

Hofors Kommun

SOCIALNÄMNDEN

Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

2017

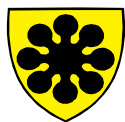
Socialnämnden Hofors kommun

2018-03-06

Cissi Hedwall, verksamhetschef kvalitet och HSL

Susanne Holmgren, socialchef

Inger Söderberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska



Innehållsförteckning

1. Sammanfattning kvalitet- och patientsäkerhetsåret 2017	2
2. Bakgrund	2
2.1 Definitioner och förkortningar	3
3. Organisation socialnämnden	3
3.1 Organisationsförändringar	4
4. Kvalitetsuppföljningar genom brukarundersökningar	4
4.1 Äldreomsorg	4
4.2 Hemtjänst	5
4.3 LSS- och psykiatrienheten	5
4.4 Individ och familjeomsorgen	5
4.5 AMI (Arbetsmarknad och integration)	5
5. Nationella uppföljningar och jämförelser	5
5.1 Öppna jämförelser	7
6. Tillsyner och granskningar av tillsynsmyndighet	7
7. Riskanalys	8
8. Egenkontroll	9
9. Avvikelse samt synpunkter och klagomål	9
9.1 Sammanställning klagomål och synpunkter 2017	11
9.2 Rapporter enligt Lex Sarah	11
10. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	11
11. Värdegrund	13
12. Patientsäkerhetsberättelse	14
13. Övergripande mål och strategier	14
14. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	14
15. Uppföljning genom egenkontroll	16
15.1 Hofors kommuns arbete med fall, fallolyckor och fallförebyggande arbete	16
15.2 Svenska palliativregistret	18
15.3 Avvikelse angående läkemedelshantering	20
15.4 Demensvård	21
15.5 Händelserapportering	22
15.6 Nutrition	23
15.7 Munhälsa	24
15.8 Vårdhygien/smittskydd	24
15.9 Inkontinens	25
15.10 Kommunikation – SBAR utbildning	25
15.11 Granskning av hälso- och sjukvårds journal	25
16. Samverkan för att förebygga vårdskador	26
17. Informationssäkerhet	26
18. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	27
19. Hantering av klagomål och synpunkter	27
20. Övergripande mål och strategier för kommande år	27



1. Sammanfattning kvalitet- och patientsäkerhetsåret 2017

Inför kvalitetsåret 2017 konstaterades att socialnämndens stora utmaningar gällande det systematiska kvalitetsarbetet bestod i ett fortsatt arbete med vårt ledningssystem för kvalitet, främst i form av att beskriva och anta fungerande processer och rutiner samt att nå ut med dessa till alla medarbetare.

Under året har ledningssystemet på intranätet tagits i bruk och alla rutiner och processer är överflyttade dit. Det innebär att alla medarbetare på ett enkelt sätt kan nå samtliga rutiner för verksamheten i det dagliga arbetet.

Kvalitetsuppföljningar har genomförts genom att socialnämnden har deltagit i nationella mätningar. Resultaten återges under punkt 4 och 5.

De organisatoriska förändringarna under året har bestått i tillsättande av verksamhetschef kvalitet och HSL vilket innebar en ny organisation inom socialnämnden. Även inom IFO har det varit en omfattande organisationsförändring.

Intentionen att arbeta med patientsäkerhet har funnits men på grund av svårigheter med bemanning av legitimerad personal har verksamheten inte mäktat med.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2017 för att öka kvaliteten:

- Upprättat flera ledningsrutiner inom avvikelshantering
- Reviderat verksamhetsstyrningsregler
- Framtagande av årshjul för verksamheterna, inlagt i Stratsys
- Ledningssystemet inlagt på intranätet
- Rutin för avvikelshantering, inklusive Lex Sarah samt synpunkter och klagomål har upprättats

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2017 för att öka patientsäkerheten:

- antal rapporterade fallavvikelser har minskat
- munhälsobedömningar i palliativt skede har ökat och nått målvärdet

2. Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheter regelbundet dokumentera de åtgärder som vidtagits för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som uppnåtts. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

För att uppnå dessa krav upprättar socialnämnden årligen en sammanhållen kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som beskriver hur arbetet bedrivits under året.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen fungerar som ett bokslut för socialnämndens verksamheter där tillfälle ges att summera det gångna årets kvalitetsarbete och presentera detta på



ett tillgängligt vis för både medborgare, medarbetare och politiker. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen syftar även till att bidra till det systematiska kvalitetsarbetet. Genom att årligen summera vidtagna åtgärder kan ytterligare strategier för nästkommande års arbete identifieras och prioriteras.

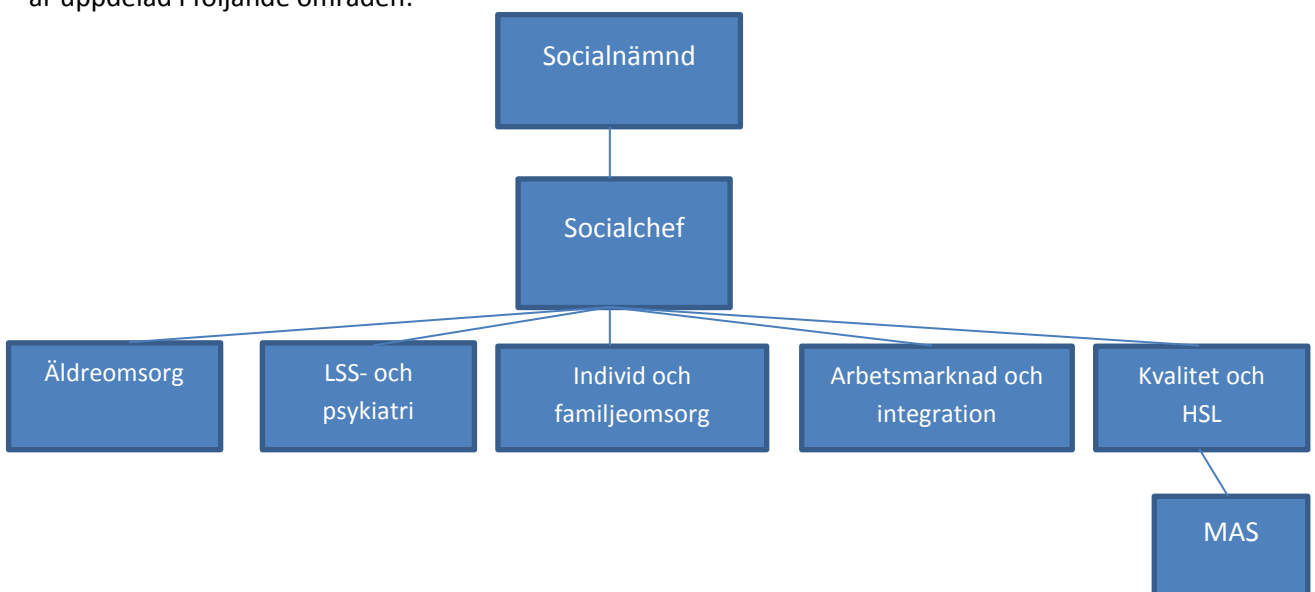
2.1 Definitioner och förkortningar

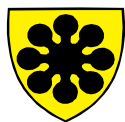
Följande definitioner används i denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse med nedanstående innebörd:

- SoL: Socialtjänstlagen (2001:453)
- LSS: Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- HSL: Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- MAS: Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Kommunens kvalitet i korthet, KKIK: En övergripande kvalitetsrapport arrangerad av Sveriges kommuner och landsting (SKL)
- Öppna jämförelser: Ett verktyg för analys, uppföljning och kvalitetsutveckling inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Verktyget presenteras av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL).
- Inspektionen för socialnämnden, IVO: Tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS.

3. Organisation socialnämnden

Socialnämndens ledningsgrupp är organiserad under Socialnämnden och leds av socialchef. Under socialchefen finns en ledningsgrupp bestående av chefer för respektive verksamhet. Organisationen är uppdelad i följande områden:





3.1 Organisationsförändringar

Under 2017 har en omorganisation inom socialnämndens ledningsgrupp genomförts. Det har skapats en ny organisation; Kvalitet och HSL. En verksamhetschef har tillsatts i den nya organisationen. Sjuksköterske- och rehabenheten samt biståndsenheten flyttas över från äldreomsorgen till den nya organisationen. Kvalitetssamordnare, IT-samordnare samt MAS flyttas från socialchef till den nya organisationen. Även avgiftshandläggare för vård- och omsorg tillkommer i organisationen. Under 2017 har IFO gjort en organisationsförändring med en gemensam enhetschef vilket leder till ett närmare samarbete mellan handläggarna.

4. Kvalitetsuppföljningar genom brukarundersökningar

Nedan presenteras kvalitetsuppföljningar och brukarundersökningar genomförda under 2017. Samtliga uppgifter nedan är hämtade från Kolada.

4.1 Äldreomsorg

Frågeställning	2015	2016	2017
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	86	83	75
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)	93	95	92
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg – tillräckligt med tid, andel (%)	82	80	69
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet, andel (%)	88	97	84
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg – förtroende för personalen, andel (%)	86	97	83
Omsorgspersonal/plats i boende för särskild service för äldre på vardagar, antal	0,33	0,33	0,21



4.2 Hemtjänst

Frågeställning	2015	2016	2017
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	92	93	96
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)	87	87	91
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen utför sina arbetsuppgifter, andel (%)	98	97	100
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	86	92	91
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – hemtjänsttagare med namngiven fast personalkontakt, andel (%)	42	86	91
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde			12
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – möjlighet att påverka tider, andel (%)	59	63	62

4.3 LSS- och psykiatrienheten

Saknar uppgifter i Kolada gällande brukarundersökningar inom funktionsnedsättning.

Hofors kommun ingår i ett samarbetsutbyte kring DMO i västra Gästrikland. Under 2017 genomfördes brukarundersökningar genom delaktighetsmodellen (DMO) inom följande verksamheter:

- LSS Daglig verksamhet, deltagare
- LSS-boende, boende

4.4 Individ och familjeomsorgen

Saknar uppgifter i Kolada gällande brukarundersökningar inom individ- och familjeomsorgen.

4.5 AMI (Arbetsmarknad och integration)

Saknar uppgifter i Kolada gällande brukarundersökningar inom AMI

5. Nationella uppföljningar och jämförelser

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är en övergripande kvalitetsrapport arrangerad av Sveriges kommuner och landsting (SKL). I denna rapport redovisas resultat från mätningar av ett antal kvalitetsområden gällande kommunens kvalitet och effektivitet. Undersökningen är omfattande och granskar stora delar av kommunernas ansvarsområden.

I tabellen nedan redovisas ett antal specifika mått som berör socialnämnden. Resultaten illustrerar utvecklingen från år 2015-2017. För mer information se;

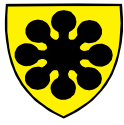
https://www.kolada.se/?_p=jamforelse&unit_id=16772&tab_id=74586

Färgkodningen illustrerar hur Hofors kommun placerar sig i jämförelse med medelvärdet för rikets resultat.

Grönt	= Bästa 25%
Gult	= Mittersta 50%
Rött	= Sämsta 25%

Resultat KKiK Hofors - Relevanta mått Socialnämnden	2015	2016	2017
Tillgänglighet			
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	125	96	48
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfälle för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	16	-	18
Trygghet			
Personalkontinuitet, antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde			12
Effektivitet			
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	63	-	67
Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare	885535	961839	-
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)	88	83	74
Omsorgs- och serviceutbud hemtjänst äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	52	-	48
Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/brukare	255945	232513	-
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg – helhetssyn, andel (%)	92	93	97
Kvalitetsaspekter LSS grupp- och servicebostad, andel (%) av maxpoäng	86	-	96
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	75	-	86

Inom området tillgänglighet mäts väntetid för att få erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende i antal dagar från ansökningsdatum. Resultaten visar att Hofors 2017 har förbättrats vad gäller



väntetid för erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende. Väntetiden för första kontakt inom försörjningsstöd har ökat något men resultatet ligger fortfarande inom de mittersta 50%.

Inom området trygghet mäts bland annat antalet personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar. Dessa mått finns inte inrapporterade sedan tidigare men vi vet från egna mätningar att resultatet har förbättrats mot tidigare. Det är en omorganisation inom hemtjänsten med införande av bubblor som bidrar till det positiva resultatet.

Området effektivitet mäts bland annat genom kvalitetsaspekter, brukarnöjdhet och kostnader. Det saknas uppgifter gällande kostnader för 2017 inom hemtjänst och särskilt boende. Brukarbedömningarna visar på en högre andel nöjda brukare inom hemtjänsten och LSS grupp- och servicebostad jämfört med inom särskilt boende.

5.1 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser är ett verktyg för analys, uppföljning och kvalitetsutveckling inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Verktöget presenteras av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Verktöget bygger på indikatorbaserade jämförelser mellan kommuner och landsting och syftar till att ge beslutsfattare ett underlag för att kunna följa upp och förbättra verksamheternas egna resultat.

2017 kan socialnämnden inte presentera något resultat i öppnajämförelser. Underlaget har tagits fram av alla verksamheter men tyvärr blev svaren inte inskickade. Rutinen görs om inför 2018 för att säkerställa att svaren skickas in.

Fortsatt förbättringsarbete:

- ta fram årshjul för statistikinlämning
- säkerställa att svar skickas in till nationella kvalitetsgranskningar

6. Tillsyner och granskningar av tillsynsmyndighet

Under 2017 har nedanstående tillsyner och granskningar av socialnämndens verksamheter genomförts.

Individ och familjeomsorg:

Vi har under året haft tillsyn av arbetsmiljöverket som granskade arbetsmiljön på barn och familj samt chefernas arbetsituation, arbetsmiljöverket fann flera brister som vi blev uppmanade att åtgärda, ett stort arbetsmiljöarbete påbörjades och bristerna åtgärdades. Arbetsmiljöverket avskrev ärendet i slutet av året.



IVO har efter flertalet anonyma anmälningar om brister i ledarskapet samt barnavårdsutredningar granskat IFO. Vid tidigare planerad tillsyn av missbruksärenden som föregående år inte gick att granska på grund av allt för stora brister i dokumentationen granskades förutom missbruksärenden även barnavårdsutredningar.

Resultat; Protokollet från tillsynen har inte kommit än men sammanfattningen vid IVO:s granskning var att missbruksärendena i dagsläget såg bra ut och att barnavårdutredningarnas kunde kortas ner och där allt i utredningarna inte var relevant för ärendena. Angående brister i kompetens av ledarskapet så fann inte IVO något som kunde härledas till brister i handläggningen och ansåg vidare att det inte var IVO:s ansvar att bedöma om lämplig kompetens eller inte.

Ensamkommande:

Under 2017 har IVO inspekterat verksamheten vid ett tillfälle. Den oanmälda inspektionen fokuserade på följande områden:

- Verksamhetens avvikelsehantering
- Bemanning
- Föreståndarens och personalens kompetens
- Lämplighetsbedömningar i samband med inskrivning

Beslutet lyder: IVO bedömer sammataget att de uppgifter som har framkommit vid tillsynen visar att verksamheten har förutsättningar att erbjuda inskrivna barn och unga en trygg och säker vård.

Inom äldreomsorg, LSS samt AMI har inga tillsyner eller granskningar av tillsynsmyndighet genomförts.

7. Riskanalys

Vid organisationsförändringar och speciella brukarärenden ska riskanalyser genomföras. Under 2017 har följande riskanalyser genomförts;

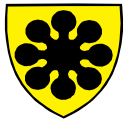
Ledningsgrupp:

Riskanalys gjordes inför organisationsförändring då den nya organisationen Kvalitet och HSL upprättades. Riskanalysen gällde socialchefens arbetsmiljö samt påverkan på organisationerna inom social omsorg. Handlingsplaner och åtgärder upprättades, uppföljningar har skett.

IFO:

Under 2017 gjordes flertalet riskanalyser gällande arbetsmiljön på barn och familj.

Företagshälsovården, Previa, hjälpte till med två stycken riskanalyser genom intervjuer som sedan sammanställdes till en rapport. Den ena riskanalysen gällde chefernas arbetsmiljö och den andra gällde personalsituationen på barn och familj. Båda riskanalyserna resulterade i handlingsplaner och åtgärder.



Äldreomsorg:

Risکانالyser har gjorts på SÄBO Hantverkarn gällande:

- hissarna
- trygghetslarm
- orolig brukare

En risکانالys har också gjorts gällande delning av hemtjänsten till två grupper med varsin enhetschef.

LSS- och psykiatrienheten:

Risکانالys har gjorts angående flytt av egen verksamhet.

Fortsatt förbättringsarbete 2018:

- Arbeta med risکانالys i det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- Genomgång av matris för risکانalys.

8. Egenkontroll

Under året har uppdrag egenkontroll delats ut. Arbeta pågår med att ta fram rutin för egenkontroll samt checklista över vad som ska kontrolleras. Arbetet beräknas vara klart och börja implementeras under 2018. Vissa egenkontroller kommer att kunna genomföras under 2018 utifrån den nya rutinen.

Loggkontroll genomförs enligt rutin varje månad. Resultatet skickas till nämndsekreterare som gör en sammanställning. Uppföljning sker 2 ggr/år.

Arbetet med att begränsa användares behörigheter har kommit långt, därav behöver syftet med loggkontroller ses över.

Fortsatt förbättringsarbete 2018:

- Att upprätta rutiner samt implementering av egenkontroll
- Se över syftet med loggkontroll

9. Avvikelse samt synpunkter och klagomål

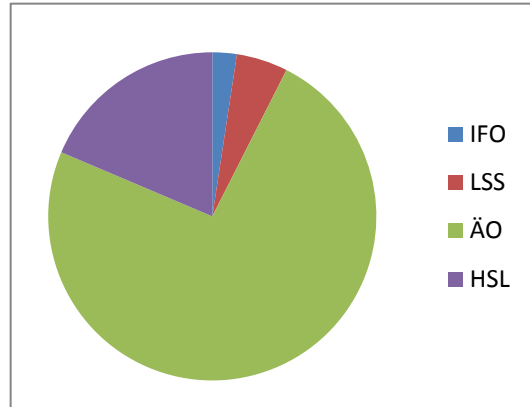
Under 2017 har det rapporterats in totalt 790 stycken avvikelser i verksamhetssystemet Treserva. Detta är en ökning jämfört med tidigare år. De flesta avvikelserna, totalt 628 stycken, berör läkemedel (316) och fall (312). 2017 har 73 avvikelser som gällande arbetsrutiner rapporterats, det är en kraftig ökning jämfört med tidigare år.

Flera rutiner för avvikelshantering har tagits fram och implementering har påbörjats. Även lathundar för bland annat registrering och analysering har tagits fram.

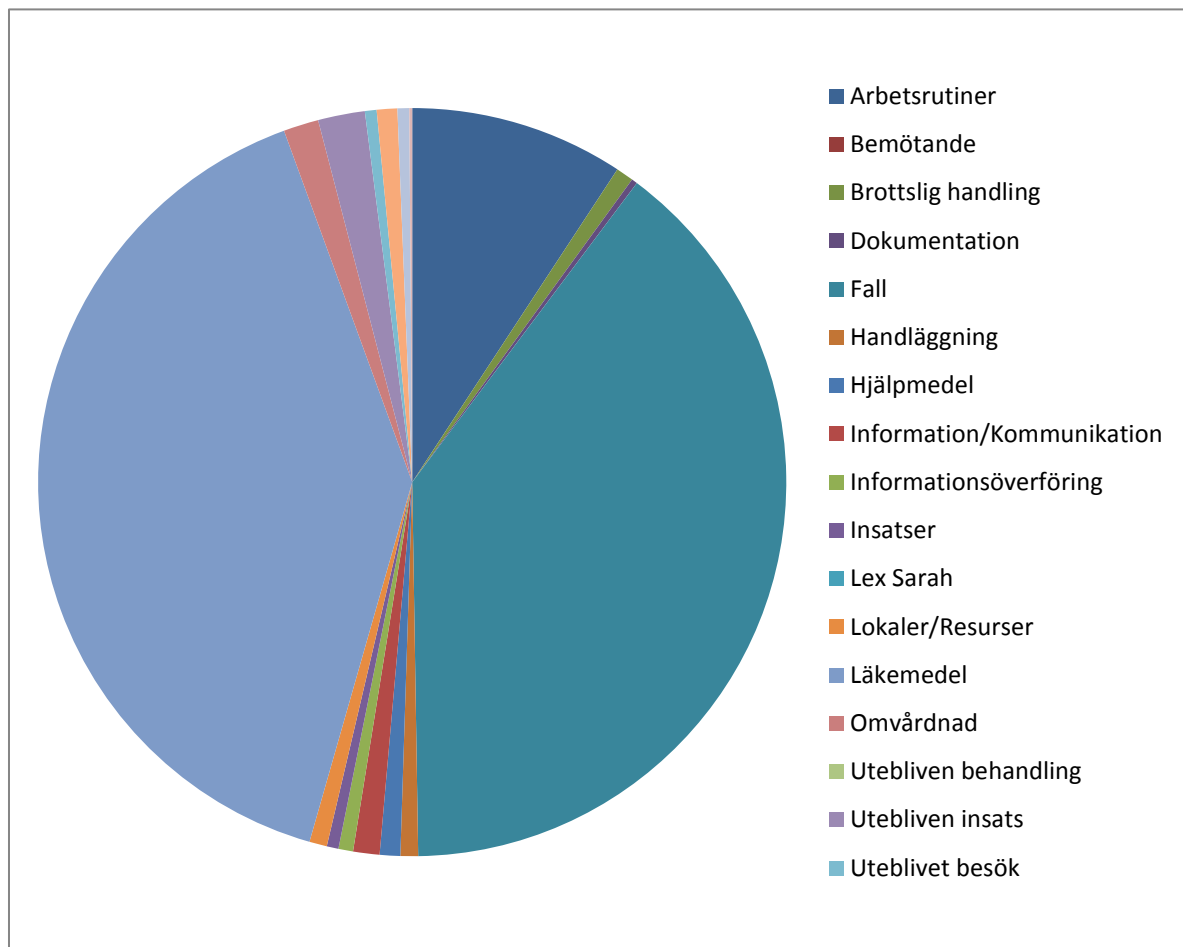


Antal avvikelser 170101-171231

Verksamhet	
IFO	19
LSS	40
ÄO	584
HSL	147
Totalt	790



Bild; antal avvikelser fördelat på enheter



Bild; andelen avvikelser fördelat på orsak



Fortsatt förbättringsarbete 2018:

- rutin för avvikelshantering ska göras kända i verksamheterna
- fortsatt arbete med implementering

9.1 Sammanställning klagomål och synpunkter 2017

Under året har totalt åtta klagomål och synpunkter kommit in till kommunen. Av dessa berör tre stycken äldreomsorgen och är i två fall insända av anhöriga till brukare. Ett klagomål och synpunkt har lämnats av extern företagare.

Inom LSS- och psykiatrienheten har det kommit in ett klagomål och synpunkt. Det var inskickat av en anonym anmälare och kom via IVO.

Fyra klagomål och synpunkter har kommit in gällande Individ och familjeomsorgen. Båda ärendena gällde handläggning. Två stycken klagomål och synpunkter har kommit via IVO från anonyma anmälare.

Analys av inkomna klagomål och synpunkter:

Samtliga klagomål och synpunkter har behandlats och besvarats enligt den framtagna rutinen.

Fortsatt förbättringsarbete 2018:

- rutin för synpunkter och klagomål ska göras kända i verksamheterna
- fortsatt arbete med implementering

9.2 Rapporter enligt Lex Sarah

Under 2017 har socialnämnden utrett två stycken missförhållande enligt Lex Sarah. Den ena utredningen har efter analys skickats till IVO, den andra utredningen har hanterats inom kommunen.

Ny rutin för analysering och utredning av Lex Sarah har tagits fram under året. Det har även utsetts två utredare för Lex Sarah. De personerna ansvarar för att utreda händelsen och ge förslag på åtgärder för att förhindra att händelsen upprepas.

10. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

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 ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

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

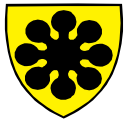
föreskrifter har fortskridit men fortfarande återstår ett stort arbete. Flera nya rutiner har tagits fram under året.

Under 2017 har arbete pågått med att lägga ut ledningssystemet på intranätet. Det arbetet är nu klart och framöver riktar det in sig på att lägga ut nya rutiner samt revidera de som är utlagda. Rutin har tagits fram för arbetet med att hålla ledningssystemet uppdaterat. Tanken med att ha ledningssystemet på intranätet är att all personal lätt ska ha tillgång till de rutiner som finns samt att säkerställa att de endast finns på ett ställe.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom socialnämnden



Bild; startsida ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Hofors kommun intranätet



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Äldreomsorg



Bild; ledningssystemet för verksamhet (äldreomsorg)

Fortsatt förbättringsarbete 2018:

- fortsätta kartlägga processer och rutiner inom socialnämndens verksamheter
- fortsätta arbetet med att implementera ledningssystemet i samtliga av Socialnämndens verksamheter
- se över behov av utbildning för processhandledare
- visa ledningssystemet för socialnämnden

11. Värdegrund

I Hofors Kommun har vi arbetat fram en Värdegrund bestående av tre värdeord; respekt, professionalism och ansvar. Detta arbete blev klart 2015. Som ett led i det arbetet genomförs två gånger per år en nulägesgranskning där medarbetare ska bedöma i vilken grad värdegrunden präglar deras arbetsvardag.

Värdegrundsarbetet ska ingå som en naturlig del i arbetet. Värdegrunden finns som stående punkt vid arbetsplatsträffar. Vid behov så tas djupare diskussioner kring värdegrund. Även vid medarbetarsamtal diskuteras värdegrund.

Fortsatt förbättringsarbete 2018:

- arbetet med värdegrund fortskrider



12. PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

13. Övergripande mål och strategier

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

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

Strategierna bör vara att:

- ändra attityder till risker
- följa rutiner
- bli bättre att arbeta systematiskt

14. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet utifrån ledningssystem

SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

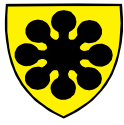
Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egen kontroll av patientsäkerhetsarbetet/kvalitetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

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.

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 (2017:30) 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.



15. Uppföljning genom 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.

Riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munhälsa

Uppföljning av förbättringsförslag för Senior Alert 2017

Inventera vad verksamheterna behöver då brukare med risker identifieras vid riskbedömningarna, för att möjliggöra åtgärder.

Förslaget har inte genomförts.

Förbättringsförslag för 2018

- Ta fram rutiner för hur riskbedömningsinstrumenten Downton, MNA, Northon och ROAG ska användas

Riskbedömningsinstrumentet Downton används för att bedöma risk för att någon ska ramla, MNA för att bedöma risk för undernäring, Northon för att bedöma risk för trycksår och ROAG för att bedöma risk för ohälsa i munnen.

15.1 Hofors kommuns arbete med fall, fallolyckor och fallförebyggande arbete

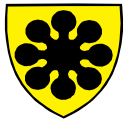
Äldre personer, över 65år, är överrepresenterade i skadestatistik och den vanligaste skadan är efter fallolyckor.

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.

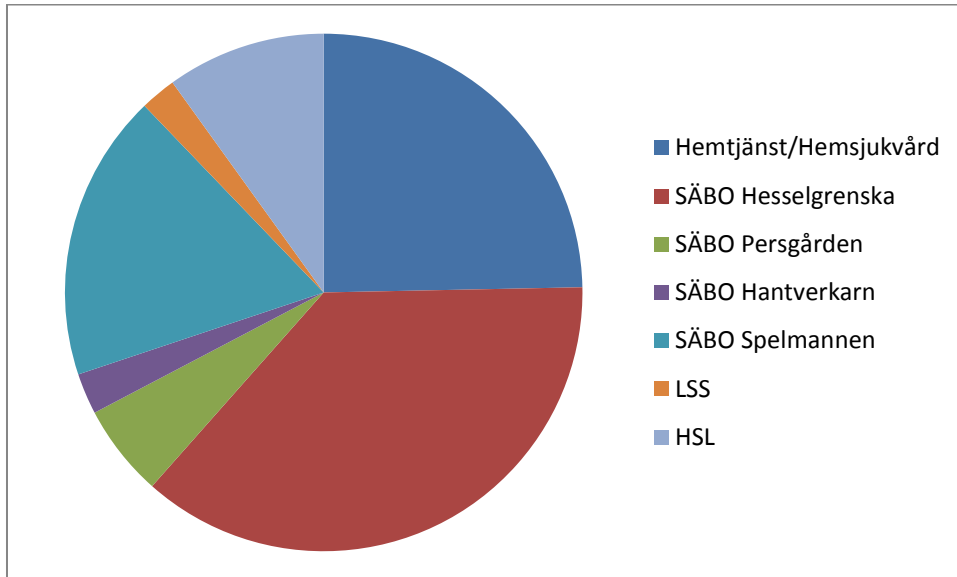
Fallförebyggande arbete

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

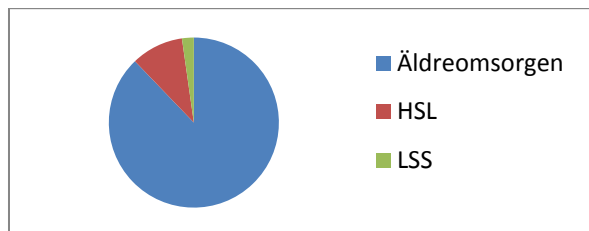


behov är avgörande för vilka insatser som ska göras och av vem. Bland annat görs en läkemedelsöversyn och behovet av hjälpmedel ses över. En annan stor bidragande faktor till fallolyckor är hemmiljö, därför är det bra om tanken på att förebygga fall finns med redan vid inflyttningen och möbleringen.

Fall



	2016	2017
Hemtjänst/Hemsjukvård	48	77
SÄBO Hesselgrenska	114	115
SÄBO Persgården	30	18
SÄBO Hantverkarn	8	8
SÄBO Spelmannen	111	56
LSS	34	7
HSL	19	31
Totalt	364	312



Äldreomsorgen	274
HSL	31
LSS	7
Totalt	312

Antalet rapporterade fallavvikelser har minskat från 570 år 2015 till 364 år 2016 och till 312 år 2017.

Antalet frakturer enligt statistikuttag ur avvikelsemodulen i Treserva är 3, alla inträffat på demensenheterna.

Förbättringsförslag för fallförebyggande 2018

- Ett uppdrag för att revidera rutinen för fall och fallförebyggande har fastställts

15.2 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.

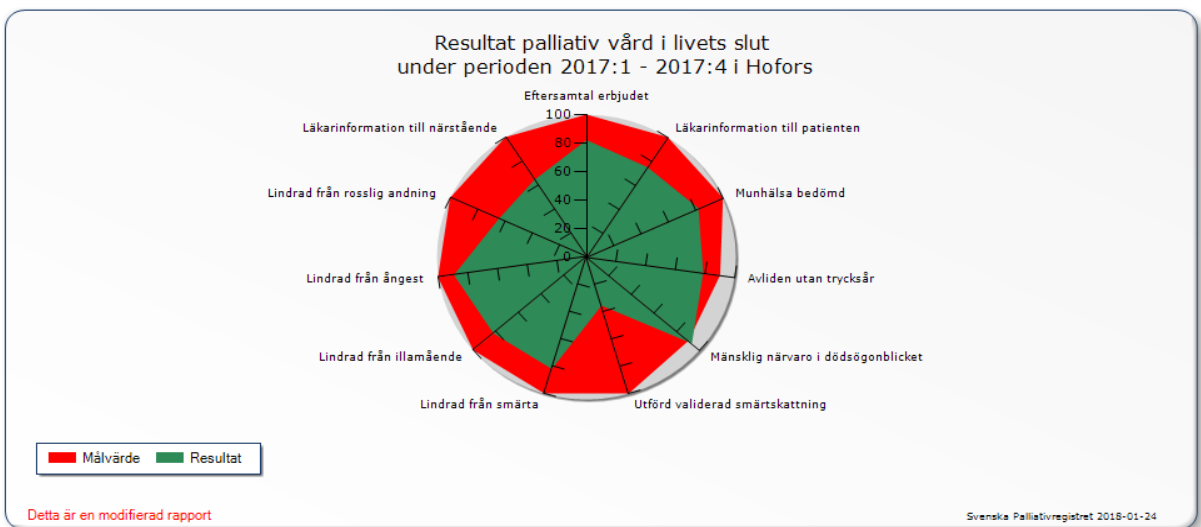
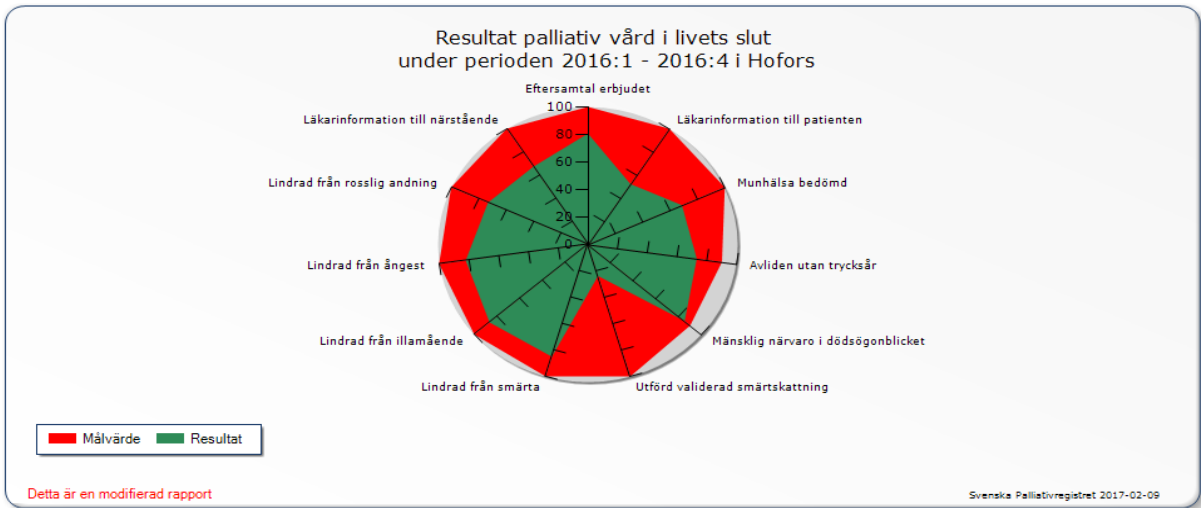
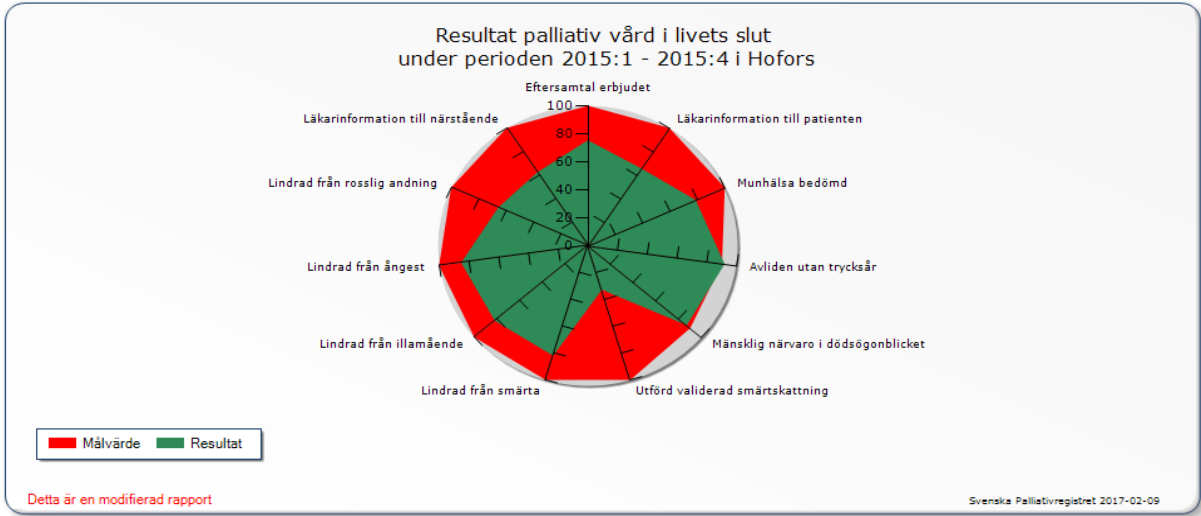
Socialnämnden har under 2017 registrerat 29 avlidna i registret, av totalt 118 avlidna i kommunen.

Mål	Nyckeltal	Hofors 2015	Hofors 2016	Hofors 2017
Öka andelen personer, med behov av palliativ vård i livets slutskede, som smärtskattas	80 % av alla döende	33 %	22 %	36 %
Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få munhälsobedömning	80 % av alla döende	80 %	69 %	82 %
Erbjuda efterlevandesamtal	90 % av alla närstående	78 %	81 %	82 %

Målet med smärtskattning har inte nåtts. Målet för munhälsobedömningen har nåtts. Målet för att erbjuda efterlevandesamtal har inte nåtts, men ökat något. Resultaten visualiseras i spindeldiagrammen på nästa sida.



Resultat palliativ vård i livets slut 2015 - 2017

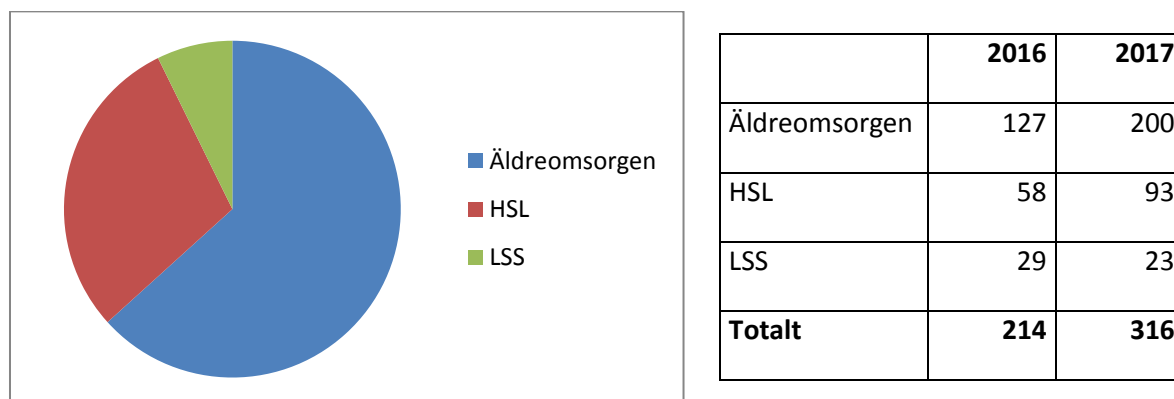


Förbättringsförslag för palliativ vård 2018

- Arbeta med resultatet i palliativa registret, antal inregistreringar, smärtskattning

15.3 Avvikelser angående läkemedelshantering

Läkemedel



Arbetet med att läkemedelsskåp ska finnas i brukarnas lägenheter har under 2017 slutförts så nu har alla fyra särskilda boenden läkemedelsskåpen i brukarnas lägenheter, vilket ökar patientsäkerheten.

Säker läkemedelshantering i hemsjukvård

Behov av rutin för säker läkemedelsförvaring hos brukare i hemsjukvården har efterfrågats.

Utredning har genomförts och förslaget att brukare kan ges möjlighet att köpa låsbart läkemedelsskåp via kommunen har beslutats av socialnämnden. Tjänsten har dock inte efterfrågats under året.

Läkemedelsavvikelserna har ökat under året.

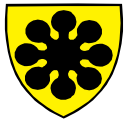
Förbättringsförslag för säker läkemedelshantering 2018

- Undersöka varför läkemedelsavvikelserna har ökat

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar har registrerats:

Enheter:	2015	2016	2017
Hantverkaren	23 av 27 brukare	16 av 27 brukare	12 av 27 brukare
Hesselgrenska	30 av 47 brukare	30 av 46 brukare	15 av 52 brukare
Persgården inkl korttids	21 av 44 brukare	21 av 44 brukare	9 av 44 brukare
Spelmannen	17 av 38 brukare	22 av 38 brukare	25 av 38 brukare
LSS/ Psyk	LSS 6 av 27 brukare Psyk 4 av 4 brukare	LSS 9 av 30 brukare Psyk 0 av 9 brukare	LSS 7 av 31 brukare Psyk 3 av 10 brukare
Hemsjukvården	6 av 73 brukare	36 av 74 brukare	27 av 89 brukare
Totalt:	105	134	98



Registrerade läkemedelsgenomgångar har minskat sedan föregående år. Då verksamheterna berättar att man gör läkemedelsgenomgångar är det troligt att de inte registreras på rätt ställe i Treserva så att statistiken som tas därifrån blir missvisande.

Förbättringsförslag för läkemedelsgenomgång 2018

- Registrering av läkemedelsgenomgångar på rätt ställe i Treserva

15.4 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

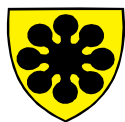
Socialnämnden har registrerat i BPSD sedan 2013. I dagsläget är 9 enheter anslutna till registret.

Under 2017 gjordes det totalt 62 registreringar i BPSD vilket är en minskning från 2016 då det var 68 registreringar.

All personal på demensenheterna har gått utbildning i BPSD, personalen på särskilt boende har fått information. BPSD administratörer finns på varje demensavdelning.

Förbättringsförslag för demensvård 2018

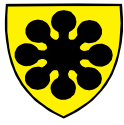
- Revidera BPSD rutinen och implementera till samtlig berörd personal
- Information till ny personal vad BPSD är och hur man ska tänka



15.5 Händelserapportering

Tabell över händelserapportering 2017-01-01–12-31

Antal avvikelser per händelse	IFO	ÄO	LSS	HSL	
Arbetsrutiner	9	42	7	15	
Bemötande	0	0	0	0	
Brottslig handling	0	6	0	0	
Dokumentation	1	1	0	0	
Fall	0	274	7	31	
Handläggning	5	0	1	0	
Hjälpmedel	0	7	0	0	
Information/Kommunikation	1	5	1	2	
Informationsöverföring	3	2	0	0	
Insatser	0	4	0	0	
Lex Sarah	0	0	0	0	
Lokaler/Resurser	0	6	0	0	
Läkemedel	0	200	23	93	
Omvårdnad	0	10	1	1	
Utebliven behandling	0	0	0	0	
Utebliven insats	0	15	0	1	
Uteblivet besök	0	3	0	1	
Våld och övergrepp	0	7	0	0	
Vård och behandling	0	2	0	2	
Vårdrelaterade infektioner	0	0	0	1	
Övergrepp sexuellt	0	0	0	0	
Totalt	19	584	40	147	790



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.

Under året har en händelserapportering utretts där anmälan gjorts enligt lex Maria till IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg.

Förbättringsförslag för avvikelshantering 2018

- Arbeta med implementering av nya rutiner för att få en fungerande avvikelshantering.

15.6 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.

Uppföljning av förbättringsförslag för nutrition 2017

Under 2017 har en arbetsgrupp med personal från kommunens SÄBO tagit fram dokument om vad som ska finnas på alla enheter för att göra skillnad på vardag och helg och förbättra måltidssituationen.

Det har gjorts en inventering om vad som kan tänkas behövas köpas in.

Det har tagits fram tavlor med information om vad som gäller för en lugn måltidsmiljö. De ska sitta i kök/matsal på alla enheter.

Förbättringsförslag för nutrition 2018

- Implementera förbättringsförslagen för måltidssituationen för SÄBO
- Förebyggande och behandling av undernäring. Identifiera nutritionsprocessen.
- Förbereda inför förändringen att grundkosterna SNR-kost, A-kost och E-kost kommer att försvinna och ersätts av Nordiska näringsrekommendationer. Nya riktlinjer väntas komma runt årsskiftet 2017/18.



15.7 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 munhälsobedömningen, 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 munhälsobedömningar ger. Förbättringsförslagen från föregående år har delvis uppnåtts. Hofors kommun har varit pilotprojekt angående digitala tandvårdsintyg, och dessa används numera.

Förbättringsförslag för munhälsa 2018

- Se över vilka rutiner för förbättrad munhälsa som behövs och formulera uppdrag för rutinernas framtagande

15.8 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.

Uppföljning av hygien 2017

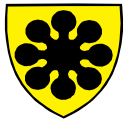
Hygienrond är genomförd på Persgården. Åtgärder som vidtagits efter hygienronden är bland annat att desinfektionssprit med hållare som saknats i linneförrådet är ditsatt, plastbackar med lock är inköpta för förvaring av te x kateterpåsar.

Arbeta fram rutin vid misstanke om magsjuka inom LSS har inte gjorts, utan förs till 2018.

Hyra av personalkläder inklusive tvättning av dessa har införts under året vilket förbättrar hygieniska standarden i verksamheterna.

Förbättringsförslag för hygien 2018

- Införa "Egenkontroll – vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg" som tagits fram i samarbete med Vårdhygien på Regionen, vilka vi har avtal med
- Skapa en rutin med uppföljning där personalen gör en självskattning av hur man tycker sig följa basal hygien rutinerna
- Skapa rutin för handhygien innan måltid hos brukarna, eventuellt med handservetter



15.9 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.

Uppföljning av förbättringsförslag för inkontinensvård 2017

Öka inkontinensvårdens kvalitet genom att identifiera processen för inkontinensvård samt påbörja användandet av Nikola, som är ett kvalitetsprogram för inkontinens. Förbättringsförslaget har inte genomförts.

Förbättringsförslag för inkontinens 2018

- Se över möjligheten att höja kompetensen hos sjuksköterskorna inom inkontinensområdet

15.10 Kommunikation - SBAR utbildning

SBAR: Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation, är ett sätt att kommunicera strukturerat för att minska risken att information glöms bort eller misstolkas. I förlängningen är syftet att minska riskerna för vårdskador.

Utbildning i kommunikationsmetoden SBAR till legitimerad personal har inte genomförts under 2017.

Förbättringsförslag för kommunikation 2018

- Samtliga sjuksköterskor i kommunen ska utbildas i SBAR

15.11 Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

En mindre journalgranskning har genomförts. Då granskningen är liten går det inte att dra några generella slutsatser, den visar dock att det vore bra att göra en större journalgranskning då tre av sex enheter har fått noll poäng av 30 möjliga. Vissa uppgifter, exempelvis dokumentation av inkontinensprodukter, har inte varit möjliga att få fram. En kollegial granskning vore att föredra då det samtidigt blir ett lärande i den modellen.

Förbättringsförslag för granskning av journaler 2018

- Genomföra kollegial journalgranskning



16. Samverkan för att förebygga vårdskador

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.

- 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 2017-02-06 – 2018-02-06 med 1 års förlängning om det inte sägs upp.
- Utskrivningsklar patient. Läns gemensam rutin för informationsöverföring – Landsting och kommuner Gävleborg Fastställande datum 2017-05-30. Giltig till och med 2018-05-30
- Samordnad individuell plan Fastställande datum 2017-09-07. Giltig till och med 2018-09-07
- Länsledning Valfärd – överenskommelse om samverkansformer i Gävleborgs län
- Gäller från och med 2013-09-20 och tills vidare Avtal hemsjukvård mellan Kommunerna och Landstinget i Gävleborg. Avtalstiden är 2016-07-01 - 2018-12-31 med möjlighet till fyra (4) års förlängning i taget.

17. Informationssäkerhet

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Den nationella patientöversikten gör det möjligt för legitimerad personal inom socialnämnden i Hofors kommun, att ta del av information som finns registrerad i en annan vårdgivares IT system. För att få tillgång till NPÖ, krävs speciell behörighet och utbildning. Utbildningen har genomförts under 2016.

Kvalitetsaspekter för brukarna är att det blir en säker informationsöverföring mellan vårdgivare.

Loggkontroll i NPÖ har inte skett.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring. En mindre journalgranskning har genomförts.

18. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 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 ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Enligt patientsäkerhetslagen 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.

Under 2017 har rutiner för avvikelshantering arbetats fram för rapportering, analys och åtgärder. Implementering har påbörjats.

19. Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och som har betydelse för patientsäkerheten tas emot av den personal som möter brukare eller anhöriga som har synpunkter. Personalen hänvisar till enhetschef eller annan lämplig person och erbjuder träff för att få synpunkterna och kunna utreda dessa.

Klagomål och synpunkter kan även lämnas via kommunens hemsida.

Patientnämnden

Under 2017 har ett ärenden inkommit till Patientnämnden som rör Hofors kommun. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska inkopplad och ärendet utretts och återkopplats till Patientnämnden.

Uppföljning av förbättringsförslag för synpunkter 2017

Patientnämndens verksamhet har synliggjort genom att aktuella broschyrer har beställts och levererats till verksamheterna. Kontakt har tagits med Patientnämnden för att de ska komma till kommunen och ge information till enhetschefer och legitimerad personal, detta kommer att genomföras våren 2018.

20. Övergripande mål och strategier för kommande år

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhet

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

Strategierna bör vara att:

- ändra attityder till risker
- följa rutiner
- bli bättre att arbeta systematiskt