



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

2021-02-24
Marie Strömberg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Anders Åreng
Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE | 1 |
| Sammanfattning | 4 |
| STRUKTUR..... | 5 |
| Övergripande mål och strategier | 5 |
| Organisation och ansvar | 5 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 6 |
| Patienters och närståendes delaktighet | 6 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet..... | 6 |
| Klagomål och synpunkter..... | 6 |
| Egenkontroll..... | 7 |
| PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten | 8 |
| Ledningssystem..... | 8 |
| Samverkan..... | 8 |
| Vårdprevention..... | 9 |
| Utreda och behandla blåsdysfunktion | 10 |
| Förebygga fall och fallskador..... | 10 |
| Trycksår | 10 |
| Munhälsa..... | 10 |
| Nutrition..... | 10 |
| Dokumentation..... | 10 |
| Kommunikation och informationsöverföring..... | 11 |
| Läkemedelshantering | 11 |
| Medicintekniska produkter..... | 11 |
| Rehabilitering..... | 11 |
| Läkarmedverkan..... | 12 |
| Samordnad vårdplanering och informationsöverföring..... | 12 |
| Vård och omsorg om personer med demenssjukdom..... | 12 |
| Delegering | 13 |
| Förebygga smittspridning..... | 13 |
| Covid -19..... | 13 |
| Avvikelsehantering | 14 |
| Synpunkter och klagomål..... | 15 |
| Riskanalys | 15 |
| Utredning av händelser - vårdskador..... | 15 |
| Informationssäkerhet..... | 15 |
| RESULTAT OCH ANALYS | 16 |
| Egenkontroll..... | 16 |
| Dokumentation..... | 18 |
| KVÅ –kvalificerade vårdåtgärder | 18 |
| Nutrition..... | 19 |
| Munhälsa..... | 19 |
| Trycksår | 20 |
| Vårdprevention –särskilt boende 2020..... | 20 |
| Vårdprevention – korttidsvård | 21 |
| Vårdprevention – hemsjukvård | 21 |
| Lokal arbetsordning för läkemedelshantering | 21 |
| Läkemedelshantering | 22 |
| Läkarmedverkan..... | 24 |
| Rehabilitering..... | 24 |
| Samordnad vårdplanering och informationsöverföring..... | 25 |
| Förebygga smittspridning utifrån riskfaktorer..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| Kontroll av basala hygienrutiner | 26 |
| Kontroll av medicintekniska produkter | 27 |
| Avvikelse rapporter | 27 |
| Vård i livets slutskede | 30 |
| Täckningsgrad för Västernorrlands kommuner för registrering i Palliativa registret | 30 |
| Resultat från Svenska Palliativregistret Kommunal hälso- och sjukvård i Ånge kommun 2020 i jämförelse med föregående år. | 31 |
| Klagomål och synpunkter..... | 32 |
| Händelser och vårdskador | 32 |
| Risikanalyis | 32 |
| Mål och strategier för kommande år | 34 |

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under året med bland annat registrering och mätning av läkemedelsanvändning, uppföljning genom enkäter, förebyggande arbete för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, avvikelshantering och utbildningar i basala hygienrutiner. Under året har alla verksamheter haft stort fokus på Covid -19 och åtgärder för att förhindra smittspridning.

Inom patientsäkerhetsarbetet finns många och stora utmaningar. En av de viktigaste strategiska uppgifterna är att samverka med andra vårdgivare.

Övergripande mål och strategier för året har varit att:

Minska allvarliga fysiska fallskador till följd av fall (fallskada) inom särskilda boenden och hemsjukvård med 40 % jämfört med föregående år. Under året har antalet allvarliga fallskador minskat med 44 % i jämförelse med föregående år. Detta mål har uppnåtts.

Ökad självständighet för medborgare genom digitalisering. Minst två nya aktiviteter för digitalisering ska genomföras under året. Under året har rutiner utarbetats för läkemedelsautomat. Detta har provats av några patienter. GPS-sula har använts inom verksamheten.

Alla patienter med blåsdysfunktion ska få en basal utredning för inkontinens. På särskilt boende förekommer blåsdysfunktion för 79 % av patienterna. Av dessa har 24 % en aktuell basal utredning. Detta mål har inte uppnåtts.

Exempel på åtgärder under 2020:

- Påbörjande av team för att arbeta fallpreventivt.
- Utbildning till all personal om basala hygienrutiner.
- Rutiner för läkemedelsautomat har upprättats och personal har fått utbildning och introduktion.
- Ett systematiskt stödmaterial för att observera förändringar hos en patient "Symtomkollen" har framtagits. Syftet är att ge trygghet och stärka teamarbetet.
- Påbörjande av dialoger om Nära vård med Region Västernorrland.
- Under hela 2020 har Covi-19 haft en stor del i den kommunala hälso- och sjukvårdens planering och utförande. Regelbunden samverkan mellan Region Västernorrland Smittskydd, Vårdhygien och kommunen under hela 2020 samt in på 2021.

