



Hofors Kommun

Socialnämnden

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse År 2015

2016-04-12

Inger Söderberg, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Susanne Holmgren, Socialchef

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
BAKGRUND	4
MÅL OCH STRATEGI	5
ANSVARSFÖRDELNING	5
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet/kvalitetsarbetet utifrån ledningssystem	7
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR/KVALITETSBRISTER.....	8
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS OCH OMVÅRDNADSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET	9
UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL	10
Senior alert, SA, - ett nationellt kvalitetsregister.	10
Svenska palliativregistret.....	12
Läkemedelsgenomgångar.....	15
Demensvård	17
Händelserapportering	19
KVALITETSBERÄTTELSE	21
Processer och rutiner.....	21
Systematiskt förbättringsarbete.....	22
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	24
Dokumentationsskyldighet.....	25
SAMMANFATTNING AV 2016 ÅRS PATIENTSÄKERHETS- OCH KVALITETSARBETE.....	26

SAMMANFATTNING

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2015 för att öka patientsäkerheten

- Alla som bor på särskilt boende bedöms för risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. I de fall där risker upptäcks ordinerar relevanta åtgärder.
- Fallskadeprevention
- Registering i palliativa registret
- Genomfört utbildning i läkemedelshantering för äldreomsorgens personal
- Läkemedelsgenomgångar enligt länsgemensam rutin
- Registrering i BPSD registret (Beteende-mässiga och Psykiska Symtom vid Demens)
- Genomfört hygienronder

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka kvaliteten.

- Upprättat flera ledningsrutiner exempelvis för riskanalys, egenkontroll och händelesanalys
- Identifiering av processer med hjälp av processhandledare
- Utbildat 506 personer i Lex Sarah inom socialnämndens verksamheter
- Förbättringsarbete inom hemtjänsten
- Värdegrundsarbete har pågått i verksamheterna
- Rutiner för dokumentation har tagits fram
- Individ- och familjeomsorgen har använt modern teknik för bättre mötesstruktur vid samordnade individuella planer, SIP

BAKGRUND

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Berättelsen ska beskriva:

- ❖ Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- ❖ Vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- ❖ Vilka resultat som har uppnåtts.

Enligt Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), 7kap 1 §) bör den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammahållen kvalitetsberättelse.

Berättelse bör beskriva:

- ❖ Hur arbetet med att säkra kvaliteten har bedrivits under föregående kalendetår
- ❖ Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- ❖ Vilka resultat som har uppnåtts

MÅL OCH STRATEGI

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tand- vårdslagen (1985:125) upprätthålls. SFS 2010:659,3 kap. 1 §.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhet och kvalitetssäkring

För att nå bästa kvalitet och patientsäkerhet bör det övergripande målet vara att det förebyggande arbetet med riskbedömningar och åtgärdsprogram ska ha en central roll i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården.

Strategierna bör vara att ändra attityder till risker, följa rutiner och att bli bättre att arbeta systematiskt.

ANSVARSFÖRDELNING

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat i verksamheten. SFS 2010:659,3 kap. 9 §

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja 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 sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvården att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner 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 sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Läkarkontakt

Läkare ingår inte i den kommunala hälso- och sjukvården. Regionens läkare har inte något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Distriktsläkare har ställning som konsult i förhållande till kommunen. Deras ansvar gentemot den boende består av ett övergripande ansvar för vård och behandling. Alla i särskilt boende har en patientansvarig läkare som kommer till boendet för samverkan med sjuksköterskan samt gör hembesök vid behov.

Hemsjukvård i ordinärt boende har läkare som regelbundet kommer och samverkar med hemsjukvårdens sjuksköterskor samt gör hembesök vid behov.

Sjuksköterskan kontaktar vid behov läkare på hälsocentralen dagtid. Kvällar, nätter och helger kontaktas jourläkarcentralen i Sandviken. Brukaren skickas till sjukhus efter konsultation med läkare när läkaren inte finns tillgänglig och tillståndet kräver läkarvård. Vid tillstånd som inte kräver omedelbar läkarkontakt sätts brukaren upp till nästa läkarkonsultation.

Ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet/kvalitetsarbetet utifrån ledningssystem

SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egen kontroll av patientsäkerhetsarbetet/kvalitetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Enligt ledningssystemet för systematiskt förbättringsarbete är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till hög patientsäkerhet. Personalen ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare ingår det att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Socialnämndens ledningsgrupp leder arbetet för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I socialnämndens ledningsgrupp som leds av socialchefen deltar samtliga verksamhetschefer.

Processhandledarnas roll är under 2015 tydliggjord och dess huvudsyfte är att efter erhållet uppdrag enligt uppdragsmall arbeta med att ta fram de processer som är mest angelägna. Processhandledarna har även en roll i implementeringen av nya rutiner.

SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR/KVALITETSBRISTER

En viktig del i patientsäkerhetsarbete är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Formerna för hur samverkan regleras beskrivs i samverkansdokument.

- Överenskommelse mellan Beställarenheten för Tandvård, Folktandvården Gävleborg AB och länets kommuner angående samverkan kring uppsökande verksamhet.
Avtalsperiod 2014-01-01-2014-12-31.
- Ramavtal Vårdhygien. Avtalsparter Inköp Gävleborg och Landstinget Gävleborg
Vårdhygien
Avtalstid 2014-01-01 – 2016-12-31 med möjlighet till 12 + 12 månaders förlängning.
- Lokal överenskommelse gällande läkarstöd i hemsjukvård i ordinärt boende och särskilt boendeformer i Hofors kommun
Avtalstid 2015-11-29 – 2016-11-28 med 1 års förlängning om det inte sägs upp.
- Riktlinje för lokal avvikelshantering mellan Länssjukhuset Gävle Sandviken, kommuner och primärvården i Gästrikland
(daterad 1999-11-18)
- Utskrivningsklar patient. Läns gemensam rutin för informationsöverföring – Landsting och kommuner Gävleborg
Fastställande datum 2016-01-08. Giltig till och med 2017-01-08
- Samordnad individuell plan
Fastställande datum 2015-11-16. Giltig till och med 2016-11-16
- Länsledning Valfärd – överenskommelse om samverkansformer i Gävleborgs län
Gäller från och med 2013-09-20 och tills vidare

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS OCH OMVÅRDNADSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET

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

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Enligt (14 kap. 3 §) socialtjänstlagen

SOSFS 2011:5 Lex Sarah (tillägg 2013:16)

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Enligt patientsäkerhetlagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till hög patientsäkerhet. Personalen ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare ingår det att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Omvårdnadspersonalen ska rapportera enligt socialtjänstlagen. Både utförda handlingar och handlingar som ej utförs på grund av försummelse eller underlåtenhet avses och som medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Även påtaglig risk för ett missförhållande ska rapporteras, enligt SOSFS 2011:5.

UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL

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

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens.

Senior alert, SA, - ett nationellt kvalitetsregister.

Senior alert är ett kvalitetsregister som finns tillgängligt via webben där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Med hjälp av Senior alert vill man utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den.

I särskilt boende erbjuda alla brukare som flyttar in en riskbedömning, ev. åtgärder och uppföljning enligt Senior alert. I ordinärt boende har arbetet med att identifiera brukare och riskbedömningar påbörjats i Senior alert.

Mål i Västra Gästrikland	Aktiviteter	Nyckeltal	Hofors
Alla personer på SÄBO och korttids ska ha en giltig riskbedömning i SA	Implementering av lokal rutin Teamträff. Alla yrkesfunktioners delaktighet.	90 %	91 %
Alla hemsjukvårdspatienter ska ha en giltig riskbedömning i SA	Implementering av lokal rutin Teamträff. Alla yrkesfunktioners delaktighet.	75 %	15 %
Alla med risk ska ha minst en förebyggande åtgärd insatt	Implementering av lokal rutin Teamträff. Alla yrkesfunktioners delaktighet.	95 %	85 %
Alla personer på SÄBO och korttids som har förebyggande åtgärder insatta ska få en uppföljning inom utsatt tid + 7dagar	Implementering av lokal rutin Teamträff. Alla yrkesfunktioners delaktighet.	90 %	65 %
Alla personer inom hemsjukvård som har förebyggande åtgärder insatta ska få en uppföljning inom utsatt tid + 7dagar	Implementering av lokal rutin Teamträff. Alla yrkesfunktioners delaktighet.	75 %	18 %

Målet att 90 % av alla personer på SÄBO och korttids ska ha en giltig riskbedömning i SA är uppnått. Inom hemsjukvården var målet 75 % och uppfyllelsen 15 %.

Alla med risk ska ha minst en förebyggande åtgärd insatt, målet var 95 % och man har nått till 85 %.

Alla personer på SÄBO och korttids som har förebyggande åtgärder insatta ska få en uppföljning inom utsatt tid + 7dagar, målet var 90 % och vi har nått till 65 %. Inom hemsjukvården nåddes 18 % och målet var 75 %.

Förbättringsförslag för 2016

Mål	Aktiviteter – utarbetas av verksamheterna	Nyckeltal
Alla personer på SÄBO och korttids ska ha en giltig riskbedömning i SA		90 %
Alla hemsjukvårdspatienter ska ha en giltig riskbedömning i SA		75 %
Alla med risk ska ha minst en förebyggande åtgärd insatt		95 %
Alla personer på SÄBO och korttids som har förebyggande åtgärder insatta ska få en uppföljning inom utsatt tid + 7dagar		90 %
Alla personer inom hemsjukvård som har förebyggande åtgärder insatta ska få en uppföljning inom utsatt tid + 7dagar		75 %

Hofors kommuns arbete med fall, fallolyckor och fallförebyggande arbete

Äldre personer, över 65år, är överrepresenterade i skadestatistik och den vanligaste skadan är efter fallolyckor. Varje år behöver runt 70 000 personer över 65 år sjukhusvård för skador som de har fått vid ett fall. (www.MSB.se)

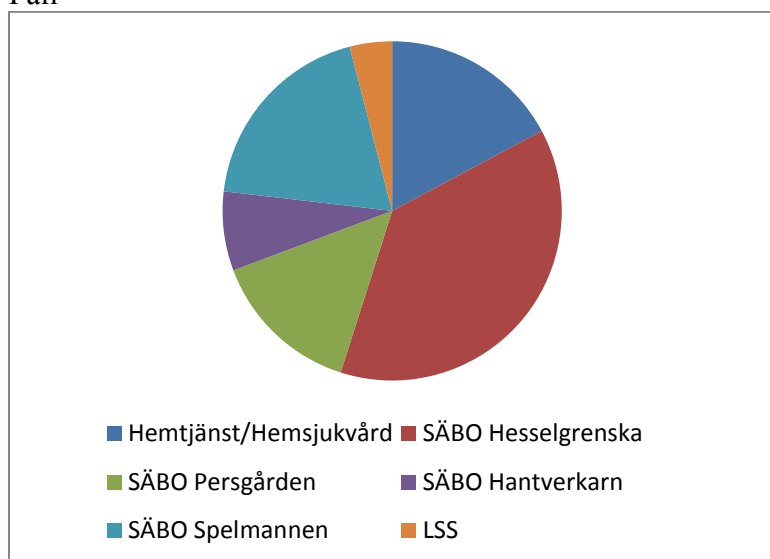
För den enskilda personen så blir ofta konsekvensen av en fallolycka allvarlig, t.ex. frakturer, smärta, nedsatta funktioner, rädsla att falla igen, försämrad livskvalitet.

Har du en gång ramlat är sannolikheten stor att du kommer att ramla igen. Många tror att det är utomhus man ramlar men hos äldre sker de flesta fallen i det egna hemmet/boendet. Det finns flera olika faktorer som kan orsaka fall, exempelvis funktionsnedsättningar (rörlighet, syn, hörsel, balans), läkemedel (aktuell medicinering, eventuella biverkningar), hemmiljö (skor, mattor, möblering, belysning), akuta sjukdomar (tillstånd som påverkar fallrisken). Antalet skador till följd av fallolyckor förväntas öka de närmaste åren då antalet äldre i samhället ökar, därför är det viktigt att försöka förebygga fall i den utsträckning det går.

Fallförebyggande arbete

I Hofors Kommun arbetar vi fallförebyggande. När brukare flyttar in på ett särskilt boende/blir beviljad hemsjukvård, erbjuds en riskbedömning för att se över om det finns risk för att falla. Utifrån riskerna arbetar vi tillsammans i ett team med omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, enhetschefer fram åtgärder för att förebygga fall. Brukarens behov är avgörande för vilka insatser som ska göras och av vem. Bland annat görs en läkemedelsöversyn och behovet av hjälpmedel ses över. En annan stor bidragande faktor till fallolyckor är hemmiljö, därför är det bra om tanken på att förebygga fall finns med redan vid inflyttningen och möbleringen.

Fall



Äldreomsorg	547
Hemtjänst/Hemsjukvård	98
SÄBO Hesselgrenska	215
SÄBO Persgården	82
SÄBO Hantverkarn	43
SÄBO Spelmannen	109
LSS	23
Totalt	570

Antalet frakturer enligt statistikuttag ur avvikelsemodulen i Treserva är 15 frakturer, där 8 varit på demsenheten Hesselgrenska.

Målet att minska antalet fallavvikelser har inte nåtts. 2014 var det 552 fall, 2015 var det 570 fall. Ökningen har skett på demsenheterna och i hemtjänst/hemsjukvård.

Under 2015 har systematiskt arbete i team påbörjats, även införandet av att arbeta fallförebyggande har påbörjats och att utveckla avvikelshantering.

Förbättringsförslag för 2016

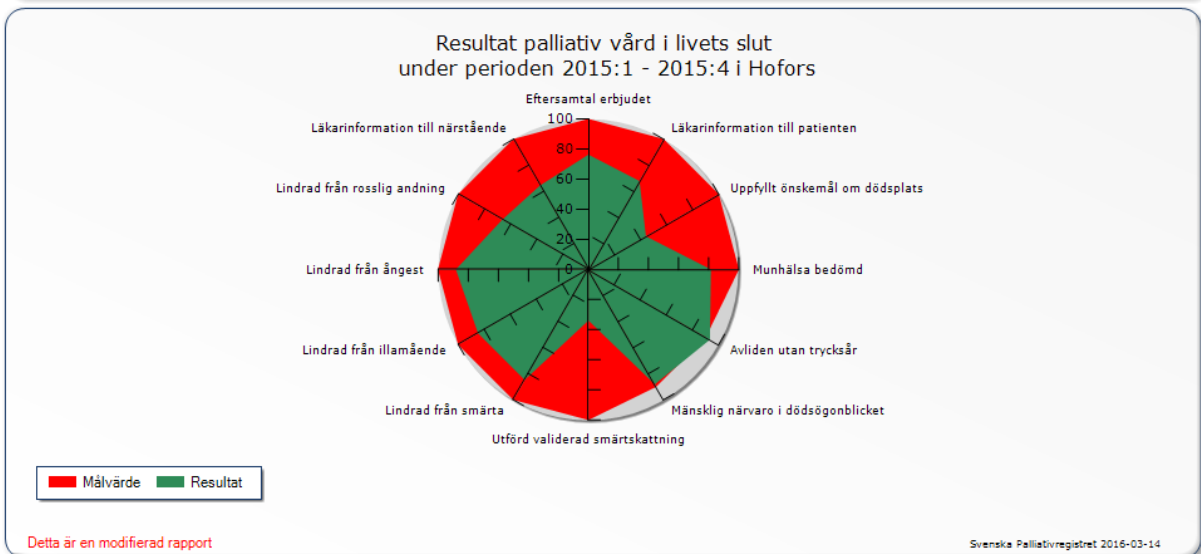
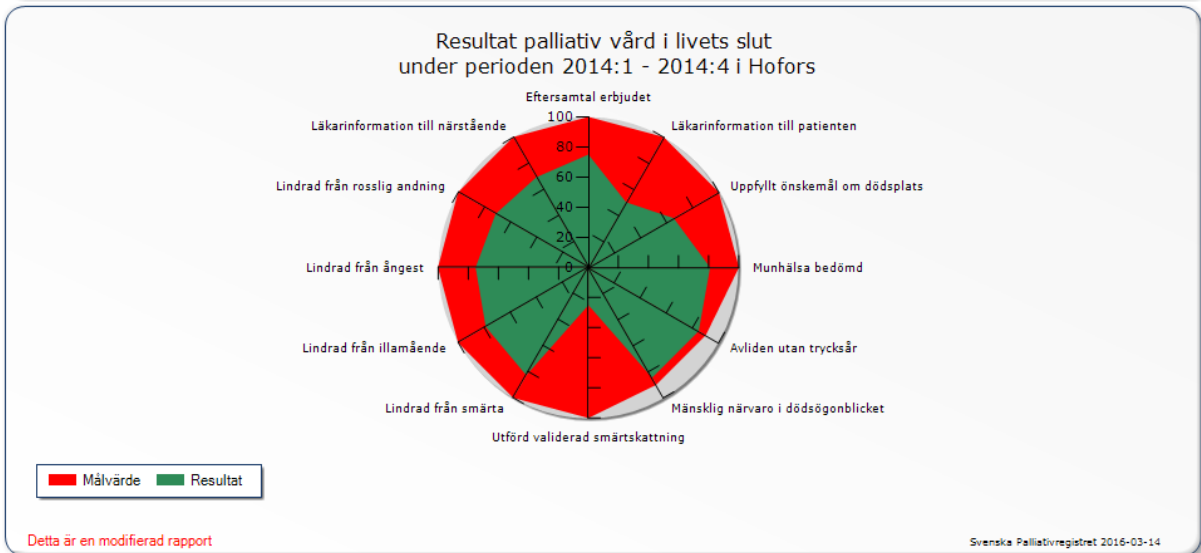
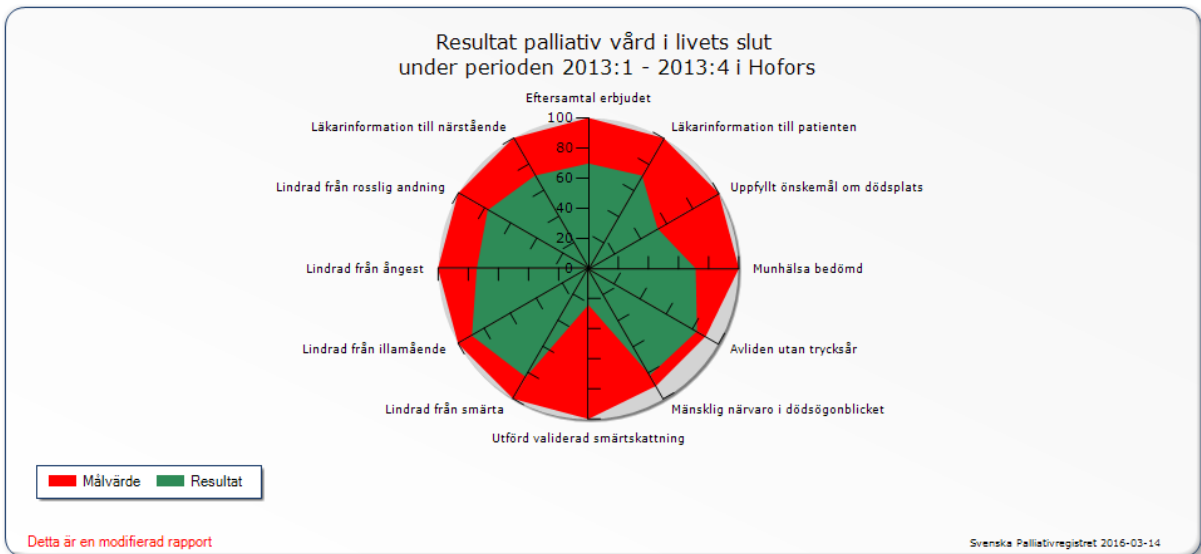
- Fortsätta arbeta i team
- Fortsätta arbeta fallförebyggande
- Fortsätta utveckla avvikelshantering

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Socialnämnden har under 2015 registrerat 64 avlidna i registret, av totalt 153 avlidna i kommunen. De flesta har avlidit på sjukhuset.

Resultat palliativ vård i livets slut 2015



Resultat

Mål i Västra Gästrikland	Aktiviteter	Nyckeltal	Hofors
80 % ska ha smärtskattats enligt validerat instrument under sin sista levnadsvecka	Utbildning/information om smärtskattning med validerat instrument inom samtliga verksamheter. Sista veckan ska alla patienter som ordinerats palliativ vård smärtskattas.	80 % av alla döende	33 %
80 % ska ha fått munstatus bedömd enligt fastställt formulär under sin sista levnadsvecka	Dialog/utbildning om munhälsa/bedömning med personal.	80 % av alla döende	80 %
90 % av alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal	Skapa rutin för erbjudande och själva efterlevandesamtalet. Att utbilda/informera personal.	90 % av alla närstående	78 %

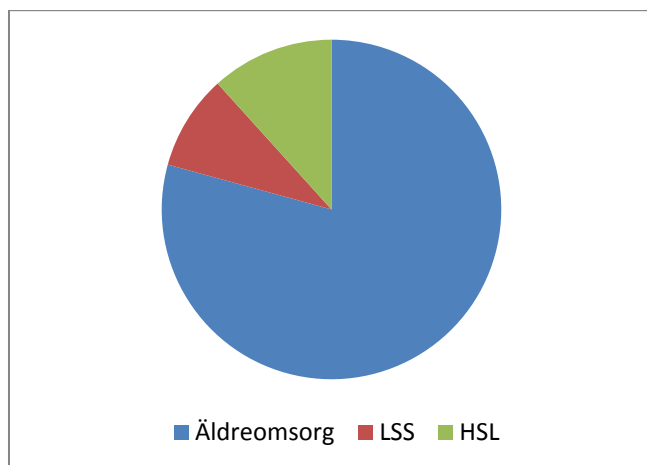
Målet med smärtskattning har inte nåtts, ökning har skett från 25 % år 2014 till 33 %. Målet för munhälsobedömningen har nåtts. Målet för att erbjuda efterlevandesamtal har inte nåtts, utan endast ökat marginellt från 75 % till 78 %.

Förbättringsförslag för 2016

Mål 2016	Aktiviteter utarbetas av verksamheterna	Nyckeltal
Smärtskatta enligt validerat instrument		80 % av alla döende
Munhälsobedömning enligt fastställt formulär		80 % av alla döende
Erbjuda efterlevandesamtal		90 % av alla närstående

Avvikelser angående läkemedelshantering

Läkemedel



Äldreomsorg	149
LSS	17
HSL	22
Totalt	188

Målet att minska antalet läkemedelsavvikelser är uppnått. 2014 var det 269 och i år 188. Webbutbildningen i delegering från SKL som omvårdnadspersonalen ska göra innan delegering blev fördröjd så den är påbörjad nu i början på 2016.

Förbättringsförslag för 2016

Mål att minska antalet läkemedelsavvikelser

- Innan omvårdnadspersonalen får delegering ska de utföra den nya delegeringsutbildningen från SKL
- Sträva efter att läkemedelsskåpen ska placeras i brukarens lägenhet

Läkemedelsgenomgångar

Socialstyrelsens definition av läkemedelsgenomgång:

”En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbetssätt i enlighet med lokala rutiner. Genomgångarna involverar flera professioner och vid behov finns tillgång till stöd av farmakolog, apotekare eller motsvarande.”

Utifrån Socialstyrelsens Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre erbjuds vårdtagare systematiska läkemedelsgenomgångar med hjälp av

”Läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad samt läkemedelsberättelse - Läns gemensam rutin hälso- och sjukvård” och symtomskattningsformuläret PHASE-20, och på så sätt kvalitetssäkra läkemedelsanvändningen för äldre i särskilt- och ordinärt boende i Hofors kommun samt inom verksamheten LSS. Då det gäller läkemedelsgenomgångar har den patientansvariga läkaren ansvaret för förskrivning och uppföljning av förskrivet läkemedel.

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende som idag är ordinerade i medeltal 8–10 olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa läkemedel, bland annat antipsykotiska läkemedel, samt långverkande lugnande medel och sömnmedel. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar.

Enligt Socialstyrelsens indikatorer bör en minskning ske av följande:

- Olämpliga läkemedel
- Olämpliga läkemedelskombinationer
- Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre

Läkemedelsgenomgångar, Mål att 100 % av boende i SÄBO och hemsjukvårdspatienterna ska få läkemedelsgenomgång genomförd årligen.

Resultat

Läkemedelsgenomgångar har genomförts:

Enheter:	2013	2014	2015
Hantverkaren	22	1	23 av 27 brukare
Hesselgrenska	41	31	30 av 47 brukare
Persgården inkl korttids	27	24	21 av 44 brukare
Spelmanen	40	26	17 av 38 brukare
LSS/ Psyk	0/6	7/3	4/4 av 6/27 brukare
Hemsjukvården	0	16	6 av 73 brukare
Totalt:	136	108	105

Inom äldreomsorgen har cirka 58 % av brukarna fått en läkemedelsgenomgång.

Inom LSS/Psyk har ca 24 % av brukarna fått en läkemedelsgenomgång.

Inom hemsjukvården har ca 8 % av brukarna fått en läkemedelsgenomgång.

En anledning till de låga siffrorna är att inte en korrekt läkemedelsgenomgång har blivit gjord. En annan är att det fortfarande inte registreras på rätt ställe i Treserva för att möjliggöra rätt statistikuttag.

Förbättringsförslag för 2016

100 % av boende i SÄBO och hemsjukvårdspatienterna ska få läkemedelsgenomgång genomförd.

Demensvård

Registrering i BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Registret kan med hjälp av struktur i vårdarbetet minska BPSD och kan bidra till:

- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad vård
- Gemensamt språk för personalen
- Tydliga mål
- Teamarbete
- Verksamhetsutveckling
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Vårdtyngdsmätning

Socialnämnden har påbörjat att registrera i BPSD under 2013. I dagsläget är 8 enheter anslutna till registret. Under 2015 gjordes det totalt 35 registreringar i BPSD.

Rutin för symptomskattning/registrering i BPSD-register har tagits fram under året.

Förbättringsförslag för 2016

- Implementera BPSD rutinen
- Utbilda administratörer i BPSD, två per avdelning i varje demensboende
- Öka antal registreringar i BPSD registret till 100 % av alla personer med demensdiagnos boende på demensenhet

Vårdhygien/smittskydd

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning utgör ett problem inom kommunal vård och omsorg, liksom i övrig hälso- och sjukvård. Kontakterna mellan olika vårdaktörer är många och kan innebära risk för smittspridning. Vårdhygienens övergripande mål är att förhindra smittspridning mellan vårdtagare samt mellan personal och vårdtagare. Vårdarbetet måste bedrivas på ett sådant sätt att smittspridning inte sker från vare sig infekterade personer eller från de friska smittbärarna.

Mål att förbättra hygien genom hygienronder.

Hygienronder tillsammans med Regionens hygiensjuksköterska har skett på Persgården och Hantverkan där följande förbättringsåtgärder genomförts:

Persgården: Rutin för rengöring av hjälpmedel, liftar och andra ytor har tagits fram. Översyn av städutrustning och städmaterial. Införskaffande av tvättkorgar till korttids rummen.

Informerat om att diskmaskinen INTE skall diskas på snabbprogram. Handskar ska användas när insulin ges. Rengöra och sprita tvättmaskin och torktumblaren efter varje bruk.

Hantverkan: Sett till att inget står på golvet i förrådet för förbrukningsmaterial. Materielet packas upp utanför förrådet och körs in i förrådet på vagn. Informerat om att öppnade förpackningar inkontinenshjälpmedel inte får stå i förrådet för inkontinenshjälpmedel.

Övriga mål för att förbättra hygien:

Utbildning från hygiensjuksköterskan till sjuksköterskorna har skett. Egenkontroll av hygien har inte skett.

Förbättringsförslag för 2016

Förbättrad hygien genom att möjliggöra för personalen att tillämpa basala hygienrutiner

Munhälsa

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende bör sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper,

ROAG = Revised Oral Assessment Guide.

Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att personalen är med vid den årliga munhalsbedömningen, som boende enligt lag har rätt till, för att få information om hur munhålan skall skötas. Personalen skall ges möjlighet att delta i den utbildning som utföraren av munhalsbedömningar ger. Det finns en samverkansöverenskommelse med Beställarenheten för Tandvård om samarbete vid munhalsbedömningar och den överenskommelsen skall vara känd av alla berörda

Förbättringsförslagen från 2014 har inte uppnåtts. Hofors kommun skulle vara pilotprojekt angående digitala tandvårdsintyg. Detta arbete har blivit försenat på grund av svårigheter med tekniken. Efter införandet av digitala tandvårdsintyg skulle vi följa efter med uppdaterad rutin och implementering av denna. Detta arbete återstår.

Förbättringsförslag för 2016, kvarstår från 2015

- Införa angående digitala tandvårdsintyg
- Fastställa rutin för hela verksamheten
- Implementera rutin

Inkontinens

Urininkontinens är vanligt förekommande bland äldre personer. Uppskattningsvis är 70-80 procent av de boende i särskilda boendeformer urininkontinenta. Svår urininkontinens är ofta en bidragande orsak till att äldre personer inte kan bo kvar hemma. Urininkontinens kan ha flera olika orsaker. Det kan handla om skador på de nerver som styr blåsfunktionen eller förändringar i blåsan, urinröret eller kringliggande organ. Hos kvinnor kan östrogenbristen ge symtom på urininkontinens och hos män kan det handla om prostataförstoring. Vidare kan besvär orsakas av förstoppning, av vissa läkemedel eller av infektioner. Nedsatt förmåga att tolka signaler eller svårigheter att kunna förflytta sig till toaletten kan orsaka urininkontinensliknande besvär.

Förbättringsförslagen för 2015 har inte genomförts då den länsövergripande vårdplanen, som ska ligga till grund för det lokala arbetet, inte har färdigställts. Av den anledningen kvarstår förbättringsförslagen.

Förbättringsförslag för 2016

Öka inkontinensvårdens kvalitet genom att:

- Fastställa vårdplan för inkontinens
- Inklusiv basal utredning
- Årlig uppföljning
- Uppföljning av indikatorer på kvarliggande kateter
- Fastställa vilken hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att göra Individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel
- Individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel av behörig hälso- och sjukvårdspersona

Händelserapportering

Tabell över händelserapportering 2015-01-01–12-31

Händelse/Verksamhet	IFO	LSS	ÄO	HSL
Arbetsrutiner	3	2	22	3
Bemötande			3	
Brottslig handling				
Dokumentation	1	4	3	3
Fall		23	545	2
Handläggning		1	1	
Hjälpmedel			4	1
Information/Kommunikation	3	1	7	1
Informationsöverföring		1		6
Insatser		2	7	
Lex Sarah				
Lokaler/Resurser		2	1	1
Läkemedel		17	149	22
Omvårdnad		1	4	
Utebliven behandling				
Utebliven insats		1	7	
Uteblivet besök			7	
Våld och övergrepp			8	
Vård och behandling		1		
Vårdrelaterade infektioner				
Övergrepp sexuellt				
Totalt	7	56	768	39

Fall och läkemedel sticker ut som frekvent rapporterade händelser. Dessa båda har funnits sedan flera år tillbaka i avvikelshanteringen och personalen är van att rapportera in det som avviker inom dessa områden. Det faktum att de är frekvent rapporterade behöver inte betyda att de är vanligt förekommande, i jämförelse med andra händelser. Det finns anledning att misstänka att övriga händelser inte rapporteras lika flitigt, trots att de förekommer.

I all hantering av händelser finns ett mörkertal. Det beror på flera olika faktorer, en faktor är vilken attityd personalen har till att rapportera händelser. Det är viktigt att avdramatisera rapporteringen, det är också viktigt att återkoppla till den personal som har rapporterat. En händelseanalys på själva rapporten och att förebygga så det inte händer igen. Generellt kan man säga att ju mer man talar om och diskuterar händelse rapporterna ju fler anmälningar.

Man kan inte sätta något likhetstecken på att färre händelserapporter skulle innebära en bättre enhet med högre kvalitet.

Insatser som Socialnämnden har genomfört/genomför och som bl.a. syftar till ett preventivt arbete för att minska händelser.

- Fallprevention
- Läkemedelsutbildning. Utbildning för all personal inom äldreomsorgen i läkemedelshantering.
- Läkemedelsgenomgångar enligt Läns gemensam rutin hälso- och sjukvård
- Senior Alert ett riskbedömningsinstrument. Ett förebyggande arbetssätt för att arbeta systematiskt och strukturerat för att förebygga undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen.

Under året har ingen händelserapportering utretts där anmälan gjorts enligt lex Maria till IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg. Utifrån Lex Maria anmälan 2014 om brister i kommunikation återstå åtgärder som ska genomföras 2016.

Förbättringsområde för 2016

- Alla verksamheter kommer att arbeta vidare med implementeringen av det systematiska förbättringsarbetet
- Arbeta vidare med analysen av resultatet
- Även bli bättre på att återkoppla
- Utbildning i kommunikationsmetoden S-BAR till legitimerad personal

KVALITETSBERÄTTELSE

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9 3 kap. 1§). Årligen bör det arbete som pågått för att utveckla och säkra kvaliteten dokumenteras i en kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9 7kap. 1§).

Kvalitetsarbetet i Hofors kommuns socialtjänst bedrivs i enlighet med SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt föreskriften ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Föreskriften beskriver följande områden:

Processer och rutiner

Systematiskt förbättringsarbete

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Dokumentationsskyldighet

Processer och rutiner

Kvalitetsäkra processerna

Under 2014 och 2015 har arbetet med att identifiera och beskriva de processer som finns och behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter fortskridit men fortfarande återstår ett stort arbete. För att öka delaktigheten har vi valt att utbilda medarbetare från olika verksamheter till processhandledare. Arbetet med att ta fram rutiner pågår men också där återstår ett stort arbete. I syfte att få ordning och reda har arbetet med att lägga ut ledningssystemet på intranätet påbörjats. Tanken är att all personal lätt ska ha tillgång till de rutiner som finns och att säkerställa att de endast finns på ett ställe så att det är rätt version.

Följande ledningsrutiner är framtagna 2015:

- Rutin för uppdrag med mall
- Rutin riskanalys för verksamhetens målgrupp och personalens arbetsmiljö
- Rutin för framtagande/identifiering av processer
- Rutin för händelseanalys
- Verktyg för rutin, checklista, lathund, bilaga och manual
- Rutin för egenkontroll, ledningsgrupper

Kvalitetssäkra samverkan

Inom länet finns samverkan mellan länets kommuner och Regionen. De brister som finns inom extern samverkan ska fångas upp i de välfärdsgrupper som finns, barn och unga, äldre, psykisk hälsa och missbruk. Dessa har ej fungerat tillfredställande och nu görs ett omtag med dessa grupper. Uppdraget är att inventera samtliga nuvarande samverkanskonstellationer, fånga upp samverkansavvikelse, analysera och föreslå åtgärder, ta fram och verkställa en lokal årlig handlingsplan utifrån de Gemensamma Utgångspunkter (GU) som finns för respektive grupp och att lyfta frågor till GU-ledningsgruppen som inte kan lösas av den operativa välfärdsgruppen.

Förbättringsförslag för 2016

Arbetet med processerna kommer att fortgå samt sammanställas för att finnas tillgängligt på intranätet.

Systematiskt förbättringsarbete

Under 2014 och 2015 har vi arbetat fram rutiner för riskanalys, egenkontroll, händelseanalys. Vi har också påbörjat att ta fram en ny rutin för hur vi arbetar med avvikelser, klagomål och synpunkter.

En kvalitetsdag har genomförts i syfte att få igång det systematiska kvalitetsarbetet, även måldiskussioner och exempel på hur implementering av nya rutiner kan gå till.

En mall för uppdrag i syfte att få ett strukturerat och dokumenterat förändringsarbete har tagits fram.

En större utbildningsinsats i Lex Sarah har skett under hösten 2015 som har vänt sig till samtliga verksamheters personal, ordinarie och vikarier, samt förtroendevalda. Totalt har 506 personer gått utbildningen.

Förbättringsförslag för 2016

- Arbeta fram verksamhetsstyrningsregler som tydliggörs i ett årshjul.
- Det dokumenterade förändringsarbetet ska kompletteras med att metodiskt arbeta med hjälp av styrsnurra för utveckling och förbättring.
- Fyra kvalitetsdagar kommer att genomföras under året.

Egenkontroll

Personalkontinuitet i hemtjänsten

Kkik, kommunens kvalitet i korthet, mätningen som utfördes i oktober 2015 gällande kontinuiteten av antal personal som en hemtjänstmottagare möter under en 14 dagars period, resulterade i ett medelvärde på 16 personal under en 14 dagars period.

År 2013 var siffran i Hofors 17 personal under en 14 dagars period, 2014 var siffran 15 personal. Tidigare har siffrorna varit mycket högre i Hofors.

Hela landets medelvärde var 2013 14 personal under en 14 dagars period, 2014 och 2015 var siffran i landet 15 personal under en 14 dagars period.

För att öka personalkontinuiteten har ett förändringsarbete genomförts där en del har varit att se goda exempel. Ett sådant är Skönsmons hemtjänst i Sundsvall, där man varit på studiebesök och sett på deras nya arbetssätt. Därefter har en arbetsgrupp börjat arbeta fram ett nytt arbetssätt och en pilotgrupp ha börjat tillämpa arbetssättet sedan mitten av december. Syftet är att öka kontinuiteten hos brukarna och deras trygghet men även för att personalen ska må bättre och tycka att det är roligt att gå till arbetet och ha krafter kvar efter jobbet.

Förbättringsförslag för 2016

Öka tryggheten för brukare med hemtjänst i ordinärt boende.

Lex Sarahrapporter

Under 2015 har totalt en lex Sarahrapporter lämnats in till socialnämnden.

Under året har Rutin för Lex-Sarah-rapportering tagits fram.

År	SÄBO	Hemtjänst	LSS	IFO	Summa
2012	1		1	1	3
2013	2				2
2014	1				1
2015	1				1

Avsåg	SÄBO	Hemtj	LSS	IFO	Summa
Bemötande					
Ekonomiskt övergrepp					
Brister i tillsyn/omsorg					
Brister i åtgärdande av larm	1				1
Psykiskt eller fysiskt övergrepp					
Brister i överlämnande					
Summa					

Förbättringsförslag för 2016

Att arbeta med att göra Lex Sarah rutinerna lättillgängliga, kända och använda.

Synpunkter och klagomål

Verksamhet	Antal
Administration	2
Myndighetsutövning	
Särskilt boende	2
Hemtjänst	
LSS/Psyk	
HSL	
IFO	2
Summa	6

Synpunkterna som inkommit är utredda och besvarade utifrån de rutiner som finns.

Förbättringsförslag för 2016

Implementera den reviderade rutinen och blankett synpunkter och klagomål.

Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa.

Kosten som serveras på särskilda boenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har.

Förbättringsförslag för 2016

Utveckla måltiden på särskilt boende, SÄBO.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

För att öka delaktigheten har vi valt att utbilda medarbetare från olika verksamheter till processhandledare

Värdegrund

I Hofors Kommun har vi arbetat fram en Värdegrund bestående av 3 värdeord; respekt, professionalism och ansvar. Detta arbete blev klart 2015 och sedan dess har vi arbetat med implementeringen av den i verksamheten. Som ett led i det arbetet genomförs 2 gånger per år en uppföljande nulägeskattning där medarbetare ska bedöma i vilken grad värdegrunden präglar deras arbetsvardag. Ett nuläge som synliggör beteenden och områden som idag fungerar bra eller kan utvecklas.

Kvalitetssäkra dokumentationen

Genomförandeplan, ny plan har tagits fram under året. Kontroller har gjorts att alla brukare har en genomförandeplan. Egenkontrollplan har tagits fram för att kvalitetssäkra innehållet i planerna och även brukarnas delaktighet, att användas under 2016.

Beslut om nya termer

Socialnämndens ledningsgrupp beslutade den 24 februari att BRUKARE och NÄRANSVARIG är de termer som ska användas i verksamheterna.

Brukare Flera uttryck för de personer som erhåller insatser inom socialnämndens verksamheter används idag. Den rekommenderade termen från Socialstyrelsen är brukare.

Näransvarig För funktionen man har som särskilt ansvarig för personens praktiska och sociala välbefinnande på enheterna har föreslagits att termen näransvarig ska användas för att den bäst beskriver funktionen och för att inte sammanblandas med termen kontaktperson som är en biståndsbedömd insats.

Rutiner som rör dokumentation som tagits fram under året:

- Rutin för Social dokumentation enligt SoL/LSS för omvårdnadspersonal
- Rutin för dokumentation enligt HSL för omvårdnadspersonal
- Rutin gällande åtgärder vid bristfällig dokumentation i verksamhetssystemet Treserva.
- Dokumentationsrutin för enhetschefer
- Rutin för upprättande/förändring av genomförandeplan
- Rutin egenkontroll för granskning av dokumentation och genomförandeplan

Individ- och familjeomsorgen

Familjeenheten har utvecklat ett stöd i arbetet med [SIP:ar](#), samordnad individuell plan, där modern teknik används för att få en bättre mötesstruktur med bättre delaktighet och tydligare ansvarsområden för alla deltagare. Tekniken används också i handläggningsarbetet med utredningar och underlättar vid uppföljning av insatser.

Loggkontroller

Loggkontroller för loggkontroller i verksamhetssystemet Treserva har tagits fram samt loggkontrollprotokoll.

Dokumentationsskyldighet

Allt systematiskt kvalitetsarbete ska dokumenteras. Processer i verksamheterna är identifierade och beskrivna. Under 2016 kommer processer och rutiner att dokumenteras både i text och flödesschema. Vidare kommer den årliga patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen att utgöra en del av dokumentationen.

SAMMANFATTNING AV 2016 ÅRS PATIENTSÄKERHETS- OCH KVALITETSARBETE

- Fortsätta arbetet riskbedömning, åtgärder, uppföljning och analys av resultatet enligt Senior alert i särskilt boende och hemsjukvård
- Fortsätta arbeta i team
- Fortsätta arbeta fallförebyggande
- Fortsätta utveckla avvikelshanteringen
- Fortsatt arbete med smärtskattning, munstatusbedömning och att erbjuda efterlevandesamtal i den palliativa vården
- Innan delegering till omvårdnadspersonalen ska webbaserad delegeringsutbildningen utföras
- Sträva efter att läkemedelsskåpen ska placeras i brukarens lägenhet
- Läkemedelsgenomgång till alla brukare i SÄBO och hemsjukvård
- Implementera BPSD rutinen i demensvården
- Utbilda administratörer i BPSD, två per demensavdelning
- Öka antal registreringar i BPSD registret till 100 % av alla personer med demensdiagnos boende på demensenhet
- Förbättrad hygien genom att möjliggöra för personalen att tillämpa basala hygienrutiner
- Införa digitala tandvårdsintyg
- Fastställa tandvårdsrutin för hela verksamheten och implementera rutinen
- Öka inkontinensvårdens kvalitet
- Implementering av det systematiska förbättringsarbetet
- Arbeta vidare med analysen av resultatet samt bli bättre på att återkoppla
- Utbildning i kommunikationsmetoden S-BAR till legitimerad personal
- Färdigställa processerna i verksamheten samt göra de lättillgängliga via intranätet
- Arbeta fram verksamhetsstyrningsregler som tydliggörs i ett årshjul.
- Komplettera förändringsarbetet med styrsnurra för utveckling och förbättring
- Fyra kvalitetsdagar kommer att genomföras
- Öka tryggheten för brukare med hemtjänst i ordinärt boende.
- Lex Sarah rutiner ska göras lättillgängliga, kända och använda
- Implementera reviderade rutinen och blankett för synpunkter och klagomål
- Utveckla måltiden på särskilt boende, SÄBO
- Fortsatt värdegrundsarbete