



# Patientsäkerhetsberättelse

## År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-03-18 Carin Östlund

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
Inledning.....	4
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>9</b>
Riskanalys .....	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>10</b>
Egenkontroll.....	10
Avvikelser .....	11
Klagomål och synpunkter.....	12
Kvalitetsmätning inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen .....	13
Kvalitetsmätning inom hemsjukvård.....	18
Register BPSD och Palliativa.....	20
<b>MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....</b>	<b>22</b>

---

## Sammanfattning

Målet för kommunens hälso- och sjukvård 2018 var:

- ❖ Alla som bor inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilda boenden ska få riskbedömning gjord gällande trycksår, undernäring, fall och munhälsa (Senior Alert) 2 gånger per år.
- ❖ Där risker upptäcks ska man titta på bakomliggande orsaker, sätta in åtgärder samt följa upp resultat av åtgärder.
- ❖ Samverkan gällande multisjuka äldre ska regelbundet följas upp på lokala kommun-landstingsträffar, Kola.

En ”ny start” för riskbedömningar enligt Senior Alert är påbörjad inom särskilda boenden och planering för införande av riskbedömningar inom hemsjukvård och hemtjänst under 2019 är gjord. De två första målen arbetas det med i verksamheterna men målet att alla ska få riskbedömning är inte nått. Arbetet med att implementera detta kommer att fortsätta under 2019.

Samverkan om äldre med multisjuklighet följs upp regelbundet i samverkansträffar. Målet har nåtts. Fortsatt samverkan inom kommunens verksamheter och över vårdgivargränser kommer att behövas även framöver för att förbättra för de som omfattas av kommunens hälso- och sjukvård.

Samordningsmöten hålls mellan primärvården och kommunens hemsjukvård där patienter som är i behov av samordning mellan vård och omsorg lyfts (efter samtycke) fungerar bra och är uppskattade träffar för de inblandade. Mötena underlättar samverkan över vårdgivargränser och kan leda till bland annat att en samordnad individuell planering, SIP ordnas.

Fall- och avvikelserapporter gällande läkemedelshantering fortsätter att öka inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen. Inom hemsjukvården minskar det.

Nattfastan för många av våra äldre inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen fortsätter att vara längre än rekommenderade 11 timmar. Nattfaste mätningar görs 2 gånger per år för att enheterna ska kunna följa sina resultat och vidta åtgärder för att minska längden på nattfastan för den enskilde.

Den palliativa vården har bland annat förbättringar skett när det gäller dokumenterad smärtskattning och brytpunktsamtal. Det är även hög mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

---

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Äldre- och handikappomsorgen, ÄHO bytte namn i slutet av 2018 till äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO. I detta dokument kommer det nya namnet, ÄFO, att användas.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Målet för kommunens hälso- och sjukvård 2018 var:

- ❖ Alla som bor inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilda boenden ska få riskbedömning gjord gällande trycksår, undernäring, fall och munhälsa (Senior Alert) 2 gånger per år.
- ❖ Där risker upptäcks ska man titta på bakomliggande orsaker, sätta in åtgärder samt följa upp resultat av åtgärder.

Strategi för att nå måluppfyllelse:

Implementering av Senior Alert på alla enheter inom särskilt boende under 2018. Genomgång av syfte och struktur till enheterna för att förankra arbetssättet bland medarbetarna. Stötta Senior Alert ombuden genom gemensamma träffar. Resultat ska följas upp och återkopplas inom enheterna.

- ❖ Samverkan gällande multisjuka äldre ska regelbundet följas upp på lokala kommun-landstingsträffar, Kola.

Strategi: På lokala Kommun-Landstings träffar ska multisjuka äldre vara en stående punkt på dagordningen.

### Organisation och ansvar

#### Vårdgivare/Kommunstyrelsen

Vårdgivaren/Kommunstyrelsen ansvarar för kommunens hälso- och sjukvård, och för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kommunstyrelsen kallas inom Hälso- och sjukvården för vårdgivare och utbildnings- och omsorgsutskottet är beredande organ till kommunstyrelsen.

---

## Verksamhetschef för omsorgen

Verksamhetschef för omsorgen samt hälso- och sjukvården representerar vårdgivaren. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar, så att verksamheterna bedriver en god vård samt omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschef utan sjuksköterskeutbildning har enligt bestämmelser inte det medicinska ansvaret.

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS utgör tillsammans med verksamhetschefen ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för uppföljning enligt patientsäkerhetslagen och har genom delegation från vårdgivaren att upprätta patientsäkerhetsberättelse årligen samt att utreda och anmäla Lex Maria ärenden.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal skall inom ramen för verksamhetens ledningssystem aktivt medverka i det systematiska kvalitets-, förbättringsarbetet och utvecklingsarbete samt uppföljning av mål och resultat för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera risker, avvikelser och tillbud samt ta emot och rapportera klagomål och synpunkter.

## Kvalitetsgrupp

Verksamhetschef för omsorgen, avdelningschefer inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorg, individ och familjeomsorg, flykting samt MAS ingår i kvalitetsgruppen som granskar, analyserar och planerar åtgärder gällande inkomna avvikelser, tillbud, klagomål och synpunkter. Kvalitetsgruppen träffas 1 gång/månad. Till hjälp i patientsäkerhetsarbetet kan vi ta del av extern expertis såsom till exempel Smittskydd, Vårdhygien och Patientnämnden.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Ledning inom kommunens verksamhetsområden utbildning och omsorg samt avdelningschef kommunal utveckling träffar hälsocentralens ledning 4 gånger per år för att samverka kring gemensamma frågor och tillsammans förbättra för medborgarna. Äldre med multisjukdom finns med som punkt på dagordningen när vi träffas för att följa hur vi kan förbättra vården de äldre med flera sjukdomar.

Överenskommelse finns med Vårdhygien, Region Västerbotten, för att få stöd vid vårdhygieniska frågor samt förbättra följsamheten till basala hygienrutiner. Det innebär att vi får hjälp med utbildning, de genomför hygienronder samt stöttar med specialistkunskaper vid olika sjukdomar för att minska smitta t.ex. om en brukare är bärare av multiresistenta bakterier.

Överenskommelse finns även med Medicinsk teknik, Region Västerbotten, som kontrollerar och lagar medicintekniska hjälpmedel. Avtal finns även med hjälpmedelscentralen gällande hjälpmedel.

