



Hofors Kommun

Socialnämnden

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse År 2016

2017-03-06

Inger Söderberg, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Susanne Holmgren, Socialchef

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
BAKGRUND	4
MÅL OCH STRATEGI	4
KVALITETSBERÄTTELSE	5
Processer och rutiner.....	5
Systematiskt förbättringsarbete	6
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	11
ANSVARSFÖRDELNING	11
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	11
Ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet/kvalitetsarbetet utifrån ledningssystem	12
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR/KVALITETSBRISTER.....	13
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS, ANSTÄLLDA INOM SOCIALTJÄNSTEN, PRAKTIKANTER UNDER UTBILDNING SAMT DELTAGARE I ARBETSMARKNADSPOLITISKA PROGRAM RAPPORTERINGSSKYLDIGHET	14
UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL	15
Senior alert (SA) - ett nationellt kvalitetsregister.....	15
Svenska palliativregistret.....	18
Läkemedelsgenomgångar.....	22
Demensvård	22
Händelserapportering	25
SAMMANFATTNING AV FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG FÖR 2017	27

SAMMANFATTNING

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2016 för att öka kvaliteten.

- Upprättat flera ledningsrutiner exempelvis för synpunkts- och klagomålshantering, loggkontroll av Treserva och rutin för skyddad identitet i Treserva
- Verksamhetsstyrningsregler och ett årshjul för dessa
- Införande av delaktighetsmodellen (DMO) inom LSS
- Ökad användning av Samordnad individuell plan (SIP)
- Införande av en app i mobilerna för att möjliggöra för personliga assistenterna att kunna dokumentera

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2016 för att öka patientsäkerheten

- Hemsjukvården har kommit igång att registrera i Senior alert
- Antal rapporterade fallavvikelser har minskat
- All omvårdnadspersonal har utfört den nya delegeringsutbildningen innan läkemedelsdelegering
- Antalet läkemedelsgenomgångar har ökat, framför allt i hemsjukvården
- Antalet registreringar i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) har dubblerats från föregående år

BAKGRUND

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 kalenderår
- ❖ Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- ❖ Vilka resultat som har uppnåtts

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.

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 kvalitetssäkring och patientsäkerhet

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.

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

Kvalitets säkra processerna

Under 2014-2016 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 2016:

- Rutin för tilldelning av behörighet i Treserva
- Rutin för loggkontroll av Treserva
- Rutin för skyddad identitet i Treserva
- Rutin för synpunkts- och klagomålshantering
- Rutin för åtgärder vid obehörig åtkomst eller underlåtelse att inhämta nödvändig information.

Följande verksamhetsrutiner är framtagna 2016:

- Rutin vid magsjuka inom äldreomsorgen
- Levnadsberättelse
- Rutin vid frånvaro inom LSS

Rutiner som gjorts under 2015 har reviderats, bl a ansvarsbeskrivning för näransvarig och dokumentationsrutinerna.

LSS har samarbetat med äldreomsorgen med vissa processer såsom avvikelshantering och skydd- och begränsningsåtgärder. Flertal processer är under framtagande.

I och med att AMI har ny organisation från 2015 finns det många processer som måste fastställas och dokumenteras och en ny processhandledare har utsetts. Det finns processer som redan är kartlagda och det är rutinerna mellan AMI – IFO, Vuxenheten och AMI – Arbetsförmedlingen.

Kvalitetssäkra samverkan

Inom länet finns samverkan mellan länets kommuner och Regionen.

Samverkansgruppen operativ välfärd syftar till att samverka mellan olika vårdgivare.

Representant från Hofors kommun finns.

AMI: Mysamgruppen (Myndigheter i samverkan) har jobbat med att säkerställa att deltagare ej hamnar mellan stolarna, då individen är beroende av stöd från flera håll. Arbete pågår med att arbeta fram nya metoder t x arbetsförmågebedömning, samorganiserade insatser.

AMI samverkar med många olika parter. Inom kommunen så är våra största samverkansparter Individ och familjeomsorg, Skolan, LSS (Lagen om stöd och service för vissa funktionsnedsatta personer) och Entré Hofors. Utanför kommunen är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket, Skatteverket, Länsstyrelsen och andra kommuner de största samverkansparterna.

Andra samverkansformer är genom projekt, delvis mindre projekt med en samverkanspart men även större projekt genom bland annat ESF (Europeiska socialfonden) med flera andra kommuner och andra samverkansparter. Lokala överenskommelser är bland annat ett sätt som ökar vår samverkan.

Förbättringsförslag för processer och rutiner 2017

- AMI: Kartlägga de viktigaste processerna och rutinerna inom Integration. Utbilda nya processhandledare.
- Arbeta med implementering av ansvarsbeskrivning för näransvarig inom äldreomsorgen och att omvårdnadspersonalen arbetar utifrån dokumentet näransvarigas roll.

Systematiskt förbättringsarbete

Rutin för klagomål och synpunkter är framtagen.

Verksamhetsstyrningsregler och årshjul för dessa är framtagna.

Under 2016 har förbättringsområden identifierats för att få en fungerande avvikelshantering.

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

Äldreomsorgen har hittat arbetssätt för implementering. Vid varje ledningsgruppsmöte tas nya rutiner upp så de blir kända hos cheferna, därefter diskuteras rutinerna på arbetsplatsträffar.

Sex demensplatser har öppnats under 2016.

Biståndshandläggarna har arbetat med att få fram en rättssäker handläggning och arbeta samsynt.

Införande av delaktighetsmodellen (DMO) inom LSS. Modellen bygger på dialogsamtal, delaktighetsslingor, som förs i mindre grupper, brukare för sig och personal för sig, innan alla träffas för ett gemensamt samtal. Alla samtal leds av vägledare som inte är personal till brukarna. Samtalen centreras kring ett särskilt valt vardagligt tema med intresse för brukarna.) Syftet är att öka delaktighet och brukarmedverkan.

Omflytt av brukare inom LSS för anpassning av behov – leder till ökad kvalitet för brukarna.

Slutförda uppdrag

- Process för synpunktshantering
- Bygga träd i verktyget/systemet Stratsys
- Process arkivhantering samt förslag på hur arkivering ska hanteras i framtiden
- För att få en bakgrund till en individanpassad omvårdnad har en mall för förenklad levnadsberättelsen tagits fram.
- Träffpunkt Hantverkarn

Förbättringsförslag för systematiskt förbättringsarbete 2017

- Arbeta med implementering av förbättringsområden som under år 2016 identifierats för att få en fungerande avvikelshantering.
- Implementering av ledningssystemet inom äldreomsorgen så att verksamheten arbetar lika med det.
- Implementera förenklad levnadsberättelse.
- Att brukarna inom äldreomsorgen får rätt insats utifrån biståndsbeslutet.
- Att alla brukare inom äldreomsorgen har en genomförandeplan.
- Det behövs ett omtag med teamträffar inom vård och omsorg. Strukturera upp teamträffarna utifrån rutinen.
- Revidera och slutföra processer som berör personlig assistans och boenden inom LSS.
- Tydliga rutiner och utbildning hur loggkontroller ska utföras inom AMI.

Egenkontroll

Loggkontroller

Rutin för loggkontroller i verksamhetssystemet Treserva har tagits fram.

Personalkontinuitet i hemtjänsten

För att öka personalkontinuiteten har ett förändringsarbete genomförts. Nytt arbetssätt med så kallade ”bubblor” där två personal arbetar mot varandra schemamässigt hemma hos samma brukare. Syftet är att höja kontinuiteten för brukarna (minska antal personal som besöker brukarna) och minska stressen hos personalen.

Förbättringsförslag för kontinuitet inom äldreomsorgen 2017

- Fortsätta arbetet för kontinuitet inom hemtjänsten.
- Att all personal inom äldreomsorgen ska arbeta för att öka kontinuiteten hos brukarna.

Samordnad individuell plan (SIP)

LSS: Flera SIP-möten där antingen biståndsenheten eller IFO varit sammankallande.

Biståndsenheten: Uppföljning och utvärdering av SIP.

Under år 2016 har sammanlagt 18 personer fått en SIP upprättad. Alla dessa personer har även haft uppföljning av SIP. Av 18 personer har 17 haft en fast vårdkontakt vid upprättande av SIP. En person fick en fast vårdkontakt efter att SIP blev upprättad. Hur många personer som fått en SIP upprättad, som har en ansvarig läkare är oklart. Detta har varierat beroende var personen haft sin vårdkontakt, samt tillgång på läkare inom de olika verksamheterna.

De verksamheter som tagit initiativ till och varit huvudansvariga till upprättande av SIP är psykiatriska mottagningen i Sandviken, barn/vuxen habiliteringen, Individ och familjeomsorgen i Hofors kommun, boendestödare i Hofors kommun, samt LSS/socialpsykiatri handläggare i Hofors kommun. Ansvarig för att uppföljningar av SIP utförts har varit de som tagit initiativ och varit huvudansvariga till upprättandet av SIP.

Verksamheter som har utfört insatser utifrån upprättade SIP dokument är LSS/socialpsykiatri handläggare, Individ och familjeomsorg, psykiatriska mottagningen i Sandviken, allmänpsykiatrisk vårdavdelning 27 Gävle sjukhus, beroendecentrum, vuxen/barn habilitering, arbetsförmedling, ansvarig sjuksköterska för gruppbostad (LSS), personal från gruppbostad (LSS) samt skola/förskola.

Användandet av SIP är ett bra verktyg för samverkan och oftast är resultatet av vad som planeras och utförs till belåtenhet för den enskilde individen. I alla de fall som SIP upprättats har samordning och vårdinsatser förbättrats för den enskilde.

IFO: Barngruppen har genomfört 19 stycken SIP under 2016 och samtliga utföll väl för brukarens bästa.

Vuxengruppen har genomfört en SIP under 2016 och det utföll väl för brukarens bästa.

Riskanalyser

Vid organisationsförändringar och speciella brukarärenden har riskanalyser gjorts, ett tiotal analyser är genomförda. Förbättringar som gjorts är bl a inbrottslarm på Persgården.

Förbättringsförslag för riskanalys 2017

- Rutinen för riskanalys behöver ses över då det kommer en modul i Stratsys för systematiskt arbetsmiljöarbete.

Lex Sarahrapporter

Under 2016 har totalt tre Lex Sarahrapporter lämnats in till socialnämnden.

År	SÄBO	Hemtjänst	LSS	IFO	Summa
2012	1		1	1	3
2013	2				2
2014	1				1
2015	1				1
2016	3				3

Avsåg	SÄBO	Hemtj	LSS	IFO	Summa
Bemötande					
Ekonomiskt övergrepp					
Brister i tillsyn/omsorg	3				3
Brister i åtgärdande av larm					
Psykiskt eller fysiskt övergrepp					
Brister i överlämnande					
Summa					

Lex Sarah: Inom LSS hålls materialet levande och tas kontinuerligt upp på arbetsplatsträffar. Inom äldreomsorgen har personalen blivit mer uppmärksam i bemötandefrågan.

Synpunkter och klagomål

Verksamhet	Antal
Administration	2
Myndighetsutövning	
Särskilt boende	6
Hemtjänst	2
LSS/Psyk	
HSL	
IFO	
Summa	10

Synpunkterna som inkommit är utredda och besvarade utifrån de rutiner som finns. Äldreomsorgen har blivit bättre på att utreda och återkoppla synpunkterna. Dokumentation förs kring utredning samt återkoppling.

Patientnämnden

Under 2016 har inga ärenden inkommit till Patientnämnden som rör Hofors kommun.

Förbättringsförslag för synpunkter 2017

- Rutin för Lex Sarah samt rutin för synpunkter och klagomål behöver göras mera kända.
- Patientnämndens verksamhet behöver synliggöras.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Äldreomsorgen har hittat arbets sätt för implementering. Vid varje ledningsgruppsmöte tas nya rutiner upp så de blir kända hos cheferna, därefter diskuteras rutinerna på arbetsplatsträffarna.

LSS: Tas upp på arbetsplatsträff (APT), visar på intranätet var de kan hitta rutiner och går igenom de nya rutiner som gäller verksamheten. Man utgår från en gemensam dagordning och på så vis säkerställs att all personal får samma information.

Inom AMI har personalen uttalade ansvarsområden där de arbetar, följer upp och redovisar inom sitt område. Detta medför en delaktighet från personalen och att kvalitetsarbetet blir en del av det dagliga arbetet. Under APT diskuteras rutiner och processer och statistik från olika projekt, detta medför också en ökad insyn och delaktighet från personalen.

Värdegrund

I Hofors Kommun har vi arbetat fram en Värdegrund bestående av 3 värdeord; respekt, professionalism och ansvar. Detta arbete blev klart 2015. Som ett led i det arbetet genomförs två gånger per år en uppföljande nulägeskattning där medarbetare ska bedöma i vilken grad värdegrunden präglar deras arbetsvardag.

Inom äldreomsorgen ingår värdegrundsarbetet som en naturlig del i arbetet. Värdegrunden finns som stående punkt vid arbetsplatsträffar 1 gång per månad.

LSS: värdegrund tas upp på varje arbetsplatsträff. Det är en stående punkt på dagordningen. Vid behov så tas djupare diskussioner kring värdegrund. Även vid medarbetarsamtal diskuteras kring värdegrund. Varje person har fått skriva ner vad värdegrundsorden innebär för dem, detta sammanställs gruppvis för ytterligare gemensamma diskussioner.

AMI: Hofors kommuns värdegrund är en del av verksamheten. Det löper genom hela verksamheten och är något som tas upp på varje arbetsplatsträff.

Förbättringsförslag för värdegrund 2017

- Äldreomsorgen: Tydliggöra värdegrunden och frågeställningarna i kulturskattningen.
- AMI: Stående värdegrundsdagar varje halvår där relevanta frågeställningar tas upp. Frågeställningarna tas från senaste kulturskattningen

Kvalitetssäkra dokumentationen

ÄO: Regelbunden dokumentationsgranskning. Vid granskningen ser man över om genomförandeplanen gått genom och att det finns en dokumentation kring detta. Vi ser även över om vissa inte dokumenterar, vid brister görs en handlingsplan med berörd person enligt rutin.

LSS: Rutinerna har efterlevts. Piloterna går igenom rutinerna i samband med utbildningar. Införande av en app för dokumentation i mobiltelefonerna för personliga assistenterna medför att dokumentationen möjliggörs vilket leder till ökad patientsäkerhet.

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

ANSVARSFÖRDELNING

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

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.

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.

- 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. Länsgemensam 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 Välfärd – överenskommelse om samverkansformer i Gävleborgs län
Gäller från och med 2013-09-20 och tillsvidare

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS, ANSTÄLLDA INOM SOCIALTJÄNSTEN, PRAKTIKANTER UNDER UTBILDNING SAMT DELTAGARE I ARBETSMARKNADSPOLITISKA PROGRAM 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 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.

Anställda inom socialtjänsten, praktikanter under utbildning samt deltagare i arbetsmarknadspolitiska program 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.

Resultat

Mål	Aktiviteter – utarbetas av verksamheterna	Nyckeltal	Hofors 2015	Hofors 2016
Alla personer på SÄBO och korttids ska ha en giltig riskbedömning i SA		90 %	91 %	76 %
Alla hemsjukvårdspatienter ska ha en giltig riskbedömning i SA		75 %	15 %	45 %
Alla med risk ska ha minst en förebyggande åtgärd insatt		95 %	85 %	88 %
Alla personer på SÄBO och korttids som har förebyggande åtgärder insatta ska få en uppföljning inom utsatt tid + 7dagar		90 %	65 %	98 %
Alla personer inom hemsjukvård som har förebyggande åtgärder insatta ska få en uppföljning inom utsatt tid + 7dagar		75 %	18 %	43 %

Målet att 90 % av alla personer på SÄBO och korttids ska ha en giltig riskbedömning i SA är uppnått till 76 %. Inom hemsjukvården var målet 75 % och uppfyllelsen 45 %.

Alla med risk ska ha minst en förebyggande åtgärd insatt, målet var 95 % och man har nått till 88 %.

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 98 %. Inom hemsjukvården nåddes 43 % och målet var 75 %.

Siffrorna visar att hemsjukvården kommit igång och arbetat med Senior alert även om inte målet är uppnått.

Förbättringsförslag för Senior Alert 2017

- Inventera vad verksamheterna behöver då brukare med risker identifieras vid

riskbedömningarna, för att möjliggöra åtgärder.

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)

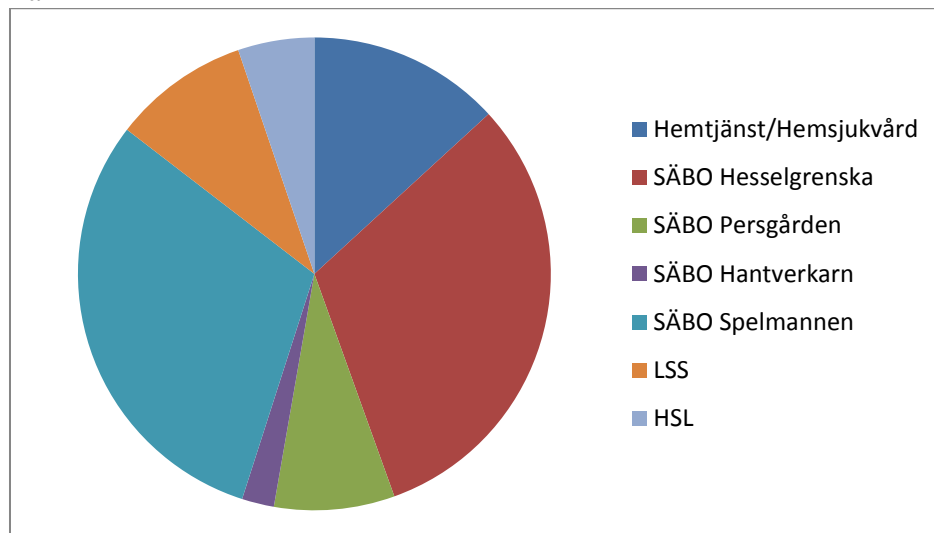
För den enskilda personen så blir ofta konsekvensen av en fallolycka allvarlig, t.ex. frakturer, smärta, nedsatta funktioner, rädsla att falla igen, försämrad livskvalitet.

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



Hemtjänst/Hemsjukvård	48	
SÄBO Hesselgrenska	114	
SÄBO Persgården	30	
SÄBO Hantverkarn	8	
SÄBO Spelmannen	111	311
LSS	34	
HSL	19	
Totalt	364	

Antalet rapporterade fallavvikelser har minskat från 570 år 2015 till 364 år 2016. Antalet frakturer enligt statistikuttag ur avvikelsemodulen i Treserva är 10, varav 7 inträffat på demensenheterna.

Förbättringsförslag för fallförebyggande 2017

- Ett uppdrag ska formuleras för att revidera rutinen för fall och fallförebyggande.

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.

Under 2016 har måltidssituationen på särskilt boende (SÄBO) kartlagts så som den ser ut idag och förbättringsförslag har tagits fram.

Förbättringsförslag för nutrition 2017

- Förebyggande och behandling av undernäring. Identifiera nutritionsprocessen.
- Att förbättra måltidssituationen på alla SÄBO genom att prioritera bland förbättringsförslagen för måltidssituationen för SÄBO och genomföra dessa.
- 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.

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. En lokal rutin för användandet av digitala tandvårdintyg har inte tagits fram, då vi blivit rekommenderade att invänta färdigställande från Beställarenheten för tandvård.

Förbättringsförslag för munhälsa 2017

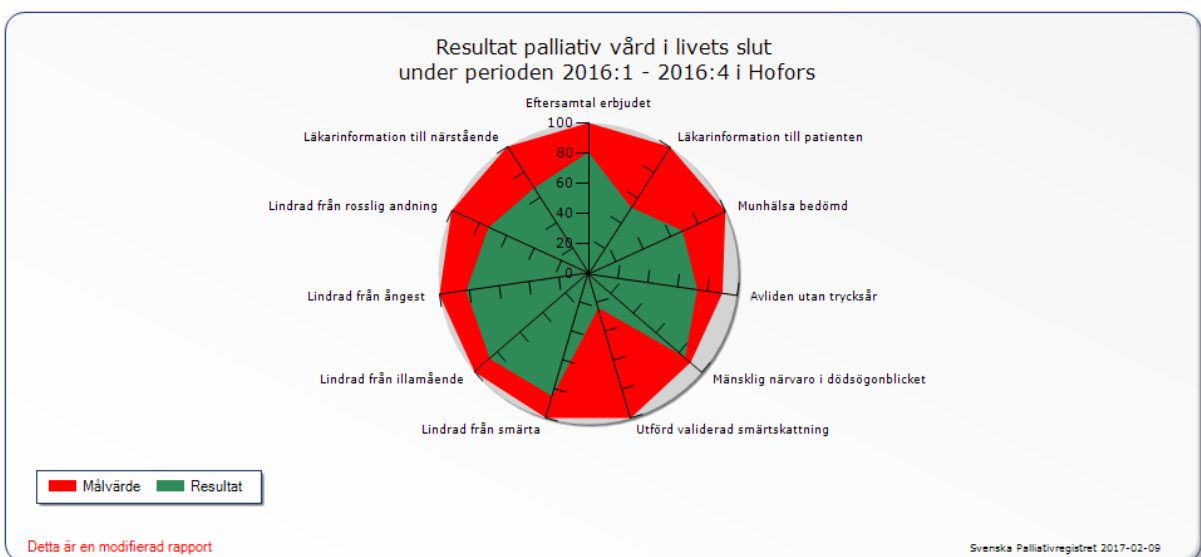
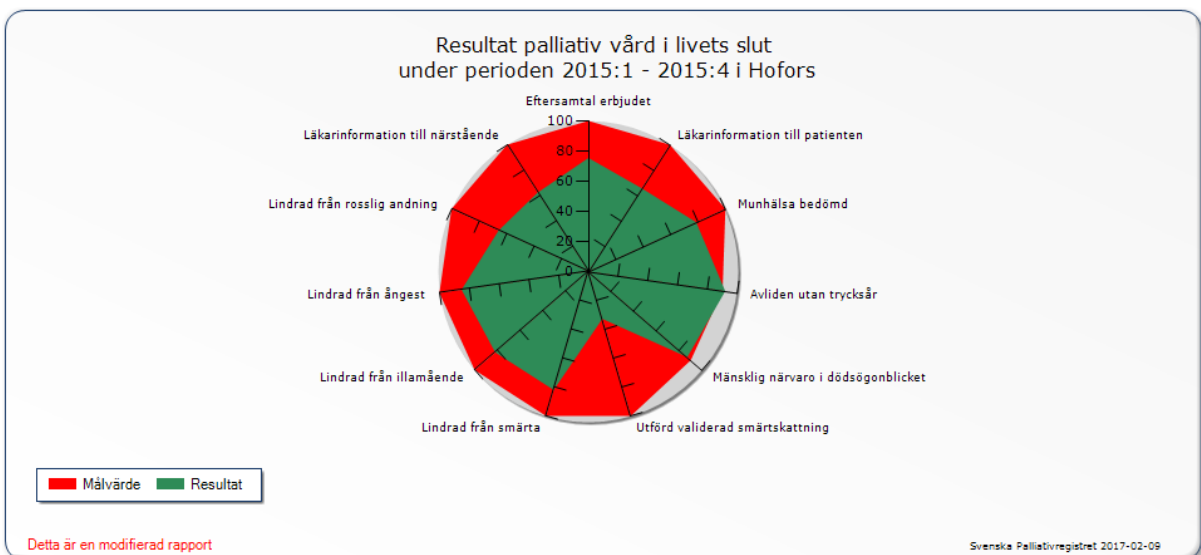
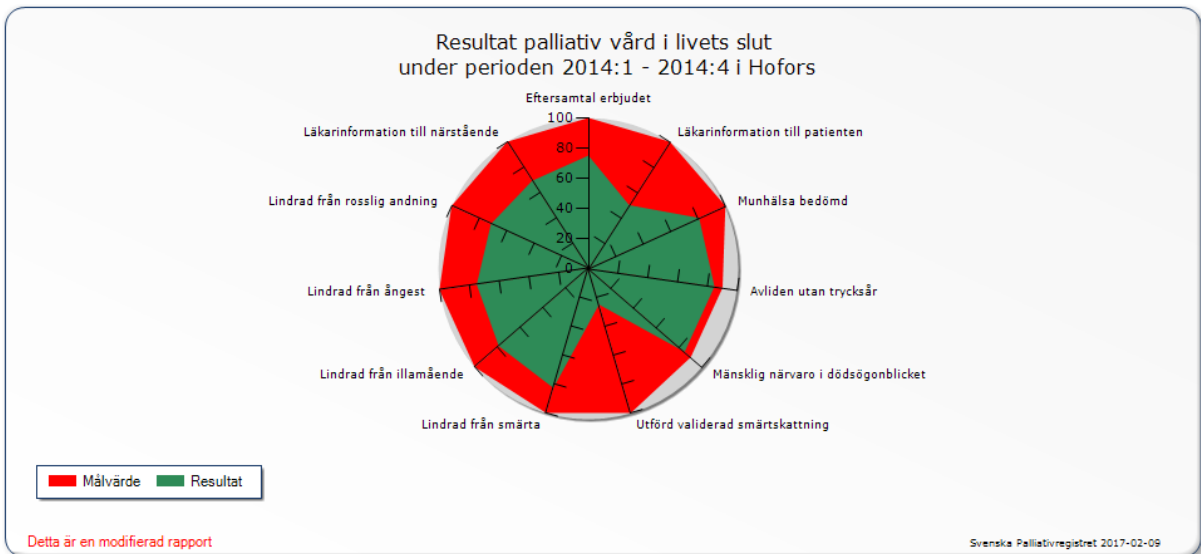
- Fastställa lokal rutin för tandvård
- Implementera rutin för tandvård

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 2016 registrerat 61 avlidna i registret, av totalt 133 avlidna i kommunen.

Resultat palliativ vård i livets slut 2014 - 2016



Resultat

Mål	Aktiviteter - utarbetas av verksamheterna	Nyckeltal	Hofors 2015	Hofors 2016
80 % ska ha smärtskattats enligt validerat instrument under sin sista levnadsvecka		80 % av alla döende	33 %	22 %
80 % ska ha fått munstatus bedömd enligt fastställt formulär under sin sista levnadsvecka		80 % av alla döende	80 %	69 %
90 % av alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal		90 % av alla närstående	78 %	81 %

Målet med smärtskattning har inte nåtts. Målet för munhälsobedömningen har inte nåtts. Målet för att erbjuda efterlevandesamtal har inte nåtts, men ökat något.

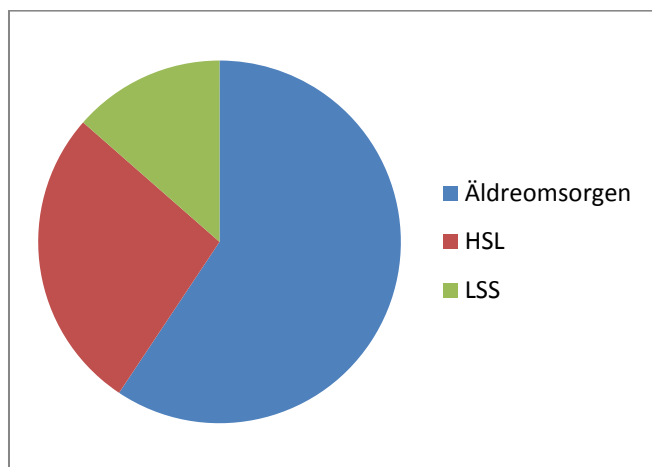
Förbättringsförslag för palliativ vård 2017

- Systematisera och strukturera kvalitetsarbetet kring palliativ vård

Mål 2017	Aktiviteter utarbetas av verksamheterna	Nyckeltal
Öka andelen personer, med behov av palliativ vård i livets slutskede, som smärtskattas		80 % av alla döende
Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få munhälsobedömning		80 % av alla döende
Erbjuda efterlevandesamtal		90 % av alla närstående

Avvikelser angående läkemedelshantering

Läkemedel



Äldreomsorgen	127
HSL	58
LSS	29
Totalt	214

Förbättringsförslaget för 2016 att all omvårdnadspersonal inklusive vikarier ska utföra den nya delegeringsutbildningen från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i läkemedelshantering innan de får delegering från sjuksköterskan är uppnått. Webbutbildningen ger all omvårdnadspersonal samma kunskapsgrund samt en ökad medvetenhet om vikten av säker läkemedelshantering. Efter genomgången utbildning får omvårdnadspersonalen ett diplom som biläggs delegeringen. Ibland har tekniska problem uppstått som fördröjt utförandet av webbutbildningen.

Arbetet med att läkemedelsskåp ska finnas i brukarnas lägenheter pågår. Nu har tre av 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.

Förbättringsförslag för säker läkemedelshantering 2017

- Fortsätta arbetet med att läkemedelsskåpen ska placeras i brukarnas lägenheter
- Slutföra arbetet med att ta fram rutin för läkemedelsförvaring hos brukare i hemsjukvården

Läkemedelsgenomgångar

Efter att en lathund med instruktioner hur läkemedelsgenomgångarna skall dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva, har antalet läkemedelsgenomgångar ökat, framför allt i hemsjukvården.

Läkemedelsgenomgångar har registrerats:

Enheter:	2015	2016
Hantverkaren	23 av 27 brukare	16 av 27 brukare
Hesselgrenska	30 av 47 brukare	30 av 46 brukare
Persgården inkl korttids	21 av 44 brukare	21 av 44 brukare
Spelmannen	17 av 38 brukare	22 av 38 brukare
LSS/ Psyk	4/4 av 27/6 brukare	9/0 av 30/9 brukare
Hemsjukvården	6 av 73 brukare	36 av 74 brukare
Totalt:	105	134

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 2016 gjordes det totalt 68 registreringar i BPSD.

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

Implementering av BPSD rutinen har påbörjats under 2016.

Antalet registreringar i BPSD registret har dubblerats från föregående år.

Förbättringsförslag för demensvård 2017

- Utse ombud på varje enhet för att få BPSD till ett arbetssätt.

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.

Övriga mål för att förbättra hygien:

Material för att underlätta hygienarbetet har köpts in till enheterna och en inventering av behov av hållare till handskar, handsprit och inventering av behov av nytt städmaterial har gjorts inom äldreomsorgen.

Hygienronder är genomförda inom LSS. Protokoll samt förrådsrutin gås igenom på arbetsplatsträffar.

Förbättringsförslag för hygien 2017

- Arbeta fram rutin vid misstanke om magsjuka inom LSS
- Förbättrad hygien genom att fortsätta möjliggöra för personalen att tillämpa basala hygienrutiner

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.

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 från föregående år har inte genomförts då den länsövergripande vårdplanen, som ska ligga till grund för det lokala arbetet, inte har färdigställts.

Förbättringsförslag för inkontinensvård 2017

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

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 2016.

Förbättringsförslag för kommunikation 2017

- Utbilda två sjuksköterskor i SBAR
- De två sjuksköterskorna som fått SBAR utbildning ska utbilda övriga sjuksköterskor i kommunen.

Händelserapportering

Tabell över händelserapportering 2016-01-01–12-31

Antal avvikelser totalt per Händelse	IFO	LSS	HSL	ÄO
Arbetsrutiner	1	6	16	34
Bemötande	0	0	0	1
Brottslig handling	0	0	1	1
Dokumentation	0	0	0	0
Fall	0	34	19	311
Handläggning	0	0	0	3
Hjälpmedel	0	0	0	3
Information/Kommunikation	3	2	6	2
Informationsöverföring	2	0	2	4
Insatser	0	0	0	2
Lex Sarah	0	0	0	1
Lokaler/Resurser	1	0	0	6
Läkemedel	0	29	58	127
Omvårdnad	0	4	1	17
Utebliven behandling	0	0	0	0
Utebliven insats	0	0	1	7
Uteblivet besök	0	0	0	4
Våld och övergrepp	0	0	0	6
Vård och behandling	0	0	0	1
Vårdrelaterade infektioner	0	0	0	0
Övergrepp sexuellt	0	0	0	0
Totalt	7	75	104	530

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 2016 har förbättringsområden identifierats för att få en fungerande avvikelshantering.

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

Förbättringsförslag för avvikelshantering 2017

- Arbeta med implementering av förbättringsområden som under år 2016 identifierats för att få en fungerande avvikelshantering.

SAMMANFATTNING AV FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG FÖR 2017

- AMI: Kartlägga de viktigaste processerna och rutinerna inom Integrationen och utbilda processhandledare.
- Arbeta med implementering av ansvarsbeskrivning för näransvariga inom äldreomsorgen och att omvårdnadspersonalen arbetar utifrån dokumentet näransvarigas roll.
- Arbeta med implementering av förbättringsområden som under år 2016 identifierats för att få en fungerande avvikelshantering
- Implementering av ledningssystemet inom äldreomsorgen så att verksamheten arbetar lika med det.
- Tydliga rutiner och utbildning hur loggkontroller ska utföras inom AMI.
- Implementera förenklad levnadsberättelse
- Revidera och slutföra processer som berör personlig assistans och boenden inom LSS
- Att brukarna inom äldreomsorgen får rätt insats utifrån biståndsbeslutet
- Att alla brukare inom äldreomsorgen har en genomförandeplan
- Fortsätta arbeta för kontinuitet inom hemtjänsten
- Att all personal inom äldreomsorgen ska arbeta för att öka kontinuiteten hos brukarna.
- Rutinen för riskanalys behöver ses över då det kommer en modul i Stratsys för systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Rutin för Lex Sarah samt rutin för synpunkter och klagomål behöver göras mera kända.
- Patientnämndens verksamhet behöver synliggöras.
- AMI: Stående värdegrundsdagar varje halvår där relevanta frågeställningar tas upp. Frågeställningarna tas från senaste kulturskattningen.
- Äldreomsorgen: Tydliggöra värdegrunden och frågeställningarna i kulturskattningen.
- Inventera vad verksamheterna behöver då brukare med risker identifieras vid riskbedömningarna, för att möjliggöra åtgärder.
- Det behövs ett omtag för teamträffar. Strukturera upp teamträffarna utifrån rutinen.
- Ett uppdrag ska formuleras för att revidera rutinen för fall och fallförebyggande.
- Förebyggande och behandling av undernäring. Identifiera nutritionsprocessen.
- Förbättra måltidssituationen på alla SÄBO genom att prioritera bland förbättringsförslagen för måltidssituationen för SÄBO och genomföra dessa.
- 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

- Fastställa lokal rutin för tandvård
- Implementera lokal rutin tandvård
- Systematisera och strukturera kvalitetsarbetet kring palliativ vård.
- Öka andel personer, med behov av palliativ vård i livets slutskede, som smärtskattas.
- Flera personer med behov av palliativ i livets slutskede behöver få munhälsobedömning.
- Erbjud efterlevandesamtal.
- Fortsätta arbetet med att läkemedelsskåpen ska placeras i brukarnas lägenheter.
- Slutföra arbetet med att ta fram rutin för läkemedelsförvaring hos brukare i hemsjukvården.
- Utse ombud på varje enhet för att få BPSD till ett arbetssätt
- Arbeta fram rutin vid misstanke om magsjuka inom LSS
- Förbättrad hygien genom att fortsätta möjliggöra för personalen att tillämpa basala hygienrutiner.
- Öka inkontinensvården kvalitet genom att identifiera processen för inkontinensvård och påbörja användandet av Nikola, som är ett kvalitetsprogram för inkontinens.
- Utbilda två sjuksköterskor i Situation – Bakgrund – Aktuell situation – Rekommendation (SBAR).
- De två sjuksköterskor som fått utbildning SBAR ska utbilda övriga sjuksköterskor inom socialnämnden.
- Arbeta med implementering av förbättringsområden som under år 2016 identifierats för att få en fungerande avvikelshantering.