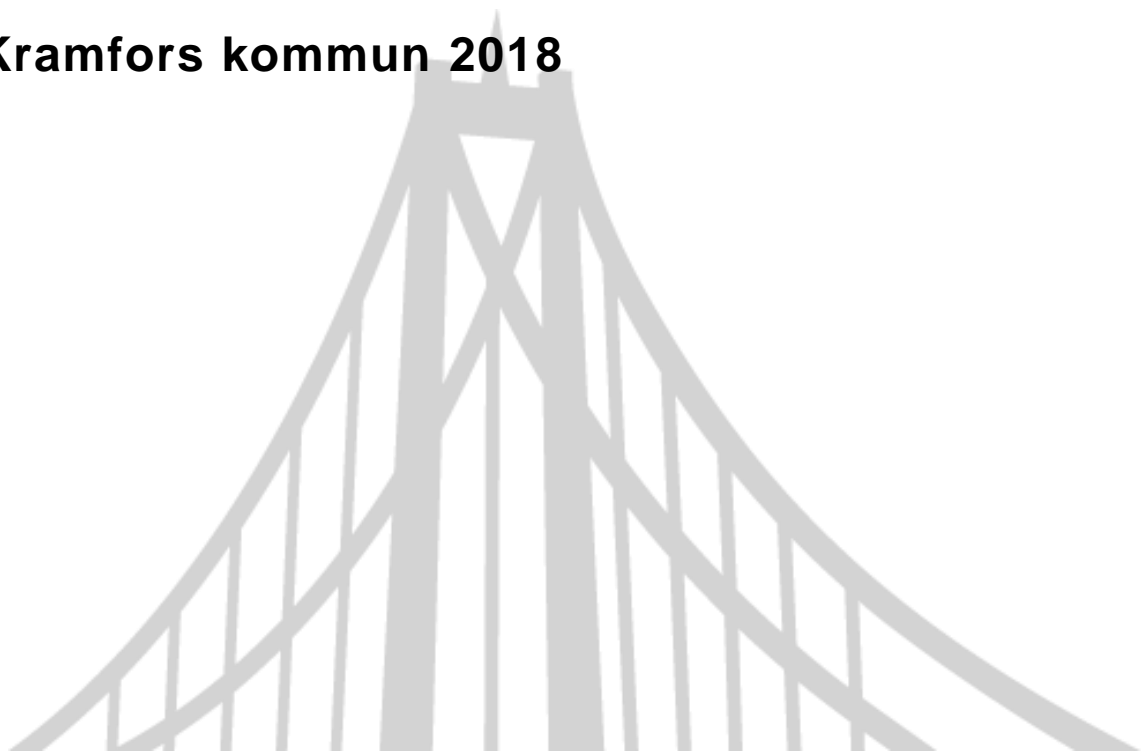




**Välfärdförvaltningen**  
Anna Böhlenius, MAR  
Ingrid Klint, MAS  
Veronica Olmenius, Avdelningschef

# **Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse**

**Kramfors kommun 2018**



## Sammanfattning

Under året har verksamheterna fokuserat på de övergripande mål och strategier som var uppsatta för 2018.

Inom hälso- och sjukvården fortsätter registreringen i kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD- registret (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). För att utveckla analys och redovisning av egenkontroll gällande Senior Alert och avvikelshantering har en frågemall införts på särskilt boende för äldre med målsättningen att även hemsjukvården kommande år ska innefattas. Rutin och utarbetande av arbetssätt kring Senior Alert pågår.

För att kvalitetssäkra journalföringen för legitimerad personal har arbetet med att förbereda övergång till ny journalmodul (Hälsoärende) påbörjats. Syftet är att journalföringen ska följa Socialstyrelsens rekommendationer gällande process-id samt att säkerställa statistikuttag gällande kommunala hälso- och sjukvårdsåtgärder som utförs av legitimerad personal. Journalgranskning har under året genomförts av i hälso- och sjukvårdens journaler. Behörighet och loggkontroller har utförts i samtliga verksamheter.

Antalet fall på särskilt boende för äldre ökar trots fallförebyggande åtgärder vilket till stor del relateras till den höga förekomsten av personer med demenssjukdom/symptom på boendeplatser som inte är anpassade för personer med demenssjukdom. Utvecklingsarbete för vård- och omsorg till personer med demenssjukdom har inletts.

Rutin för avvikelshantering och lex Sarah har fastställts under året och implementering har påbörjats. Revidering av avvikelsemodulen som ska omfatta samtliga verksamheter i förvaltningen har startat.

Med anledning av lagförändringen gällande in- och utskrivning i slutna hälso- och sjukvård har samverkan skett både internt och externt. Detta för att minska risken för uppkomst av vårdskador, kvalitetsbrister samt för att utveckla processen.

Under året har svårigheter att rekrytera legitimerad personal varit framträdande vilket har föranlett ett flertal riskanalyser. Uppföljningen av sommarperioden visade att två tredjedelar av sjuksköterskorna bedömde risk för patientsäkerheten, vilket relaterades till bemanningssituationen. Inga avvikelser som visade på allvarliga vårdskador rapporterades.

Under året har implementering av rutin för Öppna jämförelser, Kommunens kvalitet i korthet och brukarundersökningar genomförts. Respektive verksamhet har utifrån förbättringsområden lyft fram kvalitetsindikatorer.

Målsättningen för 2019 är att insatserna och åtgärderna ska vara rättssäkra, korrekta och uppfylla kravet för god och säker vård och omsorg.

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Struktur.....</b>	<b>5</b>
2.1	Övergripande mål och strategier .....	5
2.2	Organisation och ansvar.....	6
2.3	Samverkan för att förebygga vårdskador, kvalitetsbrister och missförhållanden .....	8
2.4	Patienter, brukare och närståendes delaktighet.....	9
2.5	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah .....	9
2.6	Klagomål och synpunkter .....	11
2.7	Egenkontroll.....	12
<b>3</b>	<b>Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten och kvalitén .....</b>	<b>13</b>
3.1	Risakanalys .....	15
3.2	Utredning av händelser – vårdskador, kvalitetsbrister och missförhållanden .....	16
3.3	Informationssäkerhet .....	17
3.3.1	Åtgärder inom informationssäkerhet, behörighets- och loggkontroller	17
3.3.2	Journalgranskning .....	17
<b>4</b>	<b>Resultat och analys.....</b>	<b>18</b>
4.1	Egenkontroll.....	18
4.1.1	Aktuella delegeringar.....	18
4.1.2	Blåsdysfunktion .....	18
4.1.3	Tandvårdsstöd .....	19
4.1.4	Senior Alert.....	19
4.1.5	Svenska HALT.....	23
4.1.6	BPSD-registret.....	24
4.1.7	Svenska Palliativregistret .....	25
4.1.8	Läkarmedverkan.....	27
4.1.9	NU-lägesmätning läkemedel .....	28
4.1.10	Läkemedelshantering .....	29
4.1.11	Vårdhygienisk expertis .....	30
4.1.12	Uppföljning av patientsäkerheten under sommarperioden 2018.....	30
4.1.13	Funktionskontroll av tryckförebyggande madrasser kategori 2.....	31
4.2	Avvikelse .....	31
4.2.1	Avvikelse i vårdkedjan.....	31
4.2.2	Avvikelse hälso- och sjukvård – särskilt boende för äldre (säbo) .....	33
4.2.3	Avvikelse hälso- och sjukvård – Hemsjukvård .....	35
4.2.4	Avvikelse hälso- och sjukvård – Funktionsstöd (FS) .....	36
4.2.5	Avvikelse SoL/LSS – Särskilt boende för äldre.....	37
4.2.6	Avvikelse SoL/LSS – Hemtjänst.....	38

4.2.7	Avvikelser SoL/LSS – Funktionsstöd (FS) .....	39
4.2.8	Avvikelser SoL/LSS – Individ och familjeomsorg (IFO).....	40
4.3	Klagomål och synpunkter .....	40
4.4	Händelser och vårdskador.....	42
4.4.1	Riskanalys .....	42
4.4.2	Uppföljning fall och förekomst av personer med demenssjukdom .....	43
4.4.3	Förslag till reducering av nattpersonal och förändrade rekommendationer gällande kost och näring .....	43
4.4.4	Införandet av avgifter för hälso- och sjukvård .....	44
4.4.5	Säkerställa leveranser av hjälpmedel.....	44
4.5	Resultat avseende kvalitet.....	44
4.5.1	Öppna jämförelser (ÖJ).....	44
4.5.2	Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) .....	45
4.5.3	Brukarundersökningar .....	46
4.5.4	Övrigt kvalitetsarbete .....	48
<b>5</b>	<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>48</b>

## 1 Inledning

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 framgår att vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service (LSS 1993:387) till vissa funktionshindrade, ska planera, leda, kontrollera och förbättra verksamheten med stöd av ett ledningssystem. De processer, rutiner, riskanalyser och egenkontroller som genomförs skall dokumenteras.

Enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska alla vårdgivare varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska beskriva hur verksamheten under det gångna året har arbetat med kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvården. I berättelsen ska det framgå vad verksamheten har vidtagit för åtgärder för att minimera risker och negativa händelser. Det ska även framgå vilka resultat som uppnåtts. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god och jämlik vård upprätthålls enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30).

Av Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) framgår att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. En förutsättning för detta är att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet och att kvalitén i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och följs upp. Lagstiftningen inom LSS innehåller motsvarande bestämmelse.

Den som bedriver socialtjänst bör, enligt de allmänna råden, även upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Redovisningen bör ha en detaljeringsnivå som gör det möjligt att bedöma hur arbetet med att säkra kvalitén har bedrivits inom de olika verksamhetsgrenarna.

Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem och ska vara färdig senast 1 mars varje år. Sedan 2017 inkluderar patientsäkerhetsberättelsen i Kramfors också en kvalitetsberättelse.

## 2 Struktur

### 2.1 Övergripande mål och strategier

*PSL (2010:659), 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-2§, SoL (2001:453) 3 kap 3§, HSL (2017:30)*

Välfärdsnämnden (VN), tidigare Bistånds- arbetsmarknads- och sociala servicenämnden (BAS), har flera mål i sin verksamhetsplan för 2018 med direkt koppling till kvalitet. Av dessa framgår att:

- Brukare ska vara nöjda med det stöd som tillhandahålls.
- Stöd och insatser skall leda till att barn och unga, så långs det är möjligt, ska bo kvar hemma.
- Arbetssätt och metoder baseras på bästa möjliga kunskap.

- Insatser skall tillhandahållas jämställt.
- Andel medarbetare med adekvat utbildning skall öka.

Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att de ska upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten. De ska vidare se till så att patienter/brukare får ett gott stöd och en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet. Verksamheten ska präglas av ett tydligt patient/brukarperspektiv med ett individstödande förhållningssätt där mål och insatser systematiskt följs upp. Insatserna ska vara av god kvalitet, vara individuellt utformade och utföras i samråd med brukaren/patienten och/eller närstående och/eller dennes formelle företrädare. Patienter/brukare ska inte komma till skada eller utsättas för risk att skadas. Trygghet, säkerhet och integritet ska stå i centrum, oavsett insatsbehov.

Med koppling till ovanstående genomförs en mängd aktiviteter inom de olika verksamhetsgrenarna i syfte att nå måloppfyllelse. För aktiviteter med direkt koppling till patientsäkerhet och kvalitet har målet för 2018 varit att arbeta vidare med:

- Informationssäkerhet, genom behörighets/loggkontroller och granskning av journaler.
- Ta ställning till vilka kvalitetsregister/uppföljningsverktyg som ska användas och hur resultat från dessa ska användas i det systematiska förbättringsarbetet.
- Utveckla redovisningen av egenkontrollen.
- Ta fram indikatorer till kvalitetsberättelsen.
- Implementera ny rutin för lex Sarah och rutin för avvikelshantering.
- Implementera ny rutin för rapportering, resultat och analys av Öppna jämförelser (ÖJ), Kommunen kvalitét i korthet (KKiK) och brukarundersökningar.
- Kvalitetssäkra journalföring för legitimerad personal utifrån risker som uppmärksammas i utredningar enligt lex Maria.
- Utarbeta ett systematiskt arbetssätt med redovisning av statistik och analys.
- Utarbeta ett systematiskt arbetssätt för riskanalys.

## 2.2 Organisation och ansvar

*PSL 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Enligt 6 kap. 4 § PSL är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. En motsvarande lydelse finns i 14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS där det framgår att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Ansvaret att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna vilar på olika nivåer.

#### **Nämndens ansvar**

Nämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenlig med mål, organisation, rutiner, metoder, processer som säkerställer kvaliteten.

Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

#### **Förvaltningschef**

Förvaltningschefen ansvarar för att leda och fördela förvaltningens arbete i enlighet med nämndens direktiv och gällande författningar.

#### **Avdelningschef Kvalitetsledning**

Avdelningschefen ansvarar övergripande för kvalitetsledning i samtliga verksamheter enligt HSL, SoL och LSS. Uppdraget rymmer att se över systematiskt arbetssätt med både kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Systematiskt förbättringsarbete är en förutsättning för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra en verksamhet.

#### **Verksamhetschef, hälso- och sjukvård**

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4:1

Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

#### **Verksamhetschefer, SoL och LSS**

Verksamhetschefer för SoL och LSS ansvarar för att i samverkan och över verksamhetsgränser bedriva systematiskt kvalitetsarbete samt ta fram verksamhetsspecifika rutiner i enlighet med gällande författningar.

#### **Socialt ansvarig samordnare (SAS)**

SAS ansvarar för att säkerställa att klienter och brukare inom socialtjänstens verksamhetsområde får insatser som är rättssäkra och av god kvalitet. SAS upprättar övergripande rutiner för att kunna styra, följa upp, utveckla och utöva tillsyn över verksamheten samt utreder missförhållanden enligt lex Sarah. SAS ingår i kvalitetsledning. Då SAS inte finns i organisationen återgår ansvaret till respektive verksamhetschef att utse funktioner som utför uppdraget. Verksamhetsutvecklare, teamledare/ärendehandledare, granskningshandläggare, metodhandledare samt enhetschefer utför uppdragen.

## **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4:1

MAS och MAR ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS och MAR upprättar rutiner för att kunna styra, följa upp, utveckla och utöva tillsyn över verksamheten samt utreder avvikelser enligt lex Maria. MAS och MAR ingår i kvalitetsledning.

### **Enhetschefer**

Enhetschefer ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet samt att det genomförs och dokumenteras enligt beslutad plan inom det egna ansvarsområdet.

### **Legitimerad personal**

Legitimerad personal är delaktig i det systematiska förbättringsarbetet, rapporterar händelser och resultat.

### **Personal verksamma inom socialtjänsten SoL, LSS och HSL**

Var och en som arbetar med utredning, handläggning eller utförande av insatser enligt SoL, LSS och HSL (omvårdnadspersonal på delegation eller ordination) är delaktig och ska medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

### **Stödfunktioner i organisationen**

Vårdhygien, Patientnämnden, Läkemedelsenhet samt Hjälpmedel från Region Västernorrland, läkarmedverkan enligt avtal samt Kommunförbundet Västernorrland.

## **2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador, kvalitetsbrister och missförhållanden**

*SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2§ p 3*

Samverkan sker såväl internt som externt och är en förutsättning för att förebygga vårdskador i hälso- och sjukvården samt för att säkra kvalitén på de insatser som utförs inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. Kvalitetsledning och patientsäkerhetsfrågor behöver tydligare föras på en strategisk och övergripande nivå för att utveckling och säkerställande av patientsäkerhet ska kunna ske.

### **Samverkan externt**

Inom patientsäkerhet sker samverkan med primärvård, slutenvård, specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH), 1177 och med övriga kommuner i länet. Detta sker genom länsamverkansgrupp (LSG). MAS, MAR och verksamhetschef för hälso- och sjukvård deltar i olika nätverk tillsammans med övriga kommuner i länet. Inom socialtjänsten sker samverkan på olika nivåer och verksamhetsområden förutom med övriga kommuner i länet även med Region Västernorrland, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Polismyndigheten. Samverkan sker dels i olika länsnätverk inom verksamhets-specifika frågor och dels i chefsnätverk.



Under 2018 har samverkan mellan kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst skett med primärvården och slutna hälso- och sjukvård kontinuerligt utifrån lagförändringen (2017:612) gällande samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 1 januari 2018. Fokus har varit att identifiera patientsäkerhetsrisker, förebygga vårdskador samt att förbättra flöden och processer.

Inom område hjälpmedel har samverkan genomförts av länets kommuner tillsammans aktuell hjälpmedelsleverantör, Hjälpmedel Västernorrland, för att säkerställa och leverera hjälpmedel inför/vid hemgång utifrån patienten behov.

Samverkan sker tillsammans med vårdhygienisk expertis Vårdhygien i Region Västernorrland.

### **Samverkan internt**

Inom förvaltningen finns flertalet samverkansforum både för enskilda professioner samt för multiprofessionella team. Samverkan sker med andra förvaltningar, både på individnivå och på organisationsnivå.

## **2.4 Patienter, brukare och närståendes delaktighet**

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Enligt PSL ska patienter och dess närstående bjudas in till vårdens arbete att förbättra patientsäkerheten. Det sker främst vid upprättandet av samordnade individuella planer (SIP), vid det dagliga vårdarbetet och vid hantering av inkomna synpunkter och avvikelser.

De patienter som skrivs in i hemsjukvården erbjuds vid inskrivning i en SIP där också socialtjänsten deltar vid behov. Vid inflyttning till särskilt boende för äldre genomförs en planering tillsammans med patienten/brukaren och närstående kring vård- och omsorgsbehoven.

Vid all vård och behandling för hälso- och sjukvårdspersonal dialog med patient och närstående. Patienten ska alltid, så långt det är möjligt delta vid planeringen av åtgärder och behandling och ge sitt samtycke. Patienter och närstående informeras kring de kvalitetsregister som Kramfors kommun använder i det förebyggande arbetet. Vid eventuella utredningar av händelser informeras alltid patient och närstående om det inträffade och erbjuds att delta. Erbjudande om brytpunktssamtal och efterlevandesamtal ges till patienter och närstående vid vård i livets slut.

## **2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah**

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

Vård- och omsorgspersonal är enligt PSL skyldiga till att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. All personal ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller skulle kunna medföra en vårdskada.

Enligt föreskriften om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är vårdgivaren eller den som bedriver verksamhet enligt SoL och LSS skyldiga att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet samt utreda avvikelser.

Enligt SOSFS 2011:5 2 kap § 1-4 beskrivs rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah vilket omfattar anställd, uppdragstagare, praktikant eller motsvarande och deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program vilket beskrivs i rutin för lex Sarah (dnr 2018/49). Rapporteringsskyldigheten gäller såväl faktiska missförhållanden som risker för att de ska uppstå och kan komma till förvaltningens kännedom dels som en lex Sarah rapport, men även som avvikelse eller klagomål.

Avvikelse är en oönskad händelse eller försummelse som innefattar både det som har, och det som inte har utförts. Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av den negativa händelsen och förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen.

Avvikelse hanteras enligt tjänsteföreskrift för systematiskt förbättringsarbete (dnr 2018/318) och rutin för avvikelsehantering (dnr 2018/374). Den som upptäcker en avvikelse ska rapportera i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet i samband med händelsen samt informera närmsta chef och/eller legitimerad personal om det inträffade. Vid allvarigare händelser ska MAS, MAR eller verksamhetschef kontaktas utan dröjsmål. Avvikelse i vårdkedjan till annan vårdgivare rapporteras även på blankett till Regionen.

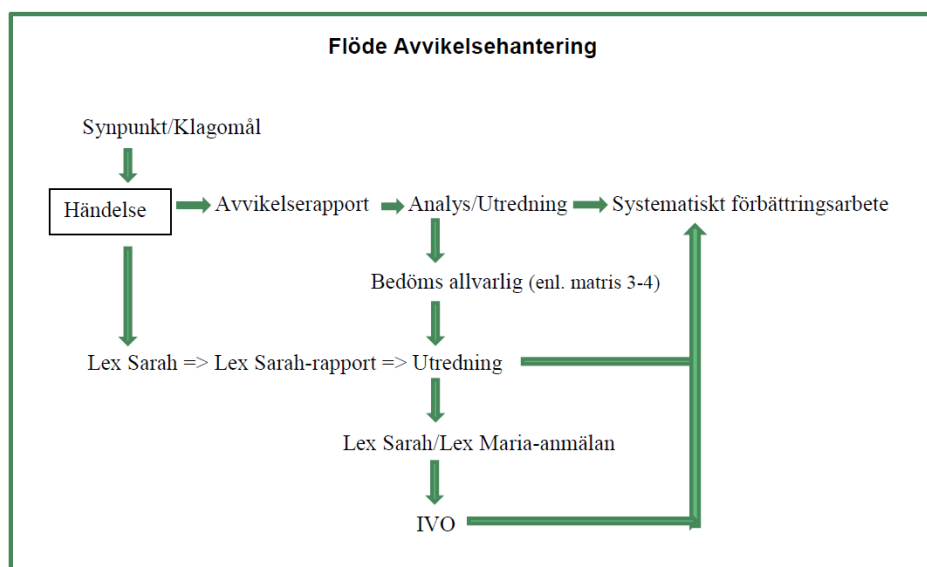


Bild: Flöde avvikelsehantering

Chef eller legitimerad personal, beroende på avvikelser art, utreder och vidtar säkerställande åtgärder. Utredningen ska innehålla uppgifter om händelsen, bakomliggande orsak till det inträffade, vilka konsekvenser det inträffade fick för den enskilde och vilka åtgärder som är aktuella.

I samband med detta ska även riskanalys genomföras för att ta ställning till allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning enligt riskmatris.

Om bedömningen är att allvarlighetsgraden är hög/katastrofal eller betydande för den enskild och/eller att sannolikheten för återupprepning är stor eller mycket stor skickas avvikelser alltid vidare till MAS och/eller MAR (dnr 2018/650) för utredning enligt lex Maria eller till den av verksamhetschef utsedd för eventuell utredning enligt lex Sarah. MAS, MAR och verksamhetschef inom SoL och LSS beslutar om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Negativa händelser som omfattar medicintekniska produkter rapporteras alltid till MAS och MAR som anmäler till Läkemedelsverket.

Avvikelser sammanställs vid tre tillfällen per år och redovisas till nämnden.

## **2.6 Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 §p 6.*

Den 1 januari 2018 trädde Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) i kraft vilket innebär att Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomål besvarade av vårdgivaren. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utredningsskyldighet begränsas vilket innebär att vårdgivaren i första hand ska besvara klagomålen från den enskilde.

Synpunkter och klagomål kan inkomma via kommunens klagomålshantering på hemsidan, via personlig kontakt, telefonsamtal, mail eller brev.

Synpunkter och klagomål som inkommer ska hanteras enligt rutin för avvikelshantering (dnr 2018/374) och rutin för synpunkter och klagomål (dnr 2013/573) av berörd verksamhet, och ska besvaras inom 10 dagar.

Klagomål kan även inkomma från Patientnämnden i Region Västernorrland eller IVO. Synpunkter och klagomål sammanställs årligen och redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

## 2.7 Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Frekvens	Källa
Antal aktuella delegeringar	All verksamhet HSL	1 g/år	Verksamhetssystemet Treserva
Antal genomförda inkontinensutredningar	All verksamhet HSL	1 g/år	Senior Alert Guide
Antal patienter som avsäger sig hälso- och sjukvårdsinsatser pga avgift	All verksamhet HSL	Fortlöpande, sammanställs 1 g/år	Verksamhetssystemet Treserva
Avvikelser i vårdkedjan	All verksamhet	Fortlöpande, sammanställs 1 g/år	Diariet, Välfärdförvaltningen
Förekomst av antibiotikabehandling	Säbo	1 g/år	HALT-mätning
Andel olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer	All verksamhet HSL	1 g/år	NU-lägesmätning
Antal symtomskattningar inför fördjupad läkemedelsgenomgång	All verksamhet HSL	1 g/år	NU-lägesmätning
Basala hygienrutiner	All verksamhet	1 g/år	Egenkontroll
Behörighet – loggkontroll	All verksamhet	2 g/år	Verksamhetssystemet Treserva
Förekomst av BPSD-skattning	Säbo	1 g/år	BPSD-registret
Överenskommelse läkarmedverkan	All verksamhet HSL	1 g/år	Enkätuppföljning
Funktionskontroll tryckförebyggande madrasser	Säbo	2 g/år	Verksamheten HSL
Förekomst av vårdrelaterade infektioner	Säbo	1 g/år	HALT – mätning
Journalgranskning	10-15 % av HSL journaler	1 g/år	Granskning av journaler i verksamhetssystemet Treserva av MAS/MAR
Förekomst av urinkatetrar	Säbo	1 g/år	HALT- mätning
Vård i livets slutskede	All verksamhet HSL	1 g/år	Svenska Palliativregistret

Synpunkter och klagomål	All verksamhet	Fortlöpande, sammanställs 1 g/år	Inkomna synpunkter/klagomål, Patientnämnden, IVO, Läkemedelsverket, avvikelssystemet
Läkemedelshantering	Verksamhet HSL	1 g/år	Extern granskning
Trycksår	All verksamhet HSL	Fortlöpande, sammanställs 1 g/år	Senior Alert HALT PPM-mätning
Fall	All verksamhet HSL	Förlöpande, sammanställs 1 g/år	Senior Alert Avvikelse-system
Nutrition	All verksamhet HSL	Förlöpande, sammanställs 1 g/år	Senior Alert
Munhälsa	All verksamhet HSL	Förlöpande, sammanställs 1 g/år	Senior Alert
Utvärdering av patientsäkerheten under sommar perioden	All verksamhet HSL	1 g/år	Enkät av MAS och MAR
Vårdrelaterade infektioner	Säbo	1 g/år	HALT – mätning Sammanställning av förekomst av smittutbrott

### 3 Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten och kvalitén

För att nå de övergripande målen, öka patientsäkerheten och kvalitén har ett flertal åtgärder genomförts under året. För att öka delaktigheten för patienten har arbetssättet vid samordnad individuell planering (SIP) utvecklats. Planeringen sker nu i allt högre utsträckning genom digital uppkoppling via ett projekt där patienten, eventuella närstående och de professioner som ska delta kopplar upp sig. Den digitala lösningen möjliggör deltagande oavsett geografisk placering.

Under början av året har rutinen för avvikelshantering (dnr 2018/374) fastställts och implementeringen i verksamheten har påbörjats. Under hösten har en arbetsgrupp med representanter från förvaltningens samtliga verksamhetsområden arbetat med att revidera avvikelsemodellen i verksamhetssystemet. Avvikelsemodulen ska omfatta samtliga avvikelser för hela förvaltningen och förväntas vara i drift under 2019. Förändringarna innebär behov av revidering av befintliga rutiner och en plan för hur implementering ska ske i respektive verksamhet i förvaltningen. Behörighet och loggkontroller samt journalgranskning fortsätter enligt planering.

För att fortsätta utveckla det vårdpreventiva arbetet i kvalitetsregistret Senior Alert har en nulägesbeskrivning i samtliga verksamheter genomförts (dnr 2018/851).

Utifrån kartläggningen har arbetet påbörjats med att upprätta rutin som ska omfatta vårdprevention enligt Senior Alert i samtliga verksamheter där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs. Målsättning och plan för införande av arbetssättet även i hemsjukvården behöver utformas.

För att utveckla analys och redovisning av egenkontroll gällande Senior Alert och avvikelshantering har en frågemall skapats och införts på särskilt boende för äldre (säbo) för att ge verksamheten stöd i sin redovisning till aggregerad nivå. Säbo har en större erfarenhet att analysera sina egna resultat och målsättningen är att även hemsjukvården ska innefattas av stöd för strukturerad redovisning under nästkommande år. Det finns ett fortsatt behov av att, i verksamheterna utarbeta och utveckla systematiskt arbetssätt för analys och redovisning.

För att kvalitetssäkra journalföringen för legitimerad personal har en dokumentationsgrupp bestående av MAS, MAR och legitimerad personal påbörjat uppdraget att förbereda övergång från tidigare journalsystem till nya modulen Hälsoärende vilket beräknas vara i skarpt läge våren 2019.

Dokumentationsgruppen har fastställt vilka domäner och komponenter inom Internationell klassifikation av funktionshinder och hälsa (ICF) och vilka klassificerade vårdåtgärder (KVÅ) som ska användas. Detta baseras på det statistikuttag som Socialstyrelsen begär ut från och med 2019 gällande hälso- och sjukvårdsåtgärder som utförs av legitimerad personal inom kommunen. Den nya journalmodulen bygger på Socialstyrelsens Hälsoärende och process-id – Förutsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individanpassade processer.

Dokumentationsgruppen har skapat, utifrån respektive yrkeskategori processer för bedömning, utredning och behandling för de vanligaste förekommande problemställningarna inom kommunal hälso- och sjukvård. Övergripande riskanalys inför förändringen genomförs i verksamheten.

För att öka patientsäkerheten och utveckla samarbetet inom hälso- och sjukvårdsenheten (HS) så har forumet yrkesträffar vidareutvecklats under året. MAS och MAR har varje månad tillsammans med enhetschefer för legitimerad personal genomfört yrkesträffar tillsammans med arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Yrkesträffen ger möjlighet till kollegial handledning, skapande av gemensamt arbetssätt, återkoppling av avvikelser och implementering av nya och/eller reviderade dokument.

För att öka kompetensen inom demensvård har teamutbildning gällande Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demenssjukdom (BPSD) genomförts. Under året har sju nya team utbildats. Sedan 2016 har en demenssjuksköterska varit anställd vars uppdrag främst riktat sig mot egna patientärenden i ordinärt boende. En översyn av demensvården pågår utifrån de Nationella riktlinjerna - vård och omsorg vid demenssjukdom, vilket även inkluderar demenssjuksköterskans funktion.

Översynen förväntas vara klar under våren 2019 för att sedan fortsätta med ställningstagande till utvecklingsbehov.

Vidare har tre sjuksköterskor genomgått inkontinensutbildning för att bli behörig att utreda inkontinensproblematik och förskriva nödvändiga inkontinenshjälpmedel. Två arbetsterapeuter har genomgått utbildning i funktionellt sittande för att öka kunskapen kring individuell anpassning vid utprovning av rullstolar.

Under hösten 2018 inbjöds patienter och närstående till medborgardialog gällande FS verksamhetsområde samt hälso- och sjukvård där enhetschefer och representanter från verksamheten deltog.

För att öka kvalitén har implementeringen av rutin för lex Sarah (dnr 2018/49) har påbörjats. Under året har implementering av rutin för ÖJ, KKiK och brukarundersökningar (dnr 2017/659) genomförts. Respektive verksamhet inom socialtjänst och verksamhet som bedriver insatser enligt LSS har utifrån förbättringsområden lyft fram kvalitetsindikatorer.

### 3.1 Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivare fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet, vilket beskrivs i tjänsteföreskriften för systematiskt förbättringsarbete (dnr 2018/318). Riskanalyser ska genomföras fortlöpande och vara framåtblickande, det vill säga förebyggande. Riskanalyserna ska innefatta en bedömning av sannolikheten för att en händelse ska inträffa samt vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Inför förändringar i verksamheten som berör hälso- och sjukvård har under året arbetet med att genomföra riskanalyser påbörjats. Riskanalyserna genomförs utifrån Modell för risk- och händelseanalys (Sveriges kommuner och Landsting, SKL) och deltagare i analysen har baserats på förändringens art samt att fackliga representanter deltagit. Riskanalysens steg innefattar identifiering och bedömning av risker, bakomliggande orsaker, åtgärder, metod för uppföljning samt uppföljning. Kända riskanalyser som genomförts under året:

- Riskanalys inför sommarperioden 2018 (dnr 2018/901).
- Förändrad lagstiftning kring samverkan vid in- och utskrivning slutet hälso- och sjukvård (dnr 2018/1312).
- Låg arbetsterapeutbemanning utanför sommarperioden (dnr 2018/602).
- Bemanning av arbetsterapeut och fysioterapeut jul/nyår 2018 (dnr 2018/1276).

- Förändrade rekommendationer gällande kost och näring (dnr 2018/1332).
- Förslag till reducerad nattbemanning säbo (dnr 2018/1331).

Flera av riskanalyserna har hanterat risker som uppstår vid låg bemanning av legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Lärdomar i verksamheten efter att ha påbörjat arbetet med riskanalyser inför förändringar är att det finns ett behov av systematik vid genomförande, vilket inte ännu uppnåtts.

### **3.2 Utredning av händelser – vårdskador, kvalitetsbrister och missförhållanden**

*HSLF-FS 2017:40. 3 kap. 1 § 1 och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

All verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen är skyldiga att utreda händelser i verksamheten som har eller kunde ha medfört en allvarlig vårdskada (lex Maria). MAS och MAR utreder händelser (dnr 2018/650) när allvarlighetsgraden är hög/katastrofal eller betydande och/eller sannolikhetsgraden för att det ska inträffa igen är stor eller mycket stor samt vid händelse när medicinteknisk produkt är involverad. MAS och MAR beslutar om och anmäler händelsen enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under året har MAS utrett fyra händelser varav den sistnämnda bedömdes så allvarlig att anmälan enligt lex Maria till IVO genomfördes:

- Utredning av utebliven läkemedelsbehandling (dnr 2018/247).
- Utredning av sjuksköterskebemanning (dnr 2018/259).
- Klagomål gällande omhändertagande vid fallskada (dnr 2018/742).
- Utredning av bristande sjuksköterskemedverkan (dnr 2018/936).

Lärdomar utifrån de inträffade händelserna är vikten av att överrapportering av hemsjukvårdspatienter följer gällande rutin. En checklista för överrapportering ska upprättas i samverkan med Regionen för att särskilt säkra detta. Ytterligare lärdomar i verksamheten är att det tydliggjorts hur kontakt med närstående ska ske, hur omvårdnadsansvaret för sjuksköterska ska säkerställas vid längre frånvaro än fem dagar, hur överrapportering av sjuksköterska till ambulanspersonal ska ses till samt på vilket sätt ordinationer av syrgasbehandling ska hanteras.

Verksamhet som bedrivs enligt SoL eller LSS har skyldighet att rapportera och utreda samt avhjälpa och undanröja missförhållanden och påtagliga missförhållande enligt lex Sarah (SOSFS 2011:5). Lex Sarahrapporter utreds av den som respektive verksamhetschef inom stöd, vård och omsorg (SVO), funktionsstöd (FS) och individ- och familjeomsorg (IFO) har utsett (dnr 2018/249). Verksamhetschef beslutar om och anmäler händelse enligt lex Sarah till IVO.



Under 2018 har 11 rapporter enligt lex Sarah diarieförts varav två rapporter avsåg samma händelse. Av dessa 11 rapporter bedömde verksamhetschef att tre rapporter skulle utredas vidare. Ingen av utredningarna har föranlett anmälan till IVO. Jämförelsevis under 2017 rapporterades 17 lex Sarah och under 2016 två rapporter.

En utredning i slutet av 2017 bedömdes så allvarlig att anmälan enligt lex Sarah till IVO genomfördes under början av 2018.

- Anmälan enligt lex Sarah, barn och unga IFO (dnr 2018/175).

Det finns i verksamheten fortfarande oklarheter kring vad som ska rapporteras eller inte enligt lex Sarah samt hur detta ska ske.

### **3.3 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

3.3.1 Åtgärder inom informationssäkerhet, behörighets- och loggkontroller  
De uppföljningar som genomförts under året gällande informationssäkerheten finns beskrivna i Uppföljning av internkontrollplan 2018-12-31 (dnr 2019/28) och har skett enligt Rutin granskning loggar Treserva (dnr 2017/421) och rutin för behörigheter i BAS verksamhetssystem (dnr 2018/537). Behörighets- och loggkontroll är genomförda vid två tillfällen enligt rutin i respektive verksamhet. En anmärkning är funnen vid loggkontroll inom SVO men ingen åtgärd bedömdes nödvändig efter analys. För HS, FS och IFO är loggkontrollen utan anmärkning.

Riskanalysen i Uppföljningen av internkontrollplanen 2018-12-31 har under året riskbedömts på nytt. Med rutiner för systematisk behörighet- och loggkontroll bedöms risken för brister i informationssäkerhet lägre för 2019.

Åtgärder som vidtagits under året för förbättring av informationssäkerheten är övergripande informationsgenomgång för enhetschefer i förvaltningen gällande informationssäkerhet och hantering av personuppgifter. Under året har rutin för behörighet upprättats i syfte att säkerställa den enskildes integritet genom att begränsa behörighet. Under 2019 ska enligt Verksamhetsplan 2019 Välfärdsnämnden (dnr 2019/1) 85 % av medarbetarna genomgå utbildning i hantering av personuppgifter och informationssäkerhet.

#### 3.3.2 Journalgranskning

##### **Hälso- och sjukvård**

Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) är MAS och MAR ansvariga för att hälso- och sjukvårdspersonalen för journaler i den omfattning som beskrivs i patientdatalagen (2008:355) och föreskrift (2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Detta kontrolleras genom att utföra journalgranskning av slumpvis utvalda journaler, på ett i förväg bestämt och strukturerat sätt.

MAR har genomfört journalgranskning (dnr 2018/799) vilket omfattade 15 % patientjournalerna upprättade av arbetsterapeut och fysioterapeut vid angivet datum. Samtliga granskade planer hade problemformulering, mål och insatser dokumenterade vilket visar att upprätta och dokumentera i vårdplaner är väl förankrat. Granskningen visar också på delar som kan förbättras, så som exempelvis tidsbestämda uppföljningar utifrån patientens behov.

MAS har genomfört journalgranskningen inom område hemsjukvård (dnr 2018/755) med ett urval per område på 10 % av samtliga hemsjukvårdspatienter hos distriktssjuksköterska, totalt 37 patienter.

Resultat visar att samtliga patienter hade aktuell vårdplan och dokumenterad målsättning med läkemedelshanteringen. Av de granskade journalerna fanns i 12 av dessa angivet att uppföljning ska ske genom kontroll av signeringslistor och i 11 av journalerna att uppföljning var utförd.

Resultaten av journalgranskningen har återförts av MAR och MAS till hälso- och sjukvårdens verksamhetschef, enhetschefer och legitimerad personal. Verksamheten ansvarar för att uppmärksammade brister åtgärdas.

### **Socialtjänst**

Inom FS, IFO och SVO är ingen journalgranskning utförd under året, SVO har påbörjat arbetet och resultat kommer att presenteras för 2019.

## **4 Resultat och analys**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### **4.1 Egenkontroll**

#### **4.1.1 Aktuella delegeringar**

Enligt statistikuttag från verksamhetssystemet (dnr 2019/130) finns totalt 815 aktuella delegeringar gällande uppgiften att administrera iordningställd dos vilket innehas av 763 stycken omvårdnadspersonal. Det innebär att det finns omvårdnadspersonal som har uppgiften delegerad av fler än en sjuksköterska. Uppgiften har delegerats av 27 sjuksköterskor.

Antalet aktuella delegeringar för sjuksköterskor inom område hemsjukvård varierar mellan 28 till 85 delegeringar per sjuksköterska och inom säbo mellan 12 till 32 delegeringar per sjuksköterska.

Antalet aktuella delegeringar gällande Transkutan nervstimulering (TENS) varierar mellan 0 till 33 delegeringar per fysioterapeut. Arbetsterapeuterna hade inga delegerade arbetsuppgifter vid statistikuttaget.

#### **4.1.2 Blåsdysfunktion**

Blåsdysfunktion kan innefatta exempelvis urinläckage, trängningar och svårigheter att tömma blåsan. Genom förebyggande information och kunskap, utredning, behandling och individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel kan problemen förhindras, lindras och i vissa fall botas.

Möjlighet ska finnas att gå på toaletten dygnet runt och få toalettassistans vid behov. För att utreda problematiken genomförs en basal inkontinensutredning av sjuksköterska med specifik kompetens. Under 2017 implementerades Guide, ett IT baserat beslutsstöd som stöd vid utredning och val av inkontinensprodukt.

Målet för 2018 var att basal inkontinensutredning skulle föregå förskrivning av inkontinenshjälpmedel för samtliga (100 %) på säbo och minst hälften (50 %) inom hemsjukvården. Resultatet från säbo baseras på uppgifter från kvalitetsregistret Senior Alert (dnr 2019/212) vilket visar på 51 aktuella basala inkontinensutredningar under 2018 vilket motsvarar 23 % av 223 boendeplatser. Med stor sannolikhet är det faktiska antalet basala inkontinensutredningar på säbo högre, vilket innebär att registreringar inte skett i Senior Alert då förskrivarstödet Guide istället används. Ansatsen var att statistikuttaget skulle ske via Guide vilket senare visade sig inte möjligt och därför kan inte måluppfyllelsen utvärderas.

Något resultat från hemsjukvården kan inte redovisas då uppgifter om basala inkontinensutredningar inte förts in i kvalitetsregistret Senior Alert. Antal basala inkontinensutredningar i säbo och hemsjukvård fortsätter följas.

#### 4.1.3 Tandvårdsstöd

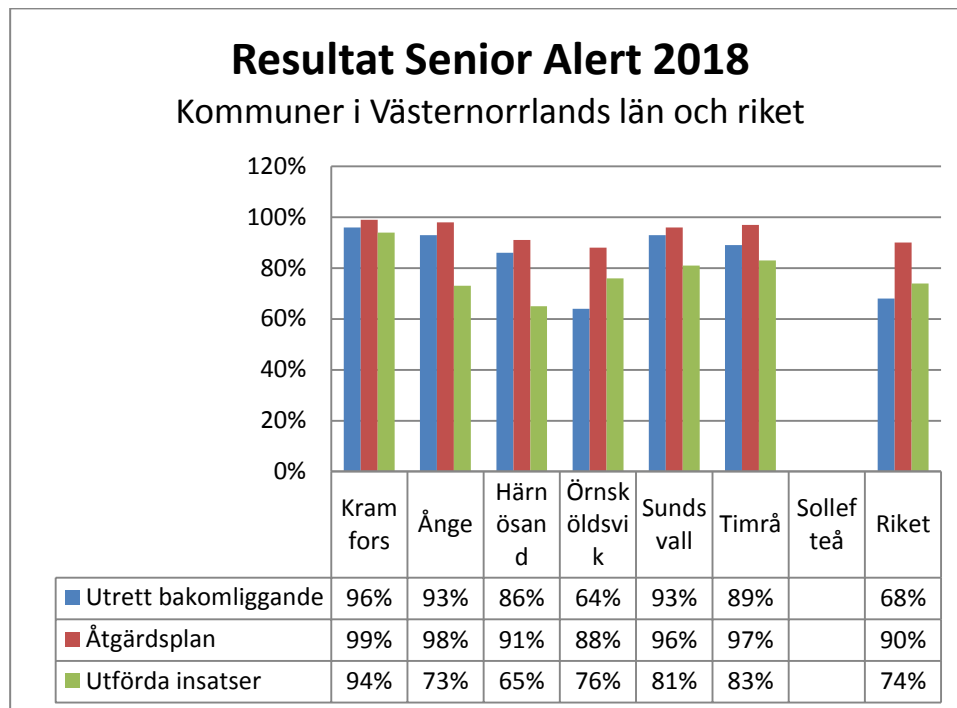
I överenskommelsen mellan länets kommuner och Regionens Vårdval fastslås ansvarsfördelningen gällande erbjudande om kostnadsfria munhälsobedömningar och utfärdande av intyg om nödvändig tandvård för personer med varaktiga behov och omfattande insatser av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Rutinen gällande ansvarsfördelning inom kommunen har reviderats men antalet munhälsobedömningar har inte följts under 2018 och kan därför inte redovisas. Antal erbjudna munhälsobedömningar följs under 2019 enligt rutin.

#### 4.1.4 Senior Alert

Nationella kvalitetsregistret Senior Alert stödjer vårdprevention för personer över 65 år för att identifiera risker, förebygga vårdskador och ohälsa inom områden; risk för fall, undernäring, ohälsa i munnen, trycksår och inom säbo blåsdysfunktion. För att identifiera risker genomförs riskbedömningar och bakomliggande orsaker utreds, en åtgärdsplan upprättas och insatserna genomförs. Därefter följs insatserna upp och utvärderas.

En nulägesbeskrivning (dnr 2018/851) visar att vårdprevention enligt Senior Alert är ett väl etablerat arbetssätt inom säbo vilket kan relateras till att registrering pågått sedan 2010. Inom område hemsjukvård/hemtjänst och boende med särskild service påbörjades arbetet 2016 men är inte implementerat fullt ut. Fyra av åtta enheter inom hemsjukvård/hemtjänst är igång med arbetet och inom område boende med särskild service har arbetet på de två enheter som var igång avstannat.

Kramfors kommuns övergripande resultat i Senior Alert visar att i jämförelse ligger Kramfors högst i länet gällande omfattningen av utredning av bakomliggande orsaker, åtgärdsplan och utförda insatser. I förhållande till riket ligger Kramfors också högre.

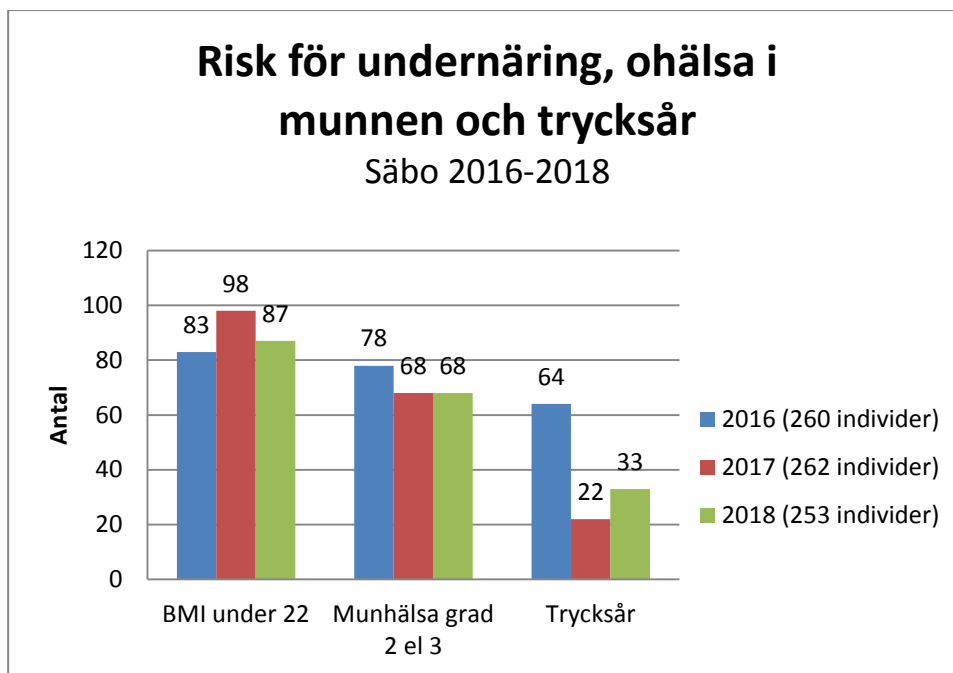


Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 2019-01-08

### Resultat kvalitetsregistret Senior Alert - särskilt boende för äldre (säbo)

Antalet registrerade riskbedömningar inom säbo var 253 stycken, vilket till antalet är detsamma som för 2016 och 2017. Det kan konstateras att andelen utredningar av bakomliggande orsaker har ökat från 88 % (2017) till 97 % (2018). Utredningen är viktigt för att identifiera vilka åtgärder patienten är i behov av. Andelen med upprättad åtgärdsplan har också ökat, från 97 % (2017) till 100 % (2018), vilket också är betydligt över riket. För att nå resultat är det av vikt att åtgärder inte bara planeras utan också utförs och andelen utförda planerade åtgärder har ökat från 89 % (2017) till 97 % (2018). Analyser från enheterna visar att riskbedömningar genomförs systematiskt och att teamet vanligtvis består av sjuksköterska och kontaktman men att teamet utökas vid behov.

Undernäring uppstår när en individ under lång tid förbrukar mer energi än vad intaget är. Andelen individer med risk för undernäring på säbo har minskat sedan föregående år, från 98 till 87 individer. Bakomliggande orsaker till risk för undernäring är sjukdom, avvikande ätbeteende och ökat energibehov. De vanligaste åtgärderna är mellanmål, minskad nattfasta och vägning. Enheternas analyser lyfter fram att insatser genomförts med syfte att måltiderna ska bli dagens höjdpunkt. Bemanning av personal vid måltiderna har anpassats efter behov, näringsberikning av mat sker efter behov och näringsriktiga mellanmål serveras.



Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 2019-01-08

Andelen med risk för ohälsa i munnen är detsamma som föregående år på säbo. Åtgärder som stöd med tandborstning, rengöring mellan tänder och protesrengöring motsvarar i hög grad bakomliggande orsaker till ohälsa i munnen. I enheternas egna analyser framkommer att munhälsobedömningar erbjuds och råden från Folktandvården ligger till grund för utförandet av munvård.

Ett trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad och är ett resultat av tryck och/eller skjuvning. Från år 2016 till 2017 skedde på säbo en stor minskning av antalet trycksår vilket då kunde relateras till utbyte av tryckförebyggande madrasser. Antalet trycksår på säbo har ökat från föregående år, ökningarna kan konstateras inom trycksårskategori 2, 3 och 4. Enheterna behöver analysera sitt resultat gällande bakomliggande orsaker till ökningarna. Antalet trycksår på säbo fortsätter följas.

Typ av trycksår	Antal 2018	Antal 2017	Antal 2016
Kategori 1 (hel hud med rodnad)	10	13	43
Kategori 2 (delhudsskada)	16	6	18
Kategori 3 (fullhudsskada)	7	3	0
Kategori 4 (djup fullhudsskada)	1	0	3
<b>Totalt</b>	<b>33</b>	<b>22</b>	<b>64</b>

Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 2019-01-08

De vanligaste bakomliggande orsakerna till risk för trycksår är att huden utsätts för tryck och minskat födointag. De vanligaste åtgärderna är daglig bedömning av huden, minska nattfastan och bruk av tryckutjämnade underlag vilket svara väl mot bakomliggande orsaker. Enheternas egna analyser lyfter fram att utbyte av tryckavlastande madrasser varit effektivt och att arbeta med dagliga kontroller av huden och därmed identifiera behov i tidigt skede.

Ett fall är en händelse där en person oavsiktligt hamnar på golvet/marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Antalet fall på säbo ökar varje år, det flesta antalet fall inträffar under eftermiddagen och kvällen. De bakomliggande orsakerna är i hög grad relaterade till sjukdomar, förvirring, desorientering, oro eller upprördhet samt nedsatt balans och rörelsemönster. Flera enheter beskriver att någon eller några individer står för ett stort antal fall enskilt. Vidtagna åtgärder svarar till viss del mot bakomliggande orsaker. Enheternas egna analyser visar att arbetssättet med att genomföra fallriskbedömningar, genomföra åtgärder och följa upp är väl förankrat. Några enheter uttrycker att arbetsterapeut och fysioterapeut blivit mindre involverad i det fallförebyggande arbetet under senare år. Vidare beskrivs att förutom individuella fallförebyggande åtgärder genomförs förändringar på gruppnivå, exempelvis lyfts förändringar i fysisk miljö och arbetssätt fram. Enheterna uppger till stor del att fallavvikelse utreds, analyseras och återrapporteras till verksamheten. Ytterligare analys kring fall återkommer under avsnitt avvikelsehantering hälso- och sjukvård.

### **Resultat kvalitetsregistret Senior Alert - Hemsjukvård**

Antalet registrerade riskbedömningar inom hemsjukvården uppgick 2018 till 59 stycken vilket är i samma nivå som föregående år (55 stycken). Även om riskbedömningar utförs i liten skala i hälften av hemsjukvårdsområdena så kan det konstateras att de ärenden som varit aktuella följt processen till stor del. Andelen utredningar av bakomliggande orsaker ha ökat från 81 % (2017) till 93 % (2018) och andelen upprättade åtgärdsplaner har ökat från 87 % (2017) till 94 % (2018). Dock kan det konstateras att andelen genomförda insatser minskat från 82 % (2017) till 71 % (2018). I de områden där arbetet är igång beskrivs i analyserna att sjuksköterska och Senior Alertombud genomför riskbedömningar och vid behov utökas teamet. Även inom hemsjukvården beskrivs att det finns några individer inom varje enhet som står för ett stort antal fall enskilt. Insatser med god effekt för att minska fall beskrivs i analysen vara läkemedelsgenomgångar och miljöanpassning. Fallavvikelse tas upp och diskuteras vid verksamhetsträffar.

### **Resultat kvalitetsregistret Senior Alert – Funktionsstöd (FS)**

Inom område FS kan det konstateras att arbetet med Senior Alert har avstannat i kvalitetsregistret. Analys från en enhet visar att risker som konstaterats och åtgärder som har genomförts diskuteras kontinuerligt vid verksamhetsträffar.

Sammanfattningsvis kan det konstateras samma resultat som föregående år, att på säbo sker arbetet med kvalitetsregistret Senior Alert systematiskt i hög utsträckning. Inom område hemsjukvård pågår arbetet i hälften av områden, ingen utökning av omfattningen har skett under 2018 och i område FS har arbetet i kvalitetsregistret avstannat. Genomförd nulägesbeskrivning ger en bild av verksamhetens upplevda behov av stöd och under slutet av 2018 har arbetet med upprättande av rutin för vårdprevention enligt Senior Alert påbörjats.

Förslag på åtgärder och förbättringar:

- Fastställa rutin för arbetssätt enligt Senior Alert, implementering i verksamheten under 2019.
- Antalet registreringar i Senior Alert ska öka inom område hemsjukvård och FS.
- Enheterna inom säbo, hemsjukvård och FS ska analysera sitt resultat årligen och vidta förbättrande åtgärder.
- Antalet trycksår (kategori 2-4) ska minska på säbo.

#### **4.1.5 Svenska HALT**

Folkhälsomyndighetens HALT (Healthcare Associated infections in Long Term care facilities) mätning sker årligen valfri dag under vecka 46-47 och mäter riskfaktorer och förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI) samt antibiotika användning på säbo.

Resultatet av mätningen i Kramfors kommun 2018 avsåg 199 personer (135 kvinnor och 64 män), varav 154 var över 80 år och av dessa var 117 över 85 år. Av samtliga (199) registrerades tre personer (1 %) med en konstaterad VRI vilket i jämförelse är i samma nivå som Riket. Fyra personer (2 %) hade antibiotikabehandling vilket också i jämförelse är i samma nivå som Riket. Förekomst av VRI och antibiotikabehandling var i samma nivå som 2017.

Kända riskfaktorer för VRI är bland annat katetrar, sår och ingrepp. När det gäller riskfaktorn urinkateter är det högre förekommande i Kramfors (14,1 %) än i Riket (9,6 %). Förekomst av katetrar fortsätter följas. Andra sår är också mer vanligt förekommande i Kramfors (11,1 %) än i Riket (9,3 %). Däremot har Kramfors lägre förekomst av trycksår än Riket.

Risikfaktorer VRI och antibiotikabehandling	Kramfors 2016	Kramfors 2017	Kramfors 2018	Riket 2018
Urinkateter	11,6 %	9,9 %	14,1 %	9,6 %
Kärlkateter	0,4 %	0 %	0,5 %	0,3 %
Trycksår	4,9 %	0,5 %	2,0 %	4,5 %
Andra sår	4,0 %	6,0 %	11,1 %	9,3 %
Kirurgiskt ingrepp	0,4 %	2,2 %	1,5 %	2,3 %

Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert, 2019-01-14

Sammanfattningsvis kan det konstateras att Kramfors har låg förekomst av VRI och antibiotikabehandling men att flera av riskfaktorerna är höga, bland annat förekomst av urinkatetrar.

Förslag på åtgärder och förbättringar:

- Verksamheten uppmärksammas på den höga andelen av förekomst av urinkateter och säkerställa att bakomliggande orsaker till läkarordinationer är fastslagna för att säkerställa kvalitén på katetervården.
- Revidering av styrdokument gällande blåsdysfunktion under 2019.

#### 4.1.6 BPSD-registret

Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och/eller sömnstörningar vilket förekommer, i större eller mindre utsträckning, hos 90 % av alla personer med demenssjukdom. Observation av symtom sker utifrån en skattningsskala Neuropsychiatric Inventory Scale - Nursing Home (NPI-NH) som mäter hur ofta symtom förekommer och hur det påverkar den enskilde. Detta sammantaget poängsätts (NPI poäng) och tänkbara orsaker till symtomen analyseras med stöd av en checklista och individanpassade åtgärder sätts in. En bemötandeplan utformas som beskriver hur mötet mellan personal och den enskilde med demenssjukdom ska ske för att minska eller förebygga BPSD symtom. Målsättningen med insatta åtgärder och bemötandeplan är att minska lidandet och öka livskvalitén för personer med demenssjukdom.

Kramfors införde BPSD-registret 2012 och i dagsläget används arbetssättet på samtliga enheter på säbo förutom vid en enhet. För att kunna arbeta aktivt med registret krävs utbildade BPSD-team bestående av omvårdnadspersonal, legitimerad personal och enhetschef på respektive enhet. Aktiviteten i vissa av teamen har genom åren blivit lägre på grund av personalomsättning och att kommunen har saknat egna utbildare. Under 2017 genomgick två sjuksköterskor certifikatsutbildning vilket innebär att kommunen själva kan utbilda.



Resultatet i BPSD redovisas i form av grunddata som innefattar antal registreringar, ålder och diagnos men även vårddata i form av NPI-NH poäng, åtgärder och läkemedel. I systemet finns också visualiseringsstöd för att enheterna lättare ska kunna analysera sina resultat.

#### Resultat

Under 2018 har sju team utbildats samt kompletteringsutbildning genomförts till nya administratörer (omvårdnadspersonal) och MAS.

År	Antal patienter:	Antal registreringar BPSD:
2018	114	139
2017	121	107
2016	113	135
2015	113	240

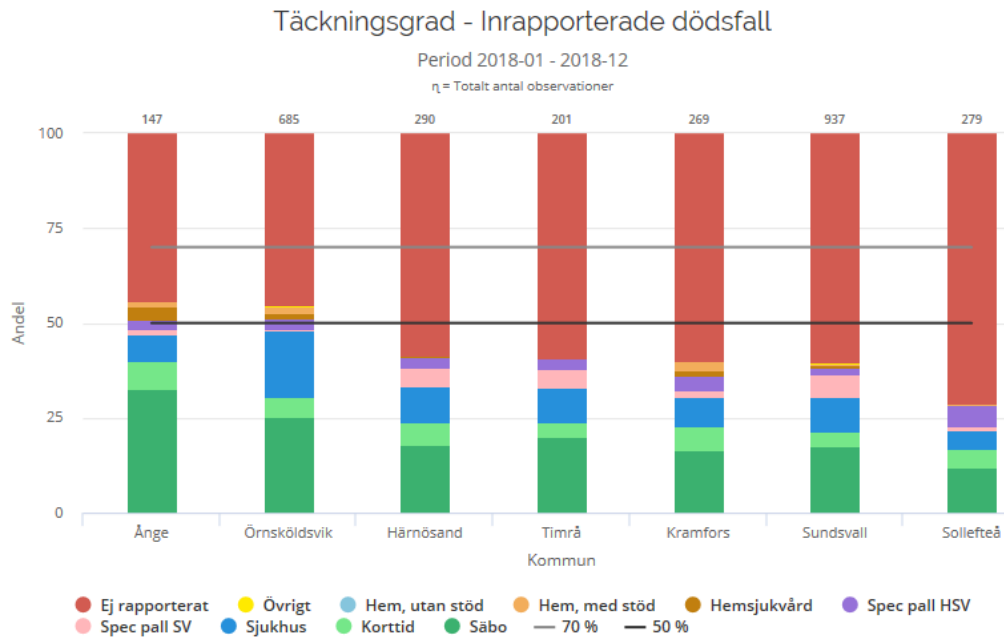
Källa: BPSD-registret, 190207.

Förslag till åtgärder och förbättringar:

- Öka antalet registreringar i BPSD-registret
- På övergripande nivå följa resultat
- Att verksamheten följer och analyserar sina egna resultat

#### 4.1.7 Svenska Palliativregistret

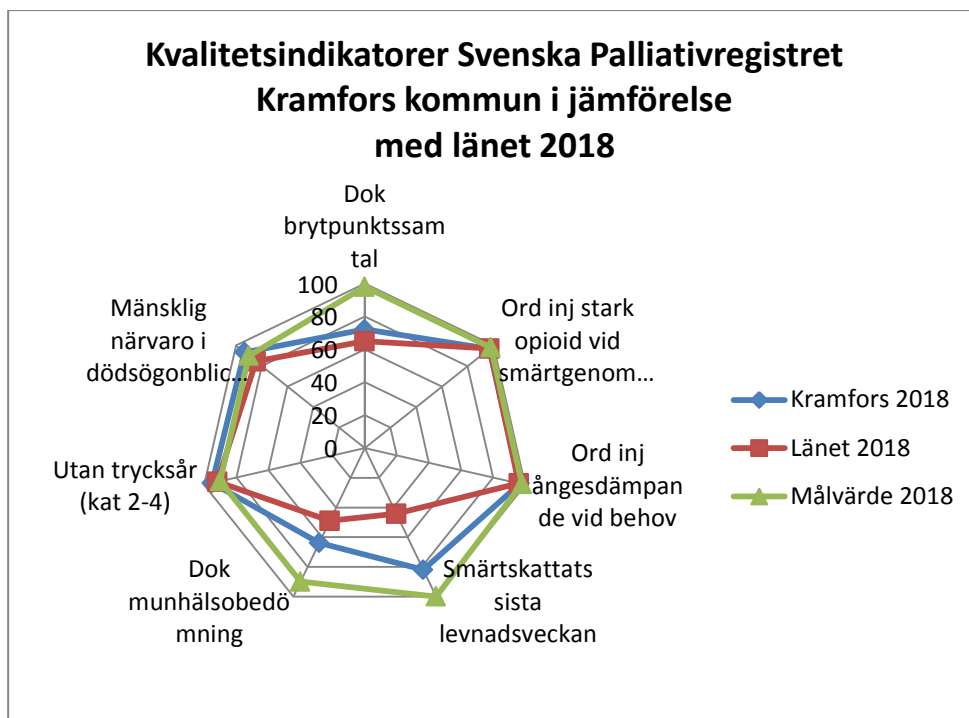
Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en patients slutskede i livet varit, baserat på Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer. Registreringen i Kramfors kommun genomförs av sjuksköterska. Den förväntade täckningsgraden av registreringar är 70 % av dem som avlider, registrering genomförs endast vid förväntat dödsfall. Täckningsgraden för 2018 har i Kramfors kommun varit 40 % i jämförelse med 2017 då täckningsgraden var 20 % och i länet var täckningsgraden 43 % under 2018. Under 2018 förändras innehållet i rapporteringsunderlaget till registret vilket medför att jämförelse mellan 2018 och tidigare år inte är fullt ut jämförbara.



Källa: Svenska Palliativregistret 2019-02-05

I Kramfors kommun registrerades 61 förväntade dödsfall (34 kvinnor och 27 män) i Svenska Palliativregistret. Registrering har framför allt skett inom säbo, samtliga enheter genomfört registreringar, dock i varierande omfattning. Även på korttidsenhet och inom hemsjukvården har registreringar skett.

Socialstyrelsen har fastställt målvärden för kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede vilket sammanställs i registret. Kramfors kommun når över målvärdet (90 %) gällande indikatorerna mänsklig närvaro i dödsögonblicket och undvikande av uppkomst av trycksår, kategori 2-4. Resultatet för vid behovsordination injektion stark opioid vid smärtgenombrott och injektion ångestdämpande vid behov ligger strax under målvärdet på 98 %.



Källa: Svenska Palliativregistret, 2019-02-05

Utvecklingsområden för Kramfors kommun är de indikatorer som ligger under det nationella målvärdet; smärtskattning sista levnadsveckan, dokumenterad munhälsobedömning och dokumenterat brytpunktssamtal. Samtliga av dessa områden var konstaterade som utvecklingsområden 2017. Dock kan en ökning av dokumenterade munhälsobedömningar ses sedan föregående år, från 53 % till 64 %.

Förslag till åtgärder och förbättringar:

- Öka antalet registreringar i registret.
- Utredda bakomliggande orsaker till resultaten som ligger under målvärdet gällande munhälsobedömningar och smärtskattningar sista levnadsveckan.
- Att verksamheten följer och analyserar sina egna resultat.

#### 4.1.8 Läkarmedverkan

Utifrån HSL ska Regionen tillsammans med kommunerna i Västernorrlands län avsätta läkarresurser för att erbjuda en god hälso- och sjukvård till de patienter som kommunen ansvarar för. Detta regleras i avtal (dnr 2016/434) och utifrån detta tecknas lokala överenskommelser. I Kramfors kommun ansvarar enhetschef på säbo och enhetschefer för hemsjukvården för att, tillsammans med omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på respektive enhet, teckna de lokala överenskommelserna årligen.

Enkätuppföljning sker årligen (dnr 2018/1218) för att följa patientsäkerheten i verksamheten gällande planering för och genomförande av läkarmedverkan vilket besvaras av de som tecknar överenskommelserna enligt ovan.

## Resultat:

Särskilt boende för äldre (säbo), enkät besvarad av 4/6 enheter

Utifrån de svar deltagande enheter angett fungerar läkarmedverkan väl och patienterna får den vård och behandling de har behov av. Avvikande är de uteblivna läkarkontrollerna/hembesöken i samband med årliga uppföljningar av behandling och läkemedelsgenomgångar på en av enheterna.

Hemsjukvård, enkät besvarad av 3/3 områden

Utifrån det som anges i uppföljningen så räcker den planerade och utförda tiden inte till för det som anges i avtalet om läkarmedverkan. Utifrån avtalet har patienter i hemsjukvården samma rättigheter till läkemedelsgenomgångar, uppföljning av behandlingsinsatser och hembesök utifrån behov som inom säbo. Inom samtliga områden uppges att den planerade tiden för att kunna utföra det som anges i avtalet är för liten i förhållande till det behov som finns. I ett område är läkarmedverkan så bristfällig att det utgör en stor risk för felbehandling/utebliven behandling till patienterna.

Förslag till åtgärd och förbättring:

- Återkoppla resultatet till hälsocentralerna i Kramfors kommun för dialog gällande avtalade tiden som avsätts till läkarmedverkan inom hemsjukvård.

### 4.1.9 NU-lägesmätning läkemedel

Varje år genomför länets kommuner i samarbete med Regionens läkemedelsenhet en mätning, NU-läges analys (dnr 2019/172). I mätningen följs läkemedelsbehandling för äldre genom att mäta förekomst av olämpliga läkemedel eller läkemedelskombinationer. Hur adekvat behandling är av antipsykotiska läkemedel, sömnläkemedel och antiinflammatoriska läkemedel följs också. Även antal genomförda symtomskattningar av sjuksköterska inför fördjupade läkemedelsgenomgångar mäts.

Läkemedelsgenomgångar och mätningar i NU-lägesanalysen är medel och verktyg att nå resultat inom området. Sedan 2014 omfattas även hemsjukvårdspatienter av mätningen, urvalet sedan 2017 är de patienter som har hjälp med läkemedelshantering av hemsjukvården och är äldre än 75 år.

Det kan konstaterats att andelen olämpliga läkemedel minskat över tid, för att de senaste åren avstannat och bibehållit en jämn nivå. Om det beror på att den nivån motsvarar den nivå som det finns ett faktiskt, medicinsk behov av eller om det beror på annat är inte klarlagt. Det är inte samma patienter år från år som deltar i mätningen.

#### Analys av resultat:

Olämpliga läkemedel: Inom såväl hemsjukvård som på säbo var andelen olämpliga läkemedel i princip oförändrat mot föregående år, variationerna är små. Vad som kan ses är en minskning av laxermedel med ca 10 % både inom hemsjukvård och säbo jämfört med 2017 då det hade ökat med ungefär den siffran. Även detta kan vara en normal variation då inte patienterna är detsamma år från år.

Symtomskattning: På säbo har 83 % erhållit en symtomskattning inför fördjupad läkemedelsgenomgång vilket var samma resultat som 2017 (83 %). Läkemedelsgenomgångar genomförs på samtliga säbo.

Inom hemsjukvården har 27 % erhållit en symtomskattning inför fördjupad läkemedelsgenomgång vilket är något lägre än 2017 (29 %). Däremot genomförs läkemedelsgenomgångar systematiskt endast på ett område. Samtliga sjuksköterskor inom hemsjukvården har angett i enkät för uppföljning av läkarmedverkan (dnr 2018/1218) att den avsatta läkartiden är för knapp för att hinna med ens det fortlöpande arbetet i samband med läkarkontakterna och att det är en stor orsak till att läkemedelsgenomgångar inte har genomförts.

#### Förslag på åtgärder och förbättringar:

- Återkoppla resultatet till hälsocentralerna i Kramfors kommun för dialog gällande avtalade tiden som avsätts till läkarmedverkan inom hemsjukvård.
- Öka antalet symtomskattningar inför fördjupad läkemedelsgenomgång inom hemsjukvården under förutsättning att tiden för läkarmedverkan utökas till att motsvara behovet.

#### 4.1.10 Läkemedelshantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, HSLF-FS 2017:37, som trädde i kraft 1 januari 2018 förtydligas att extern granskning av läkemedelshantering ska genomföras årligen. Under 2017 genomfördes extern granskning på två av kommunens säbo och detta fick vara utgångsläge inför det förtydligade kravet i föreskriften om extern granskning. Under 2018 har ingen sådan granskning genomförts då det länsövergripande avtalet löpte ut och en ny upphandling påbörjades som inte var avslutad innan årets utgång. I stället har det arbetats vidare med de brister som framkom vid granskningen 2017. Det gäller främst läkemedelsförvaring hos patienterna då läkemedelsskåpen i stor utsträckning är av bristande kvalitet och säkerhet. En prioritering och handlingsplan för utbyte har upprättats (dnr 2018/264).

Förslag på åtgärd och förbättring:

- Extern granskning ska genomföras utifrån nytt avtal.

#### 4.1.11 Vårdhygienisk expertis

Kommunen har genom avtal med Region Västernorrland tillgång till vårdhygienisk expertis (hygiensjuksköterska) i omfattningen 10 %.

Hygiensjuksköterska genomför utbildningar på uppdrag av verksamhetschef och MAS.

Under 2018 har utbildning av enhetschefer inom hemtjänsten genomförts gällande basala hygienrutiner. Vårdhygien har också genomfört handledning och insatser i samband med sittutbrott inom hemtjänsten.

#### **Smittutbrott**

Magsjukutbrott har rapporterats från tre enheter (dnr 2018/297). På enhet ett har åtta patienter och nio personal insjuknat. På enhet två har 24 patienter insjuknat och 31 personal och på enhet tre har tre patienter och två personal insjuknat. Utbrott av skabb har rapporterats från två enheter inom hemtjänst (dnr 2018/1049) där det sammanlagt är tre patienter och fyra personal som konstateras med skabb och erhållit behandling. Ett flertal personal har därutöver behandlats utifrån företagshälsovårdens rekommendationer för skabb. Utbrottsfrekvensen fortsätter följas.

Hygiensjuksköterska genomför under 2019 hygienronder på säbo samt deltar vid eventuella smittutbrott.

#### 4.1.12 Uppföljning av patientsäkerheten under sommarperioden 2018

Uppföljning av patientsäkerheten under sommarperioden (dnr 2018/901) genomfördes via enkät vilket besvarades av legitimerad personal, enhetschefer för legitimerad personal och enhetschefer som i sin verksamhet har omvårdnadspersonal som utför ordinerade och/eller delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Inom hemsjukvården uttrycker 64 % av sjuksköterskorna att patientsäkerheten under perioden varit bristande vilket av sjuksköterskorna relateras till låg sjuksköterskebemanning under perioden. Av enhetschefer inom hemtjänsten uttrycker 33 % att patientsäkerheten varit bristande vilket relateras till språkförbistringar hos omvårdnadspersonal.

Det framkommer från samtliga verksamheter att hälso- och sjukvårdsuppgifter inte kunnat delegeras på grund av språkförbistringar hos omvårdnadspersonalen. Detta i kombination med, från enhetschefer, upplevda brister i delegeringsförfarandet har lett till att sjuksköterskor, främst inom hemsjukvården för att säkerställa patienternas behov har behövt utföra arbetsuppgifter som vanligtvis utförs av omvårdnadspersonal. Språkförbistringar i kombinationen med låg bemanning av legitimerad personal har lett till fördröjning av ärenden, brister i dokumentation och bortprioriteringar.

Under sommarperioden har inga avvikelser om allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada rapporterats till MAS eller MAR.

Förslag på åtgärder och förbättringar:

- Säkerställa att det finns tillräcklig bemanning av legitimerad personal för att säkerställa patientsäkerhet under sommarperioden.
- Gemensam riskanalys, HS, SVO och FS, inför sommarperioden.
- Säkerställande av delegeringsförfarandet.

#### 4.1.13 Funktionskontroll av tryckförebyggande madrasser kategori 2

På säbo har rutin för funktionskontroll av tryckförebyggande madrasser införts vilket innebär att sjuksköterska två tillfällen per år bedömer madrassens funktion. Genomförda funktionskontroller visade på ett behov av utbyte av 97 madrasser som till största del bytts ut under året, ett fåtal byts ut under början av 2019.

Förslag till åtgärd och förbättring:

- Fortsatt funktionskontroll av tryckförebyggande madrasser två gånger per år enligt rutin.

## 4.2 Avvikelser

### 4.2.1 Avvikelser i vårdkedjan

Totalt har 36 avvikelser i vårdkedjan registrerats under året vilket är samma antal som 2017. Av dessa är 29 avvikelser utgående till Regionen, framför allt specialistsjukvård men även till primärvård. Flera av avvikelserna innefattar mer än en uppmärksamman brist/avsaknad.

Den största delen av utgående avvikelser avser ett geografiskt hemsjukvårdsområde och är företrädesvis upprättad av sjuksköterska i hemsjukvården, men även av andra yrkeskategorier såsom enhetschef inom hemtjänst, biståndshandläggare, arbetsterapeut och fysioterapeut. Inga utgående avvikelser i vårdkedjan har rapporterats från säbo. Avvikelseerna omfattar framför allt brister i informationsöverföring, bristande/avsaknad av ordinationshandlingar och brister i hantering av kommunikationssystemet Prator.

Avvikelse i vårdkedjan utgående	Antal
Informationsöverföring, rapport saknas/uteblivit	9
Brister eller avsaknad av information i Prator	6
Bristfällig eller avsaknad av ordinationshandling	6
Receipt saknas	4
Medicinsk-, omvårdnads- eller rehabiliteringsepikris saknas	3
Fel ärendegång vid röd SIP	2
Hjälpmedel saknas	2
Mottagningsbesöksblankett saknas	2
Totalt:	29

Källa: VF-diarium, 190107

Under året har sju avvikelser i vårdkedjan inkommit till kommunen från framför allt slutna hälso- och sjukvård. Det kan konstateras att det finns brister gällande återkoppling till rapporterande enhet och/eller att återkopplingen inte registrerats i diariet.

Avvikelse i vårdkedjan inkommit till kommunen:	Datum:	Åtgärder:
Brister i överrapportering	180625	Förändrade rutiner, HS
Brister i överrapportering	180913	Förändrade rutiner, HS
Patient ej ID märkt inför transport till sjukhus	181221	Ingen åtgärd, inget krav på ID märkning
Trycksår uppkommit i hemmet, brister i förskrivning av tryckutjämnade underlag	180611	Ej besvarad av HS
Ingen läkarkontakt i samband dödsfall	180723	Ej besvarad av HS
Hemtjänst har larmat ambulans utan ssk	180823	Ej besvarad av HS
Hemtjänsten har medtagit anteckningar från SSIH pärm	180219	Ej besvarad av SVO

Källa: VF-diarium, 190107

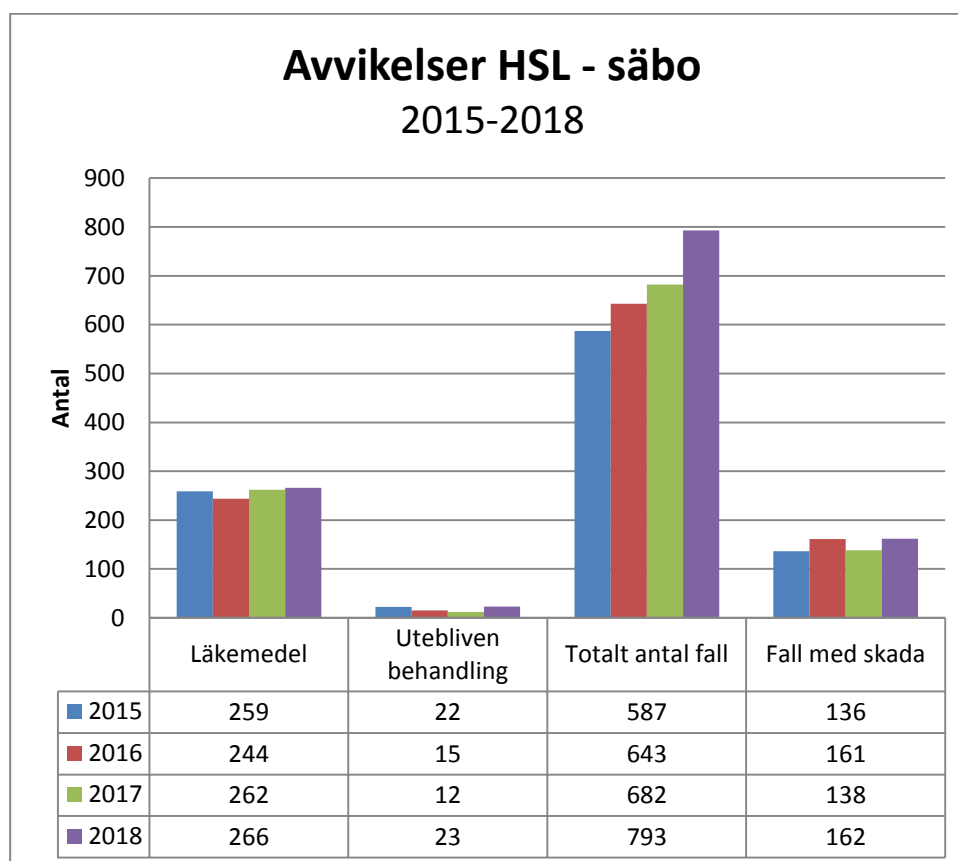


Förslag till åtgärder och förbättringar:

- Återkoppla resultatet i verksamheten gällande avvikelser i vårdkedjan.
- Arbeta systematiskt med avvikelser i vårdkedjan.

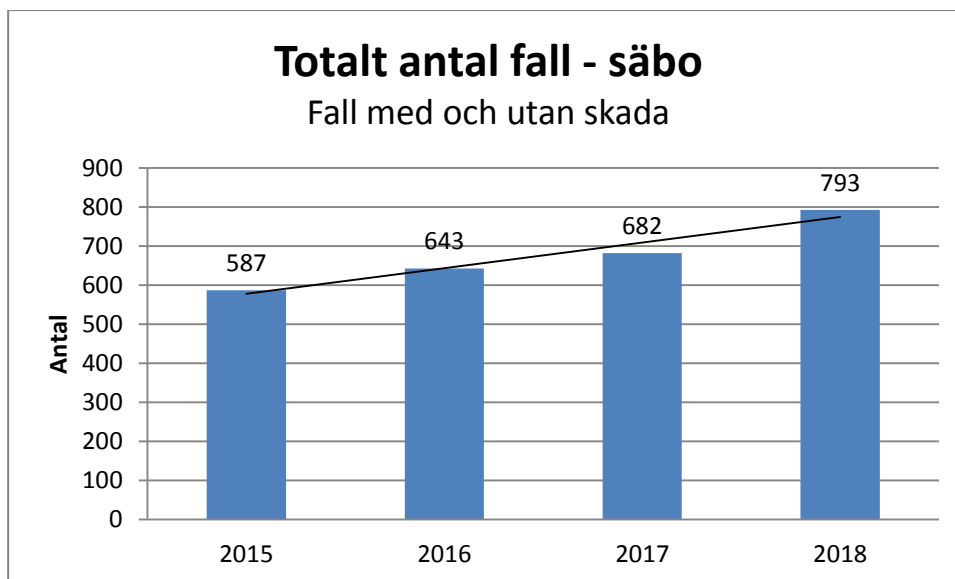
#### 4.2.2 Avvikelse hälsa- och sjukvård – särskilt boende för äldre (säbo)

I förhållande till föregående år har antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser ökat inom samtliga områden inom säbo. Den vanligaste förekommande avvikelserna är, sedan flera år tillbaka, fall utan uppkomst av skada.



Källa: Verksamhetssystemet Treserva, 2019-01-09

Antalet läkemedelsavvikelser inom säbo är i samma nivå som föregående år. Avvikelseerna handlar nästan uteslutande om missad given dos. I förhållande till det stora antalet ordinerade doser är dock avvikelserna förhållandevis små, dock är det nollvision som eftersträvas. Utebliven behandling har ökat sedan föregående år men är totalt sett få till antalet.



Källa: Verksamhetssystemet Treserva, 2019-01-09

Under 2018 rapporterades totalt 793 fall på säbo, varav 631 utan skada och 162 med skada. Fallen sker mer frekvent under eftermiddag och kväll. Antalet fall har ökat med 16,5 % i jämförelse med föregående år och antalet fall har ökat varje år sedan 2015. En analys på enhetsnivå visar att fem av nio enheter har ett ökat antal fall i jämförelse mot 2017, övriga fyra enheter visar på en minskning. En enhet står för en ökning på 131 % mot föregående år vilket motsvarar hälften av ökningen av fall totalt sett på säbo. En enskild individ uppges ramlad vid 61 tillfällen på den enheten.

Analysen från enheterna visar att fallriskbedömningar sker systematiskt av vanligtvis sjuksköterska och kontaktman. Vid behov utökar sjuksköterskan teamet, dock framkommer att arbetsterapeut och fysioterapeut deltar i mindre omfattning än tidigare i det fallförebyggande arbetet. Det kan vara relaterat till att tjänsterna för dessa yrkeskategorier inte varit fullt bemannat. I stort sett samtliga enheter beskriver en eller två patienter som själva står för ett stort antal fall och resterande fall bedöms som mer tillfälliga. Bakomliggande orsaker till fall på säbo är sjukdom, förvirring, desorientering, oro eller upprördhet samt nedsatt balans och rörelsemönster. De enheter som inte har riktade demensplatser uppger att högre antal personer med demenssjukdom eller demensliknande symtom bor på platser som inte är avsedda för personer med demenssjukdom. Det bekräftas av 2018 års uppföljning av förekomst av personer med demenssjukdom/symtom på säbo (dnr 2019/196).

De vanligaste vidtagna fallförebyggande åtgärderna så som assistans vid personlig vård (vanligaste) och läkemedelsgenomgång (tredje vanligaste) svarar väl mot bakomliggande orsaker. Personlarm återfinns som andra vanligaste åtgärd. Larm i sig minskar inte bakomliggande orsak till fall men kan vara en åtgärd som uppmärksammar personalen på den enskildes behov av stöd.

En inventering (dnr 2019/221) visar att förekomsten av sveplarm skiljer sig åt mellan olika enheter på säbo. På den enhet där sveplarm förekommer i störst omfattning används det till 67 % av de boende på demensenheten. En icke demensenhet har sveplarm i minst omfattning (4 %). Av de 27 boenden på enheten har 10 demensdiagnos och fyra uppvisar symtom. Skillnaden kan bero på de enskilda patienternas behov, lokaler och/eller arbetsätt.

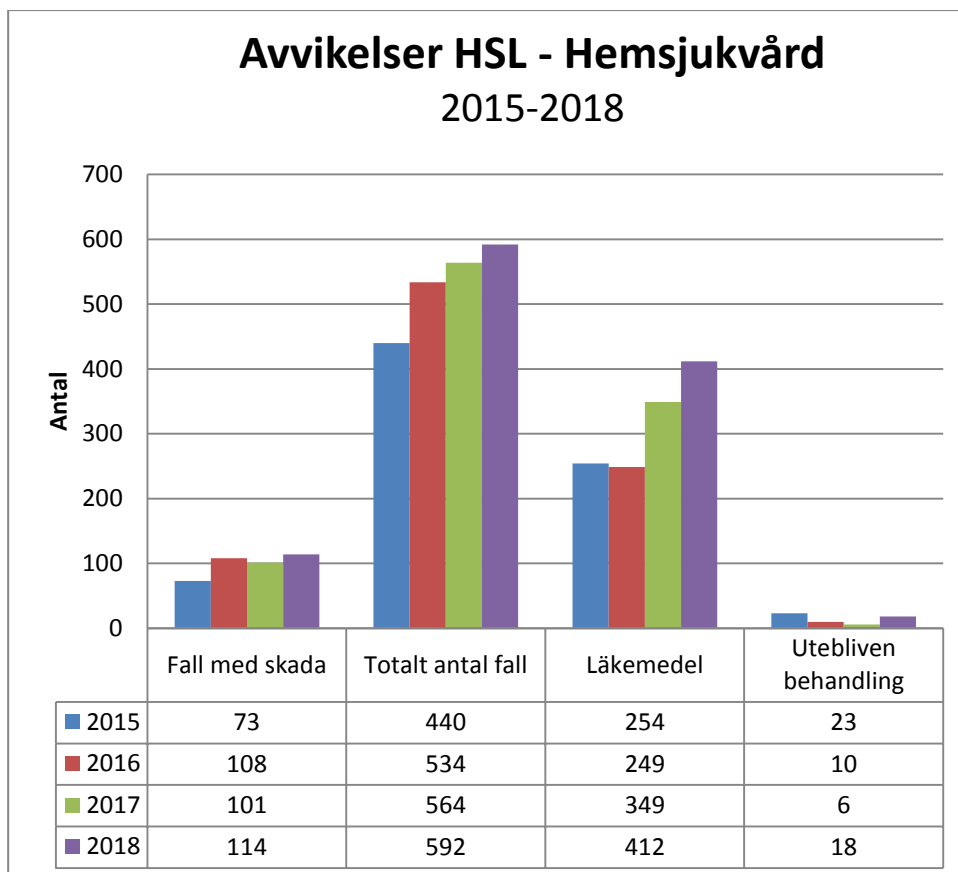
Balansträning återfinns först som nionde åtgärd trots att nedsatt balans och rörelsemönster är den tredje vanligaste bakomliggande orsaken till fall. Den låga förekomsten av balansträning skulle kunna relateras till mindre insatser i säbo av fysioterapeut men också av arbetsterapeut.

En av enheterna beskriver att förändringar i boendemiljön till mindre enheter i kombination med gott bemötande utifrån arbetet med BPSD resulterat i ett minskat antal fall och även en minskning av vandringsbeteenden och oro. Individuella bemötandepaner är en stor del av det fallförebyggande arbetet. Enheten relaterar också att fallen är få under dagtid till att personalen är mer närvarande och synliga i allmänna utrymmen vilket ger ett lugn. Personalen kan också tidigt uppmärksamma patienternas behov av exempelvis toalettbesök. Vidare beskriver enheterna att de systematiskt arbetar med avvikelser vid veckoträffar och arbetsplatsträffar där flera professioner deltar.

Andelen som ådrar sig en skada i samband med fall har ökat med 17 % mot föregående år. Vid statistikuttag från verksamhetssystemet kan det konstateras att typ av skada vid fall inte registrerats fullt ut utan enbart i hälften av avvikelserna. Vanligaste skadan i samband med fall är på säbo sårskada, blödning och smärta. Statistik visar att fem frakturer ådragits på säbo under 2018 varav ingen rapporterats till MAS eller MAR, vilket borde ha skett enligt gällande rutin.

#### 4.2.3 Avvikelser hälso- och sjukvård – Hemsjukvård

Även inom hemsjukvården är fall utan skada den vanligaste förekommande rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelsen. Det kan konstateras att antalet avvikelser ökat inom samtliga fyra områden vilket är förväntat på grund av ökad uppmärksamhet kring avvikelshantering. Antalet har ökat varje år sedan kommunen övertog ansvaret för hemsjukvården 2014.



Källa: Verksamhetssystemet Treserva, 2019-01-09

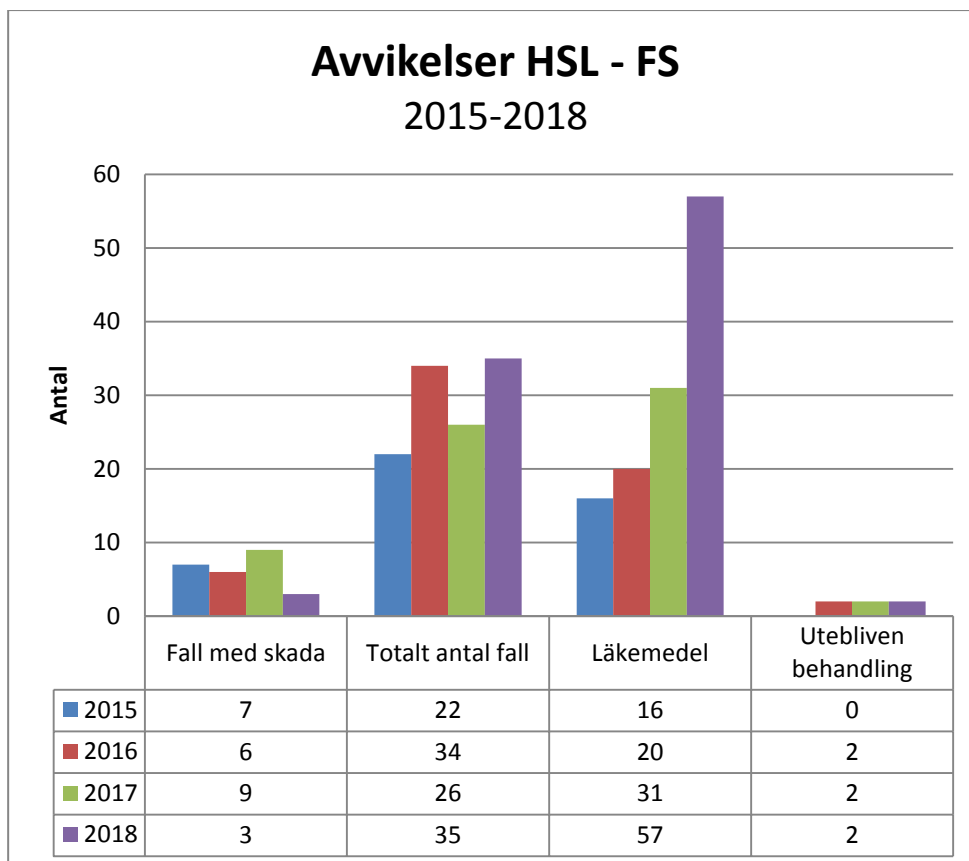
Den största ökningen av antalet rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser är läkemedel, vilket har ökat med 18 % sedan föregående år. En av läkemedelsavvikelserna har varit så allvarlig att den efter utredning lett till lex Maria anmälan till IVO (dnr 2018/247).

Antalet fall både med och utan skada har ökat något sedan föregående år. Vid statistikuttag från verksamhetssystemet kan det konstateras att typ av skada vid fall inte registrerats fullt ut inom område hemsjukvård. Vanligaste skadan i samband med fall är sårskada och blödning. Statistik visar att en fraktur ådragits under 2018 och inte rapporterats till MAS eller MAR, vilket borde rapporterats enligt gällande rutin.

Utebliven behandling har ökat sedan föregående år men är totalt sett till antalet relativt få. Inga analyser från verksamheten finns inrapporterade.

#### 4.2.4 Avvikelser hälso- och sjukvård – Funktionsstöd (FS)

Inom område FS är läkemedelsavvikelser den vanligaste förekommande. Läkemedelsavvikelserna har ökat med 84 % sedan föregående år, ökningen är till viss del förväntad utifrån att frågorna har uppmärksammats i verksamheten.



Källa: Verksamhetssystemet Treserva, 2019-01-09

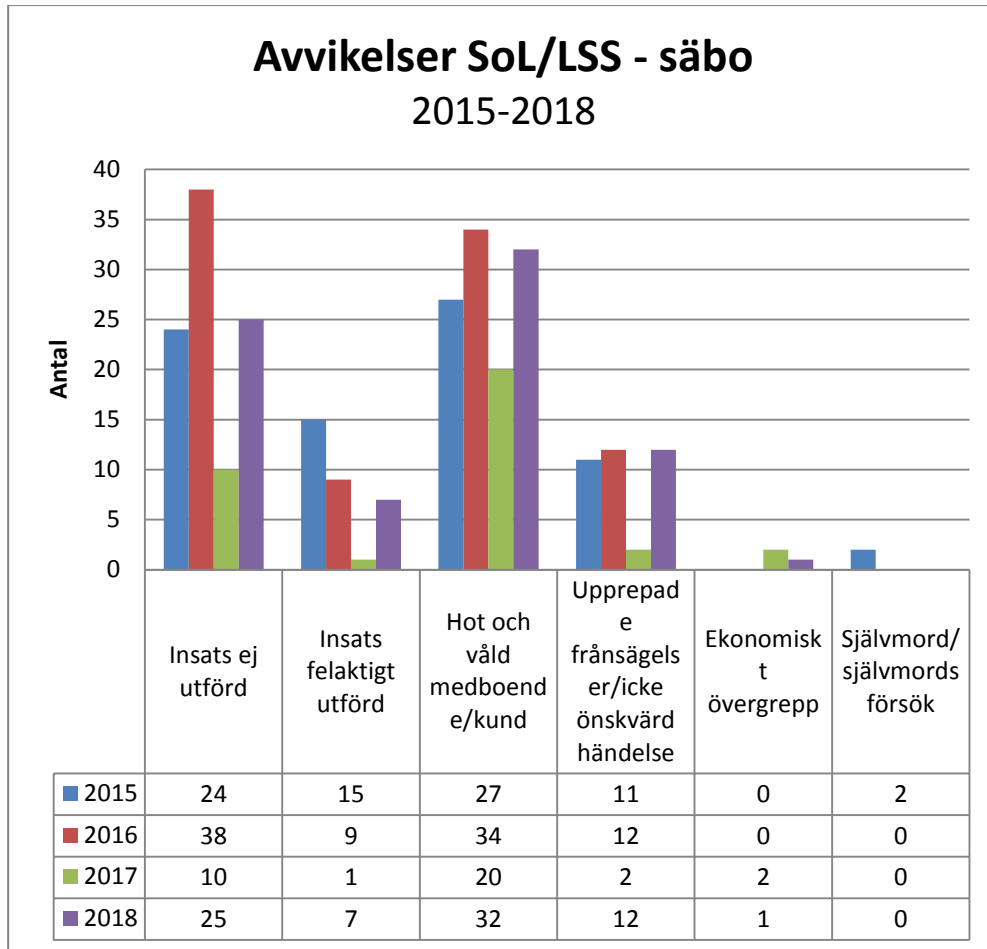
Antalet fallavvikelser utan skada har ökat medan fall med skada minskat. Inga tillräckliga analyser finns inrapporterade från verksamheten som helt kan påvisa anledning till ökningarna.

Förslag på åtgärder och förbättringar:

- Påbörja analys av avvikelser på enheterna inom FS och hemsjukvård under 2019.
- Genomgång av rutin för avvikelshantering i verksamheten. Vid utredning av avvikelser säkerställa att verksamheten rapporterar till MAS och MAR allvarliga händelser enligt rutin.
- Den negativa trenden av ökning av fall på säbo ska brytas.
- Enhet som haft en stor ökning av antalet fall får stöd i sina analyser av MAS och MAR.

#### 4.2.5 Avvikelser SoL/LSS – Särskilt boende för äldre

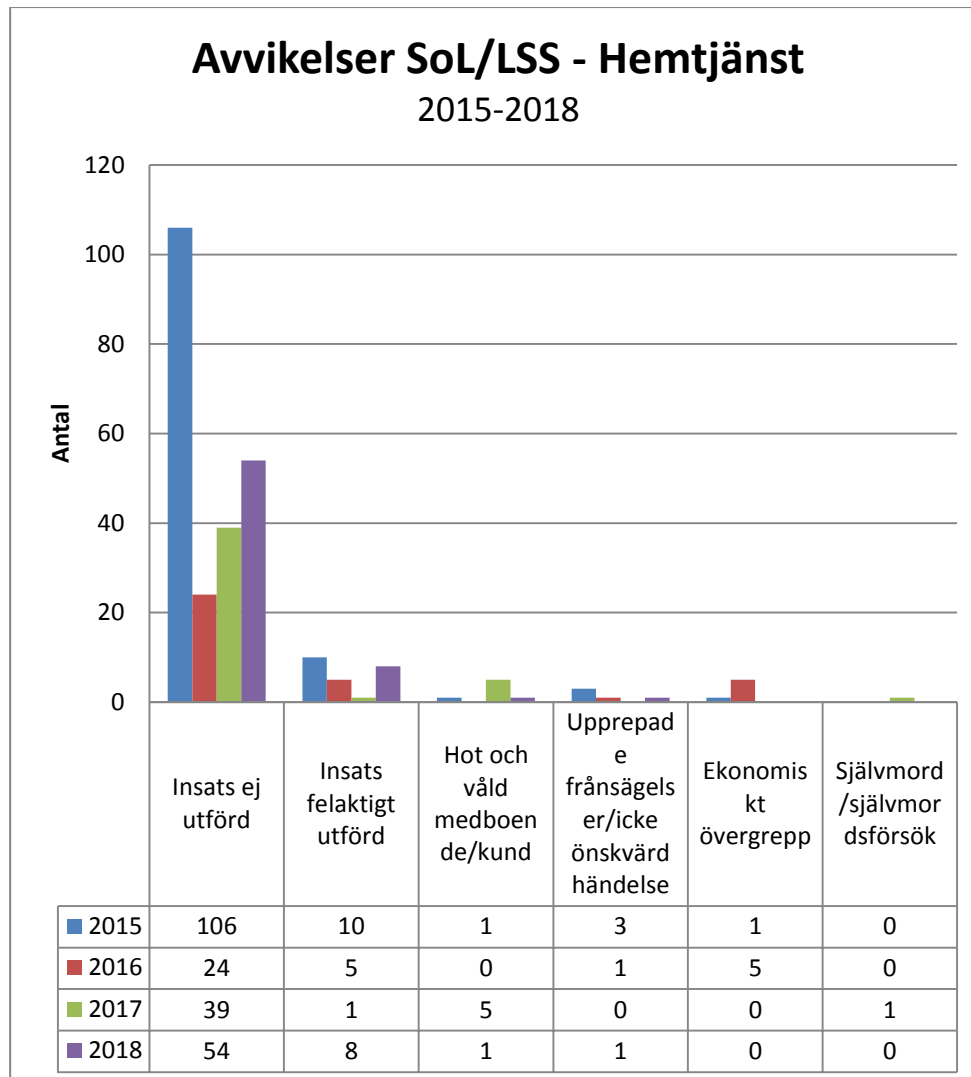
Då ingen analys inkommit från verksamheten redovisas enbart SoL/LSS avvikelser i antal och typ.



Källa: Verksamhetssystemet Treserva, 190121

#### 4.2.6 Avvikelser SoL/LSS – Hemtjänst

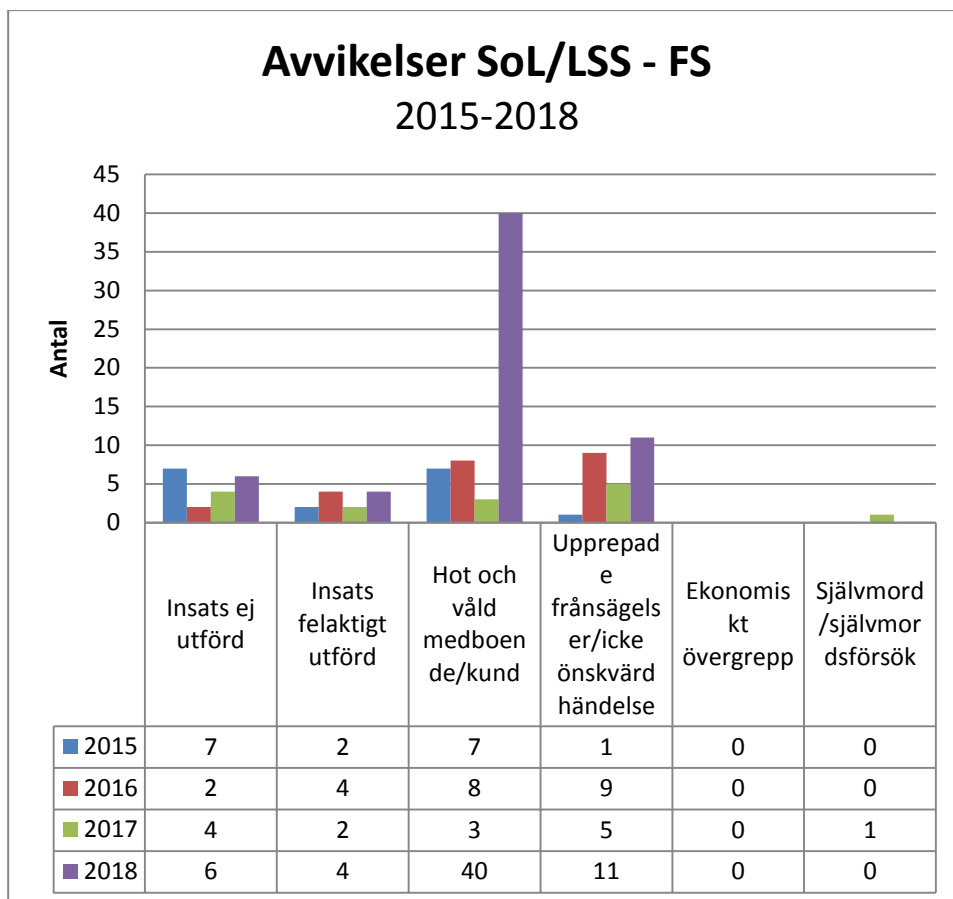
Då ingen analys inkommit från verksamheten redovisas enbart avvikelser SoL/LSS i antal och typ.



Källa: Verksamhetssystemet Treserva, 190121

#### 4.2.7 Avvikelser SoL/LSS – Funktionsstöd (FS)

Andelen avvikelser om hot och våld har ökat från tre till 40 händelser från 2017 till 2018 och avser två boendeenheter, en brukare på varje enhet. Ökningen kan till viss del förklaras med att medarbetarna blivit mer uppmärksamma på att rapportera avvikelser efter genomgång av rutin avvikelshantering och rutin för lex Sarah. Nya arbetssätt har implementerats där medarbetarna har fått stöd i att hantera kommunikation och bemötande i förebyggande syfte.



Källa: Verksamhetssystemet Treserva, 190121

#### 4.2.8 Avvikelser SoL/LSS – Individ och familjeomsorg (IFO)

Från utförare inom IFO finns två rapporterade avvikelser i verksamhetssystemet gällande insats ej utförd under 2018 samt fyra avvikelser som upprättats på pappersblankett och diarieförts. Inga av dessa avvikelser har bedömts som allvarliga och därmed inte varit aktuella för händelseanalys.

#### 4.3 Klagomål och synpunkter

Under 2018 diariefördes 19 inkomna klagomål, under 2017 var antalet 21. Av de inkomna synpunkterna och klagomålen berörde två HSL och 17 avsåg område SoL och LSS.



Klagomål/synpunkter avser:	Antal:	Besvarat
Avsaknad av Wifi i kommunala lokaler	3	Ja
Klagomål på miljö vid entré LSS-boende	1	Ja
Brister i utförandet av sociala insatser/omvårdnad inom stöd, vård och omsorg	3	Ja
Brister i bemötande	1	Ja
Brister i handläggning och jäv	1	Ja
Synpunkter på scheman från personal	1	Nej
Klagomål omhändertagande efter fallolycka	1	Ja
Klagomål gällande att vederbörande inte erhållit anställning på kommunen	1	Nej
Synpunkter på att behålla Kramforshjärtat och förslag på aktiviteter för nyanlända	2	Ja
Bristande information till elever	1	Ja
Bristande bemötande av chef mot medarbetare	1	Ja
Klagomål på parkering av kommunala leasingbilar som hindrar snöröjning och förstör gräsmattor	1	Ja
Bestridande av debitering av madrass som egenvårdsprodukt	1	Ja
Klagomål omhändertagande efter fallolycka	1	Ja
<b>Totalt</b>	<b>19</b>	<b>17/19 besvarade</b>

Källa: VF-diarium, 190107

Klagomål gällande omhändertagande efter fall har lett till utredning av MAS (dnr 2018/742), inga allvarliga brister framkom.

Två ärenden har inkommit till Patientnämnden i Region Västernorrland under 2018 (dnr 2019/127).

- Patient är missnöjd över att ny tryckavlastande madrass inte beviljas utifrån regelverket att endast personer med trycksår som får detta förskrivet. Patientnämnden hänvisar till MAR och MAS samt Hälsocentral.
- Patient är missnöjd över att tryckavlastande madrass inte beviljas.

- Närstående kontaktar angående anhörig med specifikt sjukdomstillstånd och har frågor om hemsjukvård. Patientnämnden hänvisar till MAS.

Ingen av ärendena har inkommit till MAS eller MAR. Frågeställningarna bedöms ha hanteras i verksamheten eller att klagomålslämnaren inte följt Patientnämnden råd om kontakt med vårdgivaren.

#### **4.4 Händelser och vårdskador**

Under året har fyra utredningar av händelser av allvarlig karaktär skett vilket omfattat läkemedelshantering, syrgasbehandling, sjuksköterskebemanning samt omhändertagande vid fallskada. Ett yttrande till IVO har också lämnats vilket omfattade möjlighet att lämna synpunkter på beslut på händelse som utreddes 2017 (dnr 2016/298).

Den viktigaste lärdomen som kommunicerats utifrån händelserna med läkemedelsbehandling och syrgasbehandling är att ordinationer och överrapportering av patienter måste innehålla tillräcklig information och att ordinationen omfattar alla delar patienten har behov av för att behandlingen ska kunna utföras i öppen hälso- och sjukvård. En ytterligare lärdom är att händelser och bedömda åtgärder tydligt behöver kommuniceras med närstående. Även att säkerställa att överrapportering av bedömningar kommuniceras mellan sjuksköterskor och inte överlämnas till omvårdnadspersonal att hantera. Detta för att säkerställa att följdfrågor kan besvaras. Lärdomar av utredningen gällande sjuksköterskebemanning har lett till tydliggörande hur sjuksköterskor i väntan på utfärdande av legitimation ska användas i verksamheten. Verksamheten har också tagit lärdom hur det ska säkerställas att det finns omvårdnadsansvarig sjuksköterska utsedd på varje enhet vid längre frånvaro.

Utifrån det som framkommer vid utredningar av allvarliga händelser ska hälso- och sjukvårdsverksamheterna upprätta handlingsplan för att vidta nödvändiga åtgärder. Effekterna av de vidtagna åtgärderna behöver följas av MAS och MAR.

Förslag till åtgärd och förbättring:

- Utveckla egenkontrollen för att följa effekten av vidtagna åtgärder vid allvarliga händelser.

##### **4.4.1 Riskanalys**

Hälso- och sjukvårdsenheten (HS) har påbörjat arbetet med att införa riskanalyser inför/vid förändringar men har inte uppnått full systematik. Riskanalys inför sommarperioden återfinns i årshjulet för hälso- och sjukvården och genomförs årligen gemensamt av verksamhetschefer, MAS och MAR.

Lärdomar från riskanalysen som medtas till 2019 års sommarperiod är behovet av att i tidigt skede se över behovet av bemanning av legitimerad personal och omvårdnadspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter samt att säkerställa att kontaktvägar till legitimerad personal är kända.

Antalet riskanalyser inom hälso- och sjukvård är för få för att kunna genomföra en samlad analys av riskhanteringen. Det som kan ses är att flertalet av riskanalyserna handlar om bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.

Förlag på åtgärd och förbättringar:

- Utarbeta rutin för riskanalyser vid förändringar i verksamheten.

4.4.2 Uppföljning fall och förekomst av personer med demenssjukdom  
Uppföljning på säbo med högt antal fall (dnr 2018/911) visar att antalet har minskat något från 74 (2017) till 65 fall (2018), två patienter ramlar ofta och står tillsammans för 42 fall. I övrigt beskriver enheten att avvikelser tas upp kontinuerligt på verksamhetsträffar, avdelningen har delats upp i två mindre enheter vilket gett effekt i form av att patienterna blivit lugnare och vandrande i korridorerna har minskat. Det har påbörjats ett projekt med demensteam på avdelningen där det ingår utbildning i Demens ABC och utbildning av BPSD-team. Rutin som förtydligar när fysioterapeut ska kontaktas för bedömning i samband med fallrisk upprättas. Andelen fall på enheten fortsätter följas.

Ett nuläge av förekomst av personer med demenssjukdom/symtom på säbo 2017 (dnr 2017/911) visade på att 61 personer med demenssjukdom/symtom bodde på plats som inte var avsedda för dessa. SVO genomförde under 2018 en fördjupad behovsanalys med förslag till åtgärder (dnr 2018/945) som innefattar bland annat utbildningsinsatser till personal, skapa förutsättningar för långsiktigt och kontinuerligt lärande, implementering av BPSD, skapa förutsättning till vidare studier inom demens, vid rekrytering särskilt efterfråga kunskaper inom demens. Därtill ska 20 demensplatser skapas på Viktoriagården vars lokaler är lämpade för att bli ett demensboende.

En uppföljning 2018 (dnr 2019/196) visar på att platser för personer med demenssjukdom (87) är till 100 % belagda med personer med demensdiagnos. På övriga 136 platser bor 98 personer med demensdiagnos, psykisk sjukdom eller kognitiv svikt av annan karaktär. En ökning på dessa platser med 38 % i jämförelse med 2017. Andel personer med demenssjukdom/symtom på säbo fortsätter följas.

#### 4.4.3 Förslag till reducering av nattpersonal och förändrade rekommendationer gällande kost och näring

Riskanalys genomfördes av sjuksköterskor på säbo, enhetschef för legitimerad personal och MAS (dnr 2018/1331) med anledning av Utredningsuppdrag D - Handlingsplan 2018 (dnr 2018/502) ”Förslag till åtgärder med anledning av att bemanningssatsningen i äldreomsorgen upphör 2019”.

Förslaget omfattade indragning av sammanlagt 5,76 årsarbetande nattjänster av omvårdare fördelat på tre enheter i samband med införande av enhets- och trygghetskameror på enheterna. Riskanalysen visade att den minskade personliga närvaron hos omvårdnadspersonal kan riskera att leda till uppmärksammade försämringar i hälsotillståndet hos den enskilde, ökat antal fall, ökat behov av lugnade läkemedel och sömnläkemedel.

Riskanalys genomförs av sjuksköterskor på säbo, enhetschef för legitimerad personal och MAS (dnr 2018/1332) med anledning av den förändring som kommer att ske utifrån Livsmedelsverkets och Socialstyrelsens nya rekommendationer ”Bra mat för äldre” gällande kost och näring inom äldreomsorgen. Det innebär kortfattat en förändring av den iordningställda maten från kostenhetens kök, som kommer att innehålla knappt hälften av det rekommenderade näringsintaget i mindre portioner, och att enheternas omvårdnadspersonal ska tillreda flera näringstäta mellanmål. Riskerna som identifierades är relaterade till förändrad måltidssammansättning vilket riskerar ett lägre energiintag än rekommenderat vilket kan leda till undernäring och därtill relaterade risker för fall, trycksår och oro hos patienterna.

MAS genomför uppföljning av riskanalyser under 2019.

#### 4.4.4 Införandet av avgifter för hälso- och sjukvård

Under hösten 2018 infördes avgifter för kommunal hälso- och sjukvård (dnr 2018/649). En risk var att patienter skulle avsäga sig hälso- och sjukvård på grund av avgiften. Uppgifter från verksamhetssystemet visar att två patienter av sagt sig åtgärder till följd av avgift, dock det har inte inneburit någon risk för dessa två patienter. Antalet patienter som av sagt sig hälso- och sjukvårdsinsatser till följd av avgifter fortsätter följas under 2019.

#### 4.4.5 Säkerställa leveranser av hjälpmedel

Utifrån ny Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 1 januari 2018 uppstod ett ökat behov av hjälpmedelsleveranser. Samverkan med aktuell hjälpmedelsleverantör har lett till att under 2018 har vissa specifika hjälpmedel (personlyft, elektrisk manövrerbar säng och hygienstol på hjul) som krävs för att säkerställa hemgång levereras inom tre dygn istället för som tidigare upp till åtta vardagar.

### 4.5 Resultat avseende kvalitet

#### 4.5.1 Öppna jämförelser (ÖJ)

ÖJ är Socialstyrelsens indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa i Sverige. Jämförelserna ska ge stöd i arbetet att främja en god vård och omsorg för den enskilde.

**Funktionsstöd (FS)**

Inom daglig verksamhet i Kramfors kommun finns en hög grad av brukarinflytande på verksamhetsnivå. Andelen enheter som har gemensamma, regelbundna möten för de boende och andel av enheter som använder enskildas uppfattning för att utveckla verksamheten uppgår i båda fallen till 100 % vilket är betydligt över Riket. Brukarmöten hålls regelbundet och för att öka brukarnas möjlighet till kommunikation ytterligare krävs ökad kompetens hos personalen vilket innefattas i Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) teamets uppdrag.

En uppmärksammasad brist inom boende med särskild service och daglig verksamhet är avsaknad av rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde är beroende/missbrukar läkemedel, alkohol eller andra beroendeframkallande medel.

**Individ och familjeomsorg (IFO)**

Under 2018 var målsättningen att tillsätta ett analysteam för att analysera och bearbeta resultat från bland annat ÖJ. Detta var inte möjligt under 2018 men kommer att ske under 2019.

**Stöd, vård och omsorg (SVO)**

Inom ordinärt boende har 84 % av brukarna namngiven kontaktman som rör den enskildes personliga omvårdnad och service. Rutinen för kontaktmannaskapet har tydliggjort ansvaret för kontaktmannen. Enhetscheferna har haft ansvar för följsamhet till rutinen i verksamheten. Uppföljning genomförs vid kvalitetsgranskning av genomförandeplaner.

Inom säbo har 83 % av brukarna en aktuell genomförandeplan. Analys visar att under 2018 har skapande av genomförandeplaner varit prioriterat. Enhetscheferna har arbetat med implementering, utbildning och stöd för hantering av genomförandeplaner och har avsatt tid i planeringen för omvårdnadspersonalen för att höja kvaliteten i genomförandeplanerna. Uppföljning sker genom granskning av genomförandeplaner.

**4.5.2 Kommunens kvalitét i korthet (KKiK)**

KKiK redovisar och jämför resultat inom områden som är av stort intresse för invånarna. Resultaten beskriver kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner.

**Funktionsstöd (FS)**

Gällande kvalitetsaspekter inom LSS grupp- och serviceboende är ett utvecklingsområde att möjliggöra internetuppkoppling i brukarens egna rum/lägenhet. Planering finns att bygga trådlöst Wifi inom bostad med särskild service under 2019 och på så sätt förbättra kvalitén och möjliggöra för brukarna att använda digitala hjälpmedel i form av exempelvis surfplattor. Resultatet kommer att följas i kommande KKiK undersökning.

### **Individ och familjeomsorg (IFO)**

Under 2018 var målsättningen att tillsätta ett analysteam för att analysera och bearbeta resultat från bland annat KKiK. Detta var inte möjligt under 2018 men kommer att ske under 2019.

### **Stöd vård och omsorg (SVO)**

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende uppgick till 98 dagar. Analysen visar på en lägre omsättning av särskilt boendeplatser än tidigare år, under året har 20 platser färre varit lediga för inflyttning. Antalet väntetid i dagar följs upp tre gånger per år.

#### **4.5.3 Brukarundersökningar**

Nationella brukarundersökningen Funktionshinder mäter fyra kvalitetsområden och vänder sig till brukare inom LSS och socialpsykiatri. Kramfors kommun har i stället valt att använda den brukarundersökning som genomförs tillsammans med övriga kommuner i länet (dnr 2018/802).

Nationell brukarundersökning inom familjeomsorgen syftar till att få fram brukarens upplevelse av kvalitet inom IFO. Resultatet kan jämföras med andra kommuner och inom organisationen i ett led att bidra till verksamhetsutveckling och förbättring av kvalitén.

Brukarundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden som genomförs av Socialstyrelsen årligen vilket också innefattar de äldres uppfattning om hur lätt det är att få träffa en sjuksköterska vid behov på säbo.

### **Funktionsstöd (FS)**

Brukarundersökningen genomförs vartannat år inom boende med särskild service och vartannat år i daglig verksamhet. Undersökningen 2018 avsåg boende med särskild service.

Andel brukare som deltagit i undersökningen var 60 % och målet är att uppnå 80 % svarsfrekvens. Orsak till bortfall är framförallt svårigheter med kommunikation och förståelse som inte kunnat överbryggas.

Brukarundersökningen omfattar 17 frågor inom följande områden:

- Andel som upplevde god psykosocialmiljö, självbestämmande och integritet 82 %.
- Andel som upplevde bra kontinuitet, stöd och service 55 %.
- Andelen som upplevde att kommunikationen och informationen var god 67 %. Andelen som upplever kommunikation och information som god kan vara avsevärt lägre än vad undersökningen visar med utgångspunkt från att bortfallet i undersökningen var 40 % på grund av kommunikationssvårigheter.

Över tid har brukarnas upplevelse av trygghet gällande exempelvis frågor som ”Vet du vem du ska prata med om personalen inte är snäll, vet du vem som jobbar ikväll och känner du dig trygg hemma” minskat vilket finns anledning att analysera vidare.

Inom FS ska det tillsatta AKK-teamet förbereda arbetet för att höja den kommunikativa kompetensen ute i verksamheterna. Två identifierade områden kommer att ligga till grund för fortsatt arbete; fördjupad analys av trygghetsaspekten och att utforma informationstavla till gruppboendena i syfte att tydliggöra vilken personal som arbetar. Uppföljning sker genom kommande brukarundersökningar.

### **Individ och familjeomsorg (IFO)**

IFO genomförde för första gången SKL:s brukarundersökning under hösten 2018. Sammanställda resultatet kom strax innan jul varför något analysarbete med resultaten inte har skett under 2018.

### **Stöd, vård och omsorg (SVO)**

Inom säbo uppger 41 % av brukarna att de vet var de ska vända sig för att framföra synpunkter och klagomål på äldreboendet vilket är att jämföra med riket som uppnår 47 %. Analyser visar att det inte finns forum att fånga upp synpunkter och klagomål från brukare. Åtgärden är att alla boenden ska ha ett boenderåd regelbundet under året med hög andel brukare och närstående. Uppföljning sker vid nästa brukarundersökning under 2019 samt att uppföljning av boenderåden genomförs på ledningsmöten i verksamheten.

Inom ordinärt boende uppger 61 % av brukarna att de vet vart de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål vilket är att jämföra med riket som uppnår 63 %. Analysen visar att bristande information gällande vad som kan förväntas om stödet från hemtjänsten. Under året har ett informationsmaterial tagits fram för brukare i hemtjänst som delges när hemtjänstinsatser påbörjas. Resultatet följs upp vid nästa brukarundersökning 2019 samt att implementeringen av informations-materialet följs upp av respektive enhetschef.

### **Hälso- och sjukvård (HS)**

Brukarundersökningen undersöker hur många personer 65 år eller äldre på säbo som tycker att det är mycket eller ganska lätt att vid behov få träffa sjuksköterska. Resultat som visar att 83 % är nöjda med möjligheten att vid behov träffa sjuksköterska vilket kan jämföras med riket som uppnår 75 % nöjdhet. Resultatet skiljer sig mellan enheterna i kommunen mellan 69 – 100 %. Tendensen är att nöjdheten sedan 2016 är sjunkande, resultatet var då 88 %. Resultatet är uppmärksammat, dialog och analys har genomförts inom HS.

#### 4.5.4 Övrigt kvalitetsarbete

##### **Funktionsstöd (FS)**

Under 2018 har en kvalitetsgrupp för FS tillsatts vilket består av boendepersonal, verksamhetsutvecklare, metodhandledare och enhetschefer. Kvalitetsgruppen har en viktig roll inom kvalitetsfrågor och kommer att utgöra ett stöd till ledningsgruppen i strategiska kvalitets- och utvecklingsfrågor.

Kvalitetsgruppen kommer bland annat att fokusera på hur synpunkter, klagomål och förbättringsförslag tillvaratas från både brukare, medarbetare och övriga som kommer i kontakt med verksamheten. Kvalitetsgruppen kommer att föreslå förbättringsförslag och att stödja implementering i verksamheten.

##### **Stöd, vård och omsorg (SVO)**

Inom myndighetsutövningen i äldreomsorgen har vidareutbildning och fördjupning i handlägningsprocessen genomförts utifrån Individens behov i centrum (IBIC) samt att IT-verksamhetsstöd har kommit på plats under året. Uppföljning av behov, mål och kvalitet sker enligt IBIC-process och uppföljningsrutin. Handlägnings- och uppföljningsrutinen är reviderad under året och förankrad i biståndshandläggargruppen.

Granskning av dokumentation, uppdrag och genomförandepplaner har påbörjats. En sammanställning av individuppgifter på grupp nivå sker för att använda i det systematiska kvalitetsarbetet. Sammanställning av kvalitetsenkäter på individnivå har påbörjats där individuppgifter sammanställts på grupp nivå för att använda i det systematiska kvalitetsarbetet.

Förslag på åtgärd och förbättring:

- Varje verksamhet ska under 2019 arbeta med och redovisa minst tre indikatorer ur ÖJ, KKik eller brukarundersökningar, där det senaste resultatet visar att det finns ett förbättringsbehov.

## **5 Mål och strategier för kommande år**

De övergripande målen för kommande år sammanfattas med att den enskilde som har behov av hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst i kommunal regi ska få en hälso- och sjukvård, omvårdnad och omsorg av god kvalitet och hög säkerhet. Detta ska ske genom att de insatser kommunen tillhandhåller är rättssäkra, korrekta och uppfyller kraven för god och säker vård och omsorg. Den enskilde är en samverkanspartner i utformningen av dennes vård och omsorg. Samverkan sker med andra vårdgivare för den enskildes bästa och att preventivt arbete bedrivs för att bibehålla hälsa och förebygga vårdskador och missförhållanden. Processer och rutiner fortsätter utvecklas.



### Övergripande mål Valfördsnämnden 2019 (dnr 2019/1)

- Brukare skall uppleva att deras synpunkter inhämtas och tas tillvara.
- Brukare ska vara nöjda med det stöd som tillhandahålls.
- Stöd, service och insatser skall tillhandahållas jämställt.
- Alla placerade barn skall tillförsäkras skolgång.
- Arbetsätt och metoder ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och evidens.
- Brukare skall känna trygghet med och vara delaktig i de insatser som ges.
- Stöd och insatser till familjer skall leda till att barn och unga, så långt det är möjligt, kan leva kvar i sin familj.
- Tillgång till särskilda boendeformer för äldre och funktionsnedsatta skall motsvara kända behov.

### Övergripande mål kvalitet och patientsäkerhet 2019 är

- Fortsätta arbeta övergripande och strategiskt för att utveckla intern samverkan kring kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.
- Utveckla arbetssättet med systematiska riskanalyser inför förändringar i verksamheten.
- Säkerställa att avvikelshanteringen är en del av det systematiska förbättringsarbetet för att undvika vårdskador och kvalitetsbrister.
- Utveckla demensvården utifrån de Nationella riktlinjerna - vård och omsorg vid demenssjukdom.
- Arbeta systematiskt med kvalitativa metoder avseende vårdprevention genom Senior Alert, Palliativa registret och BPSD-registret och därmed säkerställa en god och säker vård i samtliga verksamheter samt bibehålla de goda resultat som uppnåtts.
- Arbeta systematiskt med kvalitativa metoder avseende resultat från ÖJ, KKiK eller brukarundersökningar.