---

Överenskommelse finns mellan hälsocentralen och hemsjukvården om samordningsmöten, 1 gång per vecka. Vid mötet lyfts patienter (som gett sitt samtycke) som är i behov av samordning av vård och omsorg.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Patienter och ev. närstående (efter samtycke) är med på individuella vårdplaneringar för att de ska få delge vilka behov de har och hur de vill att vård och omsorg ska ges samt att hälso- och sjukvårds frågor lyfts i syfte att en vårdplan ska skrivas.

Patienter och närstående informeras om en allvarlig vårdskada har inträffat eller om det skulle kunna ha inträffat. De erbjuds vara med i utredning och delge sin upplevelse av händelsen.

Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja individen till att kunna leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. I den palliativa vården förs samtal med patienter och ev. närstående där man utifrån patientens önskemål försöker komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet samt gemensamt sätta upp mål.

Närstående erbjuds ett efterlevande samtal 1 månad efter att deras anhörig har gått bort. Det ger närstående möjlighet att delge tankar och funderingar som dykt upp efter dödsfallet och kan vara en hjälp i sorgeprocessen.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Avvikelse och fallrapporter skrivs av den som upptäcker detta. Rapporterna bedöms av inblandade och åtgärder sätts in för att minska risken för att det ska inträffa igen. MAS får alla avvikelser och fallrapporter (pappersblanketter) för att föra statistik och få en helhetssyn om händelserna, bakomliggande orsaker samt åtgärder som är insatta, dessa förs manuellt in i Excel program för att få en överblick om patientsäkerhetsrisker. Detta är en långsamprocess vilket gör det svårt att se sammanhang i ett tidigt skede.

När en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada initierar MAS till händelseanalys och genomför den. Berörda i händelsen är också delaktiga. Lex Maria, allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador anmäls till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Händelseanalys och riskbedömning samt plan för åtgärder är en del i anmälan. Lex Maria anmälan redovisas till utskottet när det är aktuellt.

Vid vårdkedjeproblematik skrivs avvikelser till inblandade enheter. Två gånger om år träffas vårdsamordnare Skellefteå lasarett, MAS Skellefteå, och MAS Norsjö samt andra representanter från kommun och Region Västerbotten som är berörda för att gå igenom avvikelser som inträffat för att delge åtgärder och gemensamma förbättringar för att minska vårdskador. Resultaten från dessa möten lyfts även i styrgrupp äldre för Skellefteå och Norsjö området, HÖK.

---

## **Klagomål och synpunkter**

Klagomål och synpunkter, kan komma muntligen till verksamheten eller via kommunens hemsida eller via Patientnämnden. Under 2018 har inga klagomål eller synpunkter inkommit från patientnämnden däremot har personal lämnat in synpunkter. När klagomål inkommer försöker verksamheten lösa det i första hand. Om det inte går lösa på plats så går det vidare till chefer och/eller MAS samt kvalitetsgruppen för analys och eventuella åtgärder planeras in. Återkoppling görs till den som lämnat klagomålet om det inte är anonymt.

## **Egenkontroll**

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontroller som görs redovisas i tabell 1. Analys av fastställda indikatorer samt från kvalitetsregister återrapporteras till Skol- och omsorgsutskottet i samband med att Patientsäkerhetsberättelsen presenteras. Utifrån uppnådda resultat i kvalitetsmätningar och måluppfyllelse i fastställda indikatorer, fastställer ledningsgruppen för verksamhetsområdet Omsorg och äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen åtgärder.

Återkoppling gällande vilka åtgärder som vidtas diskuteras och återkopplas till den berörda personen eller gruppen. Återkoppling sker från närmaste chef. Berörd verksamhet eller processägare ansvarar då för att de åtgärder vidtas som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, samt förbättra de processer och rutiner som inte är ändamålsenliga.

Egen kvalitetsmätning genomförs årligen vecka 46 inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, på särskilda boenden samt hemsjukvården. Några av indikatorerna i kvalitetsmätningen jämförs med 8 inlandskommuner och redovisas till utbildning och omsorgsutskottet samt KS.

Tabell 1. Redovisning av egenkontroller.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Personalen fyller i självskattningsblankett.
Hygienronder	Vart annat eller vart tredje år	Vårdhygien genomför och protokoll för dessa.
Nattfastemätning	2 gång per år	Veckolång mätning på enheterna på pappersblankett. Kvalitetsmätning.
Avvikelser	Följs löpande och redovisas 1 gång per år.	Manuellt avvikelssystemet.
Trycksår	1 gånger per år	Kvalitetsmätning, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande.	Patientnämnden, IVO, avvikelssystemet
Undernäring	4 ggr/år eller oftare vid behov.	Viktkontroller, kvalitetsmätning, Senior Alert.

Tre nationella kvalitetsregister används för att utveckla och följa upp olika delar av vård och omsorg.

- Senior Alert registret – Vårdpreventiv process, syftet är att ett förebyggande arbetssätt används, för att förebygga skador i vården samt att alla patienter ska kunna garanteras en säker och lika vård genom struktur, systematik och synliggjorda resultat. I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar och att sätta in åtgärder för personer med risker inom dessa fyra områden: trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Riskbedömningar ska göras 2 gånger per år på varje patient, liksom uppföljning av åtgärder och resultat.
- Palliativa registret - syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar införs kan man använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning.
- BPSD (beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) registret – syftet är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom.
- Övriga rapporter till exempelvis Öppna Jämförelser och revisioner som berör området används för att ta lärdom och uppmärksamma vilka förbättringsområden som finns.



---

## **PROCESS –**

### **Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

För att öka engagemanget att arbeta på ett strukturerat arbetssätt för att bedöma risker och jobba förebyggande har MAS och enhetschefer under 2018 påbörjat information i arbetsgrupperna om syftet och arbetssättet gällande riskbedömningar enligt Senior Alert. Inom hemtjänst och hemsjukvård har en planering gjorts för hur införandet av riskbedömningar ska ske med början under våren 2019.

Multisjuka äldre tas upp på alla kommun – primärvårdsträffar, KOLA. Vi tittar på resultat från kvalitetsregistren och diskuterar samverkan för att våra äldre inte ska behöva vara på sjukhus när det är undvikbart.

### **Riskanalys**

Riskanalyser görs vid Lex Maria utredningar. Riskanalys ska även göras vid händelser som skulle kunna leda till vårdskador och inför organisationsförändringar.

### **Utredning av händelser - vårdskador**

Avvikelse har bedömts på enheterna och allvarigare händelser eller risk för allvarliga händelser har utretts av MAS.

### **Informationssäkerhet**

Informationssäkerhet är ett område som behöver utvecklas inom hälso- och sjukvården. En skriven loggrutin finns men har inte implementerats fullt ut. Nationell patientöversikt, NPÖ där har det gjorts en loggkontroll mellan 1-2 augusti 2018 som var utan anmärkning. I samband med en del avvikelser genomför MAS journalgranskning för att bedöma händelsen genom aktuell dokumentation. Ibland går det följa händelsen och ibland är det svårt följa händelsen genom dokumentationen. Brister i dokumentationen återrapporteras till berörda i samband med att avvikelsen återrapporteras.

# RESULTAT OCH ANALYS

## Egenkontroll

Redovisning av mål uppfyllelse för 2018 redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Visar hälso- och sjukvårdens mål, strategier, åtgärder, resultat och analys för 2018.

Mål 1	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Alla som bor inom ÄFO särskilda boenden ska få riskbedömning gjord gällande trycksår, undernäring, fall och munhälsa (Senior Alert) 2 gånger per år.	Implementering av Senior Alert på alla enheter inom särskilt boende under 2018.	Genomgång av syfte och struktur till enheterna för att förankra arbetssättet bland medarbetarna. Stötta Senior Alert ombuden genom gemensamma träffar.	Genomgång har påbörjats på några enheter.  Resultaten följs upp och återkopplats på enhetsnivå sporadiskt.	Implementering behöver fortsättas jobba med. Ny personal anställs och behöver få information om systematiska arbetet att förebygga risker. Kvalitetsråd har nyligen startat upp på Vinkelbo där chef och personal på enheterna tittar på sina egna resultat och jobbar för förbättringar. När riskbedömningarna börjar användas och föras in i registret behöver enhetscheferna stöd i att ta fram resultaten.
Mål 2	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Där risker upptäcks ska man titta på bakomliggande orsaker, sätta in åtgärder samt följa upp resultat av åtgärder.	Implementering av Senior Alert på alla enheter inom särskilt boende under 2018.	Genomgång av syfte och struktur till enheterna för att förankra arbetssättet bland medarbetarna. Stötta Senior Alert ombuden genom gemensamma träffar.	Genomgång har påbörjats på några enheter.  2018 hade 30 personer riskbedömning gjorda enligt Senior Alert. 37 risker upptäcktes, bakomliggande orsaker var tittat på vid 25 bedömningar, åtgärder insatta mot 30 risker och uppföljning gjord av 23 risker.	Enheterna behöver själva hitta arbetsätt för att bedöma resultat av riskbedömningarna i team och hur uppföljningar ska ske på redan planerade träffar.

Mål 3	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Samverkan gällande multisjuka äldre ska regelbundet följas upp på lokala kommun-landstingsträffar.	På lokala Kommun-Landstings träffar ska multisjuka äldre vara en stående punkt på dagordningen.	Det har varit fyra samverkansträffar med primärvården på ledningsnivå. Den har punkten varit med på alla träffar.	På träffarna har vi bl.a. tittat på resultat från kvalitetsregister och samtalat hur vi kan jobba för att minska onödiga inläggningar på sjukhus. Relevanta resultat för träffarna är Palliativ vård, Vårdprevention och följa återinläggningar på sjukhus.	Multisjuka behöver kontakt med både kommunens och primärvårdens hälso- och sjukvård samt ibland även specialistvården på sjukhus. Därför är det viktigt att vi samverkar för att underlätta för våra patienter. Det här samarbetet behöver pågå fortlöpande.

Självskattning av basala hygienrutiner två gånger om år görs för att påminna personalen om vad som gäller för vård- och omsorgspersonal runt basal hygien och klädregler för att minska smittspridning. Följsamheten är ganska bra men behöver förbättras på en del områden, bland annat användandet av plastförkläder behöver förbättras. Vårdhygien har haft utbildning för vård- och omsorgspersonal på Vinkelbo och Bäckgården som ett led i att förbättra följsamheten till hygienrutiner och klädregler. Fler utbildningstillfällen planeras 2019.

## AVVIKELSER

### FALLRAPPORTER

#### Äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilt boende samt korttidsboende

Under 2018 har det inkommit 167 fallrapporter, nyckeltal 2,17 (antal fall per boendeplats). Av dessa fall ledde 6 fall till en frakturkada, andelen frakturer av antal fall är 4%. Årsjämförelse för de senaste 5 åren visas i tabell 3.

Tabell 3. Fallavvikelser inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilda boende samt korttidsboendet årsjämförelse i nyckeltal (=antal fall per boendeplats) mellan 2014 – 2018

ÅRTAL	NYCKELTAL
2014	1,18
2015	2,27
2016	1,69
2017	2,15
2018	2,17

### Hemsjukvård med eller utan hemtjänst

Under 2018 inkom 15 fallrapporter, nyckeltal 0,38. Det är en minskning jämfört med 2017 då var nyckeltalet 0,89 (33 fall). Även en minskning har skett när det gäller andelen frakturer av antal fall, under 2018 var det inget av fallen som ledde till fraktur jämfört med 2017 då det var 3%.

Övervägande konsekvens både på särskilt boende, korttidsboende och hemsjukvård är lindrig eller ingen skada vid fall, men även allvarliga eller besvär en längre tid förekommer. Inom särskilt boende har patienterna ofta flera sjukdomar eller en demenssjukdom som påverkar deras fysiska funktioner utöver det naturliga åldrandet. En del läkemedel kan påverka motoriken negativt. I riskbedömningarna ingår bedömning av fallrisk, och där risker finns ska bakomliggande orsaker tittas på och åtgärder för att förebygga fall erbjudas.

### I ordinärt boende med hemtjänstinsatser där primärvården har hälso- och sjukvårdsansvar

Det har inkommit förkännedom till MAS 77 fallrapporter 2018, 37 fallrapporter 2017. Dessa fallrapporter utreds av primärvården.

## LÄKEMEDELSAVVIKELSER

### Äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilt boende samt korttidsboende

Det inkom 146 läkemedelsavvikelser 2018, nyckeltal 1,90. I tabell 4 finns årsjämförelse av läkemedelsavvikelse mellan 2014 – 2018, som visar att nyckeltalet ökar över tid. De flesta läkemedelsavvikelserna gav lindriga eller inga besvär men även besvär längre tid har inträffat. Orsaker till avvikelserna är utebliven dos på grund av att man glömmer, brister i kommunikation, stress av att vara ensam med delegering och att det är felaktigt delat läkemedel samt att rutin inte följs.

Tabell 4. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2014 – 2018 inom ÄFO, särskilda boende och korttidsboende

ÅRTAL	NYCKELTAL
2013	1,16
2014	1,26
2015	1,47
2016	1,54
2017	1,59
2018	1,90

### Hemsjukvård

Inom hemsjukvård där insats är delegerad läkemedelshantering till hemtjänst har det under 2018 inkommit 42 läkemedelsavvikelser, nyckeltal: 1,08, under 2017 nyckeltal: 1,54. (57 läkemedelsavvikelser). Orsaker liknar de som är inom ÄFO särskilda boenden. Konsekvenserna har varit inga eller lindriga besvär.

### I ordinärt boende med hemtjänstinsatser där primärvården har hälso- och sjukvårdsansvar

Hemtjänsten har identifierat när personer med egenansvar som de har insatser hos inte har kunnat sköta sin egen läkemedelshantering och rapporterat detta vidare till primärvården.

### ÖVRIGA AVVIKELSER

Det har inkommit sammanlagt 30 övriga avvikelser 2018. Avvikelser gällande hot och våld mellan brukare – personal, brukare – brukare har varit 7. Övriga avvikelser har handlat om brister i kommunikation och teamarbete, dator problematik, HSL ordinationer som inte har följts och försenad omläggning.

När det gäller avvikelser inom vårdkedjan har det kommit in 12 stycken. Det har gällt brister i informationsöverföring, hjälpmedel, läkemedelsordination samt fel i Dosleverans.

### Klagomål och synpunkter

Synpunkter har inkommit om svårigheter gällande språkförståelse mellan personal, personal och brukare. Svårigheter finns när personal inte kan språket tillräckligt bra. Dialog behövs mellan personal och chefer när det finns svårigheter i språkförståelse för att hitta rätt sätt att stödja personerna som vill arbeta inom vård och omsorg. Några personer har gått utbildning för att bli språkom-bud på sin arbetsplats som ett led att förbättra stödet till de som håller på att lära sig språket.

---

## Kvalitetsmätning inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen

Kvalitetsmätning görs under en vecka (vecka 46) årligen på särskilt boende inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, korttidsboendet är inte med i mätningen. Antalet boendeplatser och boende under denna mätning har förändrats över tid, en jämförelse mellan 2014 -2018 visas i tabell 5 nedan.

Tabell 5. Antal boendeplatser och boende vecka 46 åren 2014 -2018 inom ÄFO särskilda boende samt inskrivna i hemsjukvård vecka 46 2016-2018.

År	2014	2015	2016	2017	2018
Antal boende	69	73	72	76	77
Antal boendeplatser	73	73	74	78	77
Inskrivna i hemsjukvård med olika insatser			33	37	39

### Trycksår

Vid 2018 års mätning var det tre trycksår, trycksårs grad enligt Norton (grad 1= hudrodnad till grad 4= fullhudskada) visar två sår med grad 2 och ett trycksår grad 3. Dessa trycksår har uppstått på boendet. 2017 var det ett trycksår med lindrigaste trycksårsgraden 1. De förebyggande och behandlande åtgärder som sätts in är till exempel antidecubitushjälpmedel, avlastning, översyn av nutrition och såromläggning.

### Kontinens

Användandet av inkontinenshjälpmedel har minskat med 19 procentenheter 2018 jämfört med 2017. Användning av kateter har ökat med 11 procentenheter. Toalett träning/passning har ökat 2018 till 38% mot 3% 2017.

### Läkemedel

På grund av de fysiologiska förändringar som sker när vi åldras blir vissa läkemedelsgrupper mer riskabla för äldre att använda. Bland läkemedel som bör undvikas, om inte särskilda individuellt välgrundade skäl finns, räknas de vars användning i hög grad leder till biverkningar hos äldre. De biverkningar som det finns risk för är till exempel påverkan på balans och motorik samt kognitiv förmåga. I kvalitetsmätningen mäts några av dessa läkemedelsgrupper. I år har vi även tagit med de läkemedelsgrupper som Socialstyrelsen tittar särskilt på: Antikolinerga<sup>1</sup>, Bensodiazepiner<sup>2</sup>, Tramadol<sup>3</sup> och Propiomazin<sup>4</sup>.

I diagram 1 jämförs resultaten från mätningarna 2016-2018.

---

<sup>1</sup> Läkemedel med antikolinerg effekt används av många äldre för att behandla bland annat högt blodtryck, inkontinens och allergi. Antikolinerga läkemedel blockerar effekterna av signalsubstansen acetylkinolin, som bland annat används av vissa nervbanor i hjärnan som är viktiga för de kognitiva funktionerna. Exempel på effekter av antikolinergika är ökad puls, vidgade pupiller, mindre salivproduktion och mindre aktivitet i tarmarna.

<sup>2</sup> Används mot ångest och sömnproblem.

<sup>3</sup> Smärtstillande.

<sup>4</sup> Sömnläkemedel.

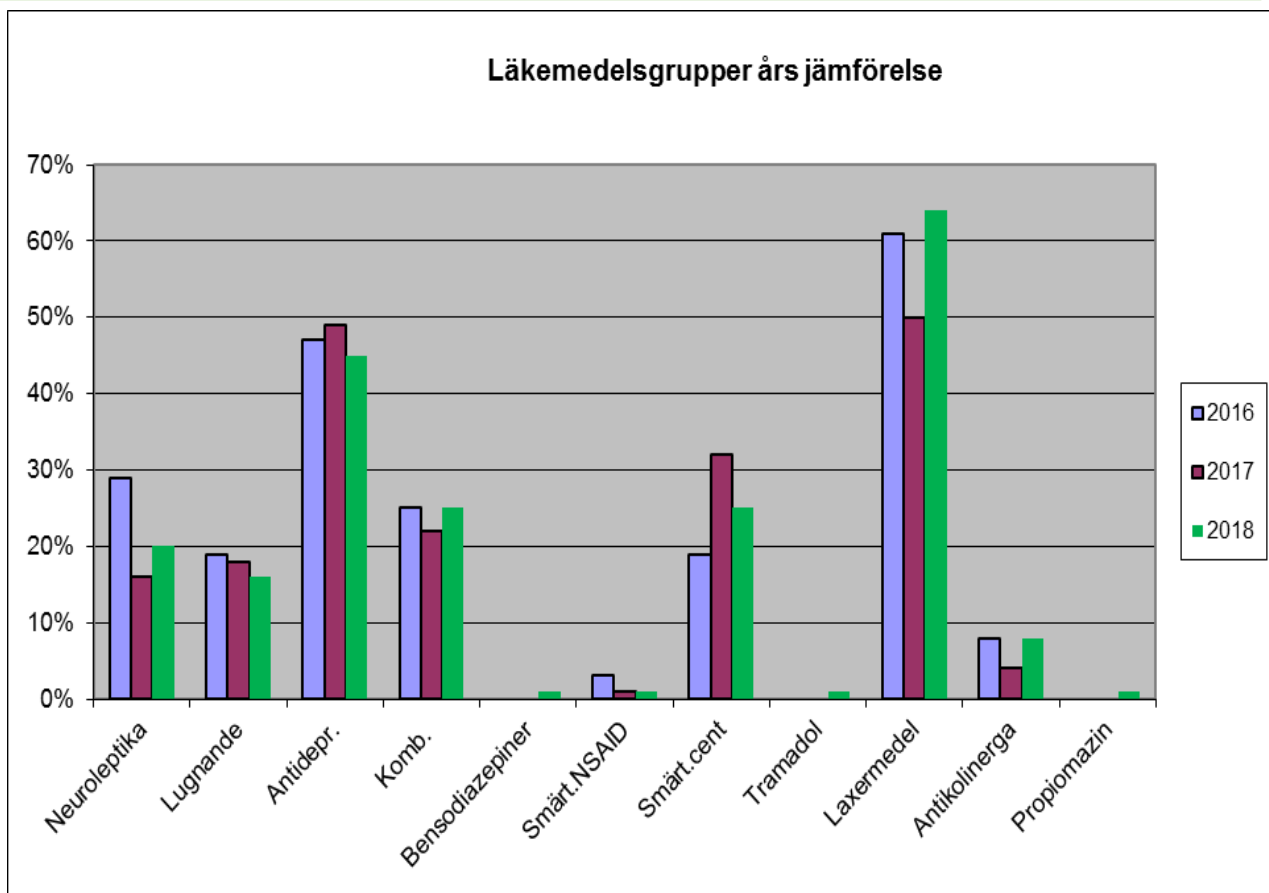


Diagram 1. Årsjämförelse i andelar mellan 2016-2018 gällande användandet av några läkemedelsgrupper inom ÅFO.

Års jämförelse mellan läkemedelsgrupperna 2017 -2018 visar ett ökat användande av följande läkemedelsgrupper: neuroleptika, laxermedel och antikolinerga samt kombinationen av neuroleptika, lugnande och antidepressiva läkemedel. Minskning har skett inom grupperna: lugnande, antidepressiva, smärtstillande NSAID och centralt smärtstillande. Tre grupper har inte mätts tidigare Bensodiazepiner, Tramadol och Propiomazin, så därför går de inte att jämföra med tidigare år.

Årsjämförelse mellan 2017 -2018 visar att andelen som har ordinerat 1-5 läkemedel har ökat från 25% till 29%, de som har ordinerat 6-9 läkemedel är oförändrat 40% samt att de som har ordinerat mer än 10 läkemedel är oförändrat 29%.

Inom ÅFO har de flesta dispenserade läkemedel från apotek, så kallade Dospåsar 82%. Endast 8 vårdtagare klarar av att hantera sina läkemedel själva.

Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt läns rutin, Modell Västerbotten. Under 2018 genomfördes endast 18 (23%) fördjupade läkemedelsgenomgångar jämfört med 2017 då 34 (45%) genomfördes. Läkemedel ordinerar av läkare inom Region Västerbotten. Vi har två distriktssköterskor med förskrivningsrätt inom kommunen. Dialog förs med vårdtagare, läkare och sjuksköterska när det gäller insättning, uppföljning och utsättning. Om samtycke finns så kan även närstående vara med. Överenskommelse finns mellan hälsocen-

tralens läkare och kommunens hälso- och sjukvård om att när neuroleptika sätts in ska även datum för uppföljning planeras. En enklare översyn av läkemedel görs av läkare när de konsulteras om problem hos vårdtagaren. Det har varit svårt att få till tider med läkare för fördjupade läkemedelsgenomgångar under året samt att sjuksköterskorna uppger att de inte hunnit med att planera för läkemedelsgenomgångar.

### Diagnoser

En årsjämförelse mellan 2016-2018 gällande andelen av de vanligaste diagnoserna inom ÄFO visas i diagram 2. Personer med diabetes har ökat sedan 2017 med 9 procentenheter och personer som är multisyjuka har minskat med 12 procentenheter. Definitionen av multisyjuka i kvalitetsmätningen är att de har fler än tre varaktiga diagnoser och att det finns läkemedel ordinerade för minst tre diagnoser. Att andelen diagnoser varierar över tid beror på vilka vårdtagare som bor på särskilt boende.

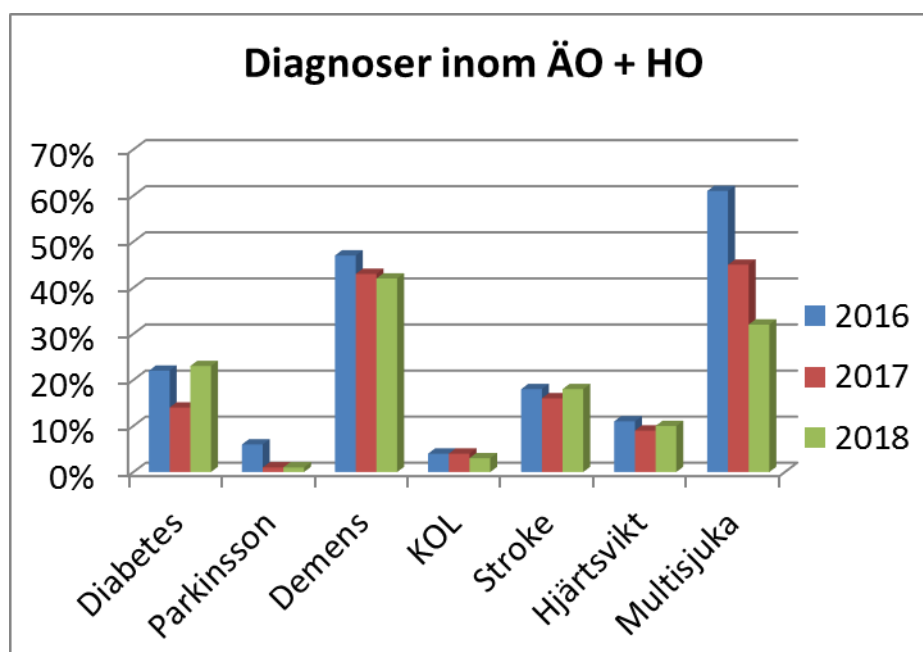


Diagram 2. Årsjämförelse gällande diagnoser inom äldre- och handikappomsorgen mellan 2016-2018.

### Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder såsom bälte, grensele, bord och sänggrind har minskat år från år sedan 2016, i år var det 13% som hade någon skyddsåtgärd. Varje skyddsåtgärd ska följas upp och det ska göras en riskanalys innan det sätts in. Skyddsåtgärd får bara användas om vårdtagaren ger sitt samtycke.

### Samordnad vård- och omsorgsplan (individuell vård- och genomförandeplan).

Kvalitetsmätningen visar att det har skett en minskning av samordnad vård- och omsorgsplan till 48% jämfört med 2017 då 80% hade en sådan plan. Arbetsterapeut och fysioterapeut blir kallade till få vård- och omsorgsplaneringar, de blir i stället kontaktade efter planeringen om behov finns för deras kunskaper och åtgärder.

Struktur för gemensamma träffar har setts över under 2018 för att förbättra



---

kvalitén och ge vägledning till vad de olika träffarna innebär och vem som gör vad. Målet är att alla ska erbjudas minst en samordnad vård- och omsorgsplan per år.

### Nutrition

För Body Mass Index, BMI under 22 har andelen minskat med 6 procentenheter och BMI över 27 har ökat med 12 procentenheter från 2017 till 2018. BMI säger mer när man följer individen än när man jämför generellt. Följs det individuellt kan man se variationer utifrån utgångsläget när de flyttar in.

Färre vårdtagare har nattfasta under 11 timmar jämfört med 2017, det har minskat med 7 procentenheter 2018. Nattfasta mellan 11-13 timmar har minskat med 14 procentenheter och en ökning med 18 procentenheter har skett gällande nattfasta över 13 timmar. Det innebär att de flesta av våra vårdtagare har för lång nattfasta. I diagram 3 visas årsjämförelse mellan 2016-2018.

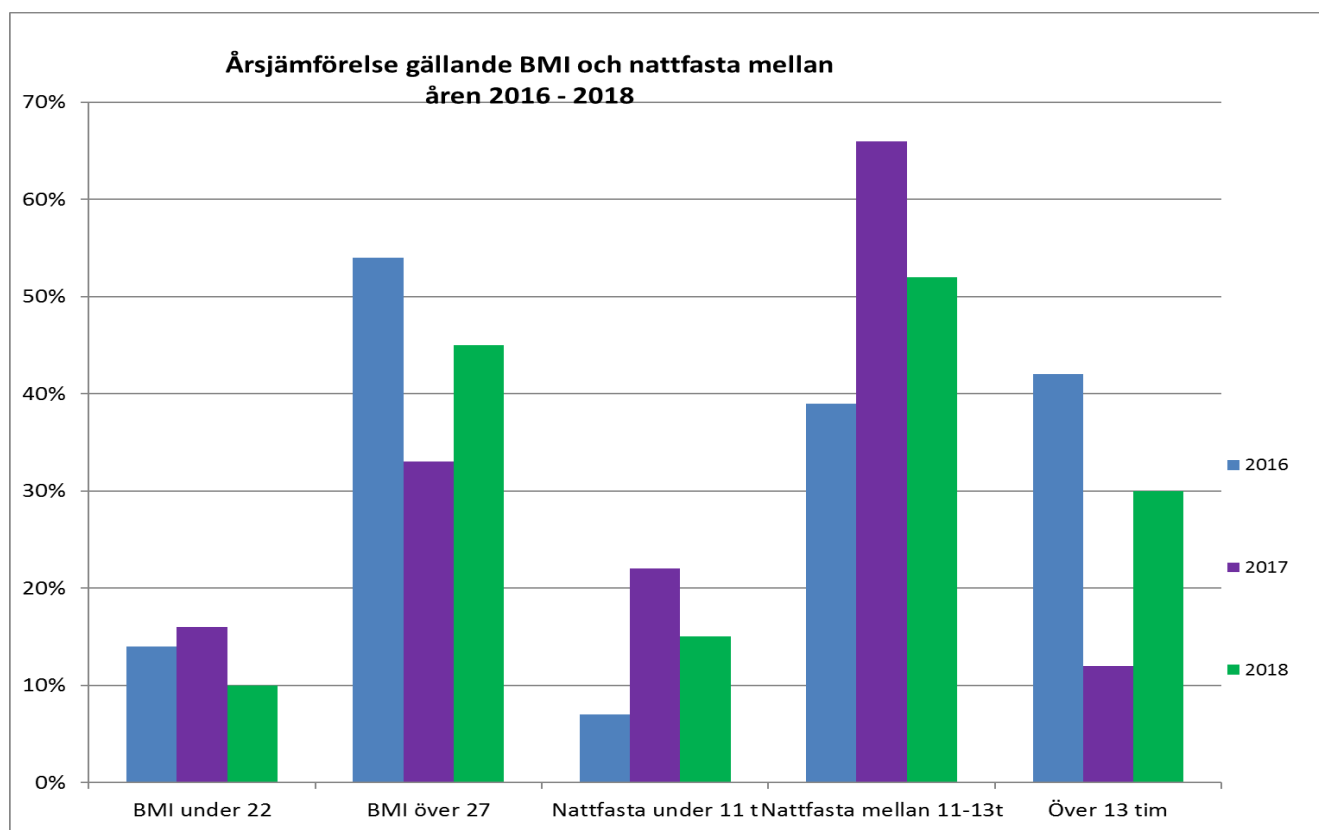


Diagram 3. Årsjämförelse mellan 2016-2018 gällande BMI och nattfasta.

### Hjälpmedel

Olika hjälpmedel förskrivs för att bland annat underlätta självständighet, förflyttning, samt förebygga och behandla trycksår. Alla utlämnade hjälpmedel kontrolleras och följs upp samt att vid inflyttning kontrolleras hjälpmedel.

### Bedömning/Behandling/Träning

Arbets terapeuter gör ibland ADL status vid inflyttning eller vid uppföljning. Fysioterapeut/sjukgymnast gör ibland bedömning av förflyttning vid inflyttning eller vid uppföljning. Det är utifrån vårdtagarens behov bedömningar,

behandlingar och träning utförs.

### **Kvalitetsmätning inom hemsjukvården**

Kvalitetsmätning inom hemsjukvården utfördes under en vecka (vecka 46). Vid tillfället var det 39 personer inskrivna i hemsjukvården där olika uppdrag utfördes. Utöver hemsjukvård utförs tillfälliga insatser i hemmen på hälsocentralens uppdrag, dessa kan vara planerade eller oplanerade uppdrag. Antalet inskrivna i hemsjukvård vecka 46 under åren 2016- 2018 redovisas i tabell 5.

#### Inkontinenshjälpmedel

Inkontinenshjälpmedel förskrivs till 4 personer, 2017 var det 8 personer, det dokumenteras och följs upp. Kvarliggande kateter, KAD, har 3 personer, samma antal 2017. Tydlig indikation finns hos 2 och försök att avveckla KAD är genomfört hos samtliga.

#### Läkemedel

Det är samma läkemedelsgrupper som mäts inom ordinärt boende där kommunen har ansvar för läkemedelshanteringen som inom särskilt boende. Jämförelse mellan mätningen 2016 till 2018 visas i diagram 4. Ingen vårdtagare har förskrivit neuroleptika, lugnande, bensodiazepiner, smärtstillande NSAID, tramadol, propiomazin. Ökning har skett med centralstimulerande smärtstillande och antikolinergika. Minskning har skett av antidepressiva.

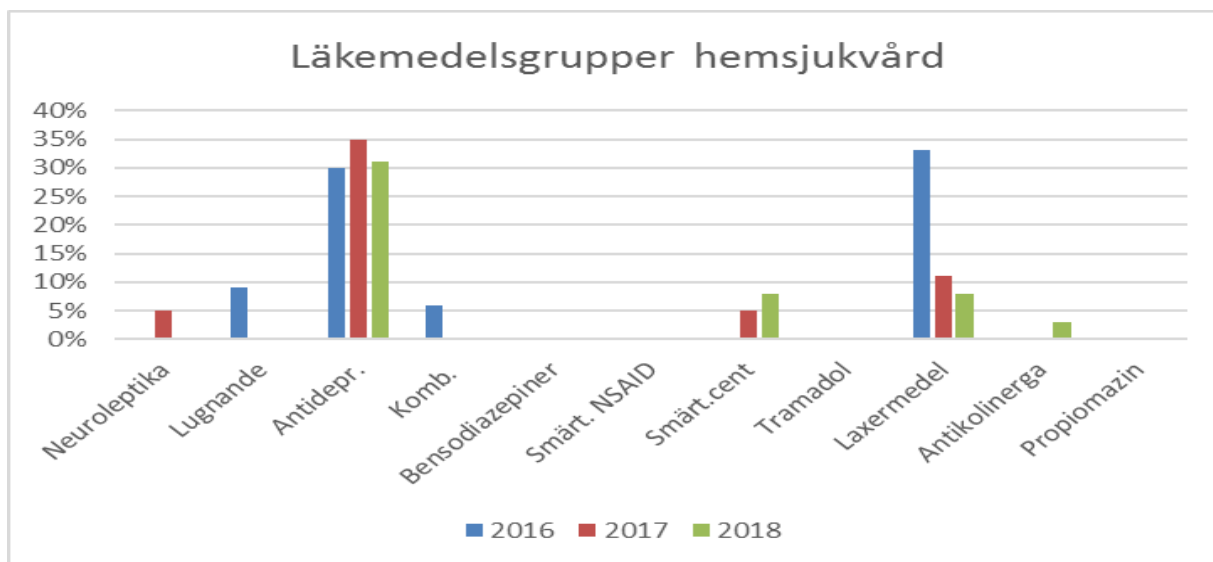


Diagram 4. Jämförelse mellan 2016 och 2018 gällande läkemedelsgrupper inom hemsjukvården där kommunen har ansvar för läkemedelshanteringen

#### Stående och dispenserade läkemedel

---

Hos personerna inskrivna för läkemedelshantering är det i stort sätt oförändrat gällande stående läkemedelsantal jämfört med 2017. Antal personer med 1-5 läkemedel är 12, mellan 6-9 läkemedel har 12 personer och 10 eller fler har 5 personer. De flesta har dosdispenserade påsar från apotek 29 personer. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har inte genomförts 2018, hos 5 genomfördes läkemedelsgenomgång 2017 och 2016 hos 6 stycken.

### Diagnoser

Inskrivna i hemsjukvård med diagnoserna Parkinson, demens, KOL och multistjuka har minskat något i antal i jämförelse mellan 2017 och 2018. En ökning har skett av diagnoserna diabetes, hjärtsvikt och stroke. Se jämförelse mellan 2016 till 2018 i diagram 5.

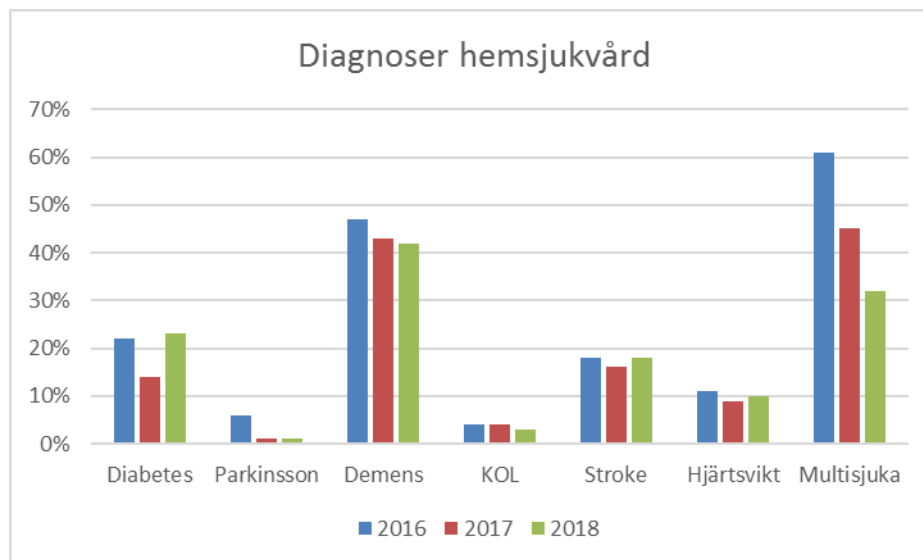


Diagram 5. Jämförelse mellan 2016 och 2018 när det gäller antalet diagnoser för personer inskrivna i hemsjukvården.

### Nutrition

Resultatet på BMI 2017 och 2018 skiljer sig inte så mycket. BMI <22 är 5 personer (2017 3 personer) och BMI >27 är 4 personer (2017 5 personer).

### Begränsningsåtgärder

Inga begränsningsåtgärder används i hemsjukvården.

### Riskbedömningar

Riskbedömning enligt Senior Alert har inte kommit igång inom hemsjukvården. En planering att införa riskbedömningar enligt Senior Alert har påbörjats för införande under 2019.

---

### **Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD.**

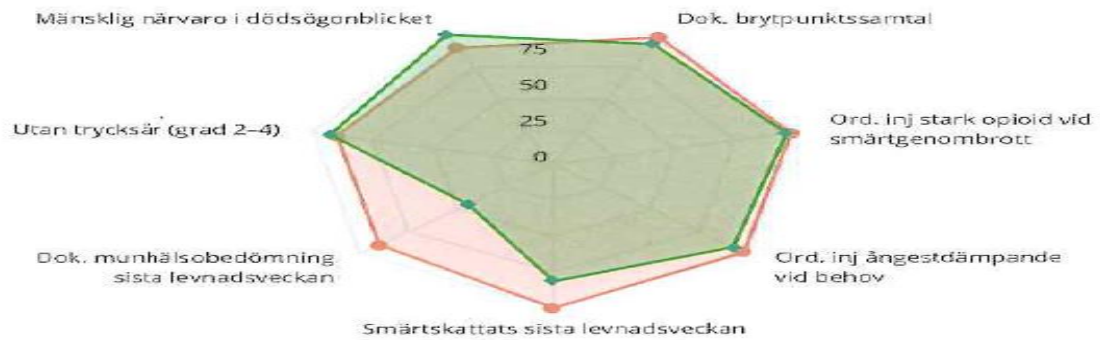
Kvalitetsindikatorer för 2016-2018 i BPSD registret jämförs mellan Norsjö, länet och riket. I Norsjö är det 33 personer som fått en bedömning. Norsjös resultat visar på lägre poäng vid skattning av beteendemässiga problem i jämförelse med riket och länet. Ju högre poäng svårare eller fler BPSD problematik föreligger. De som registrerats i Norsjö har samtliga en bemötandeplan.

Norsjö har högre procent av personer som är ordinerade olämpliga läkemedel och lägre procent som fått läkemedelsöversyn än länet och riket. När det gäller andelen som verkar smärtfria ligger Norsjö högre än länet och riket.

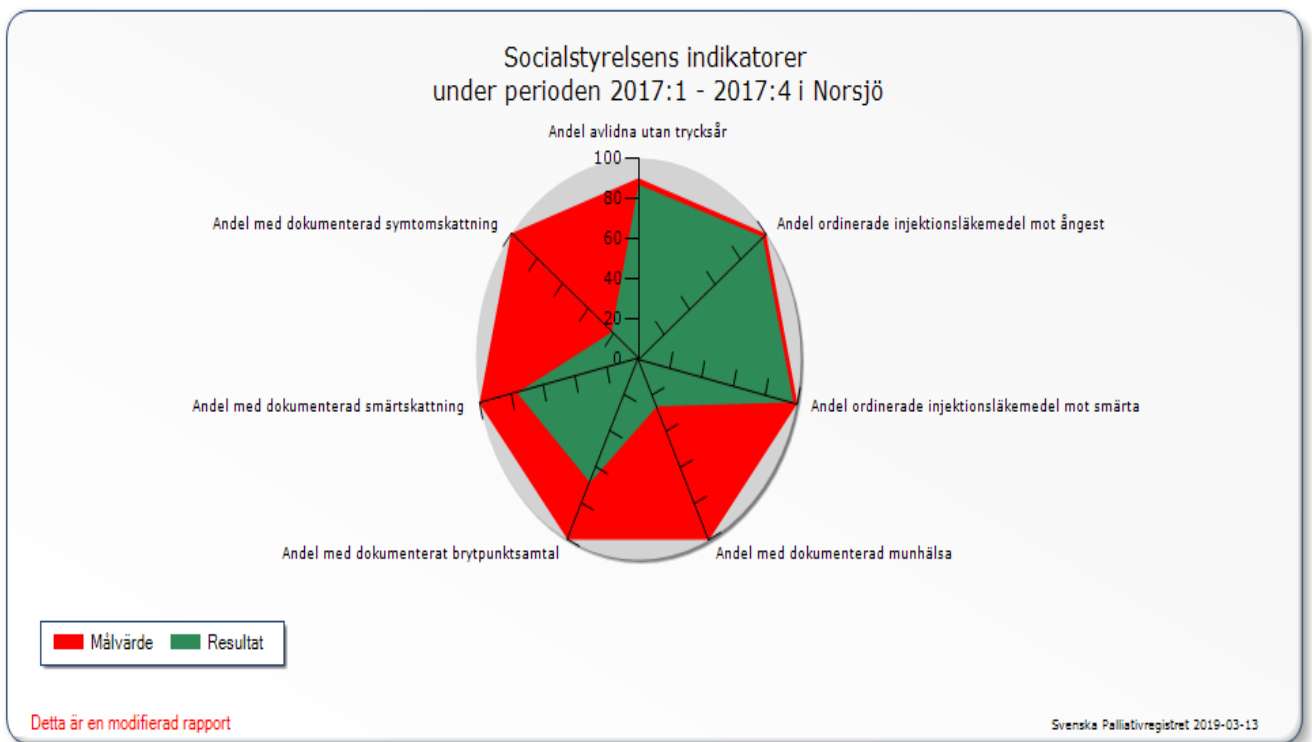
Det lokala demensteamet har inte varit aktivt under hösten och vintern beroende på att det inte har funnits personalresurser för detta.

### **Svenska palliativregistret**

Resultat för Norsjö gällande Socialstyrelsens indikatorer visas i spindeldiagram 1 för 2018 och spindeldiagram 2 för 2017. Det har skett en förbättring i dokumenterad smärtskattning från ca 76% till 82% och brytpunktsamtal från 68% 2017 till 93% 2018 års indikatorer. Indikatorerna i spindeldiagrammen är ändrade i jämförelse mellan 2017 – 2018.



Spindeldiagram 1. Utdata från Svenska palliativregistret Kvalitetsindikatorer lilla, januari - december 2018. Personer i Norsjö kommun från 18 år och uppåt. Särskilt boende, korttidsboende, eget hem med stöd av allmän palliativ hemsjukvård. Rött = målvärde, grönt = resultat



Spindeldiagram 2. Socialstyrelsens indikatorer utdata från Svenska palliativ registret januari - december 2017. Personer i Norsjö kommun från 15 år och uppåt. Särskilt boende, korttidsboende, eget hem med stöd av allmän palliativ hemsjukvård. Rött = målvärde, grönt = resultat

---

## Mål och strategier för kommande år

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2019

- Kvalitetssäkra kommunal hälso- och sjukvård genom egenvårdskontroller.
- Fortsatt implementering av det systematiska arbetet att förebygga risker så som fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

Strategier:

Att genomföra en egenkontrolls mätning för hälso- och sjukvård.

Följa upp statistik som rapporteras in till Socialstyrelsen.

Information till vård- och omsorgspersonal om syftet och arbetssättet med riskbedömningar samt uppföljning på enheterna av den egna statistiken.