Patientsäkerhetsberättelsen visar en varierande kvalitet inom hälso- och sjukvården och förbättringsarbetet behöver fortgå inom hela verksamheten.

Inledning

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Socialnämndens mål:

Förebygga fallskador inom särskilda boenden och hemsjukvård.

Mått som används är:

Minska allvarliga fysiska fallskador till följd av fall (fallskada) inom särskilda boenden och hemsjukvård med 40 % jämfört med föregående år.

Detta mål har koppling till tidigare årsutfall med högt antal allvarliga fallskador, t ex höftfrakturer.

Organisation och ansvar

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

Socialnämnden

Socialnämnden i Ånge kommun har ett ansvar för att patienter får en god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas någon som ansvarar för verksamheten inom hälso- och sjukvård. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ansvarar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- det finns rutiner för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov
- patienten får den hälso- och sjukvård läkare har bestämt

-
- rutinerna för läkemedelshantering är säkra
 - besluten om delegering är patientsäkra
 - patientjournaler förs
 - anmälan görs till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller risk för det.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamheter samverkar med andra vårdgivare.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående ska stärkas genom delaktighet i vården. Enligt patientsäkerhetslagen ska patienter och deras närstående bjudas in till vårdens arbete med att förbättra patientsäkerheten. Verksamheten har inte någon övergripande strategi för denna samverkan. Exempel på samverkan är när en person flyttar in på särskilt boende genomförs en planering tillsammans med den enskilde och närstående kring vård och omsorgsbehov. Hälso- och sjukvårdspersonalen för dialog med den enskilde och närstående om vård och behandling, information om registrering i nationella kvalitetsregister samt samtycken för att inhämta/lämna uppgifter om den enskildes hälsotillstånd. Närstående erbjuds att delta om den enskilde ger sitt samtycke.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Patientsäkerhetslagen beskriver skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonal att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra skada.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tydliggör vårdgivarens skyldighet att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa, som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet samt utreda avvikelser.

Klagomål och synpunkter

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

En gemensam rutin för hantering av synpunkter och klagomål finns för hela socialtjänsten.

Synpunkt/klagomål som personal tar emot muntligt ifrån brukare, patienter, anhöriga/närstående, interna/externa verksamheter registreras

i avvikelsemodulen i Procapita. Synpunkter och klagomål som inte är bundna till patienter registreras via kommunens klagomålsfunktion på kommunens hemsida.

Enhetschef ansvarar att ta emot synpunkt/klagomål och bedöma om detta kan utredas av enhetschef eller om detta ska lämnas till annan ansvarig inom verksamheten.

Ärenden från Patientnämnden Etiska nämnden och ärenden från Inspektionen för vård och omsorg utreds och besvaras av verksamhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska.

En sammanställning över inkomna synpunkter/klagomål samt analys av dessa, ska regelbundet hanteras i ledningsgrupp och redovisas till socialnämnden.

Egenkontroll

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

Följande egenkontroller har planerats inför 2020.

| Egenkontroll | Omfattning | Källa |
|--|-----------------|--|
| Att patient har en aktuell hälsoplan | 2 gånger per år | Registrering av legitimerade sjuksköterskor |
| Att ofrivillig nattfasta inte överstiger 11 timmar | 2 gång per år | Registrering på särskilt boende |
| Att patienter får en fördjupad läkemedelsgenomgång med symtomskattningsskala | 1 gång per år | NU-lägesregistrering, läns-gemensam |
| Läkemedelsgranskning i akutläkemedelsförråd | 1 gång per år | Protokoll, extern granskare. |
| Säkerställa att basala hygienrutiner fungerar på enheten | 1 gång per år | Registrering på särskilt boende/hemtjänst/stöd och omsorg |
| Hygienronder | Vart 4:e år | Särskilt boende/hemtjänst, protokoll |
| Hygienbedömningar | Vart 4:e år | Bostad med särskild service, protokoll |
| Vårdrelaterade infektioner | 1 gånger år | Kvalitetsmätning i länet med stöd av Kommunförbundet Västernorrland. |
| Avvikelse | 2 gånger per år | Avvikelsehanteringssystemet i Procapita |

| | | |
|------------------------------------|-----------------|--|
| Trycksår | 1 gång per år | Kvalitetsmätning i länet med stöd av Kommunförbundet Västernorrland. |
| Patientens klagomål och synpunkter | 2 gånger per år | Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg, avvikelsehanteringssystemet procapita, registrering av synpunkter och klagomål via kommunens hemsida |

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Ledningssystem

Med hjälp av ett kvalitetsledningssystem får verksamheten stöd i det dagliga arbetet med att planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvaliteten.

Kvalitetsledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Systemet möjliggör också ordning och reda i verksamheten.

Socialtjänsten i Ånge har valt att använda Stratsys som plattