättringar:

- Att utarbeta riktlinje/rutin för hantering av klagomål för hälso- och sjukvård.



---

Klagomål och synpunkter diarieförs i socialnämndens diarium. Svar på klagomål och synpunkter ska återföras till den som ställt klagomålet eller synpunkten. Inkomna klagomål och synpunkter från Patientnämnden Etiska nämnden och Inspektionen för vård och omsorg diarieförs i socialnämndens diarium. Utsedd tjänsteman ansvarar att besvara klagomålet/synpunkten.

Ånge kommun har ett avtal med landstinget om gemensam patientnämndsverksamhet, Patientnämnden Etiska nämnden i Landstinget Västernorrland. Under året har ett ärende inkommit som gäller Ånge kommun. Antal ärenden under åren har varit lågt från Ånge kommun. Tänkbara orsaker till detta att det aktivt följs upp av vården som vidtar åtgärder på ett tidigt stadium. En annan tänkbar orsak kan vara beroendeställningen mellan vårdpersonal och patienter, som kan bidra till att patienten eller den närstående tvekar att framställa klagomål. Det kan även vara en orsak att kännedomen inte är tillräcklig om Patientnämnden Etisk nämnd, som en möjlig klagomålsinstans.

När det gäller anmälningar från kommunerna är antalet anmälningar generellt få.

	2014	2015	2016	2017
Ånge	0	1	0	1

Vid uppmärksammade synpunkter och klagomål som inkommer till personal i verksamheten registreras på avvikelserapport och lämnas till närmaste chef.

Inkomna klagomål/synpunkter ska återföras till verksamheten. Den tjänsteman som är ansvarig för enheten ansvarar att vederbörande personal får kännedom om klagomålet/synpunkten och åtgärder som är vidtagna.

Under året har inget enskilt klagomål inkommit från Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

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

Enligt patientsäkerhetslagen ska patienter och deras närstående bjudas in till vårdens arbete med att förbättra patientsäkerheten. Verksamheten har inte idag någon övergripande strategi för denna samverkan utan det sker främst vid vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter och avvikelser, samordnade individuella planer (SIP) i det dagliga vårdarbetet.

Patient/närstående ska informeras om de kvalitetsregister som Ånge kommun använder och det förebyggande arbetet.

Vid utredningar av händelse informeras alltid patient och närstående om det inträffade och erbjuds att delta. Erbjudande om efterlevandesamtal och information ges till patienter och närstående vid vård i livets slut.

---

## Resultat

Utifrån uppsatta mål i kommunal hälso- och sjukvård för 2017 redovisas följande resultat:

**Patienter med urininkontinens ska få en basal utredning.**

**Personer 65 år och äldre i säbo med aktuell basal utredning avseende urinläckage**

	2015	2016	2017
Västernorrland	40 %	47 %	62 %
Ånge	19 %	14 %	86 %

Källa: Kommun och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, Socialstyrelsen, 2015. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2016, 2017.

**Att arbeta förebyggande med fallprevention.**

**Fall och fallskador ska minska med 50 %**

**Antalet fall i särskilt boende och hemsjukvård**

	2015	2016	2017
Hemsjv.	113	189	221
SÄBO	462	302	284
<b>Totalt</b>	<b>575</b>	<b>491</b>	<b>505</b>

Källa: Avvikelsemodulen i Procapita

**Antalet allvarliga fallskador**

	2015	2016	2017
Allvarliga fallskador	24	26	21
		(16 säbo, 10 hemsjv)	(13 säbo, 8 hemsjv)

Källa: Avvikelsemodul i Procapita

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Att säkerställa vården för patienter med urininkontinens.

Patienter med urininkontinens ska få en basal utredning.

Att arbeta förebyggande med fallprevention.

Fall och fallskador ska minska med 50 %.

Följa upp hur samverkan fungerar utifrån Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård fungerar i vårt område.

Fortsätta att systematiskt följa, analysera och utveckla den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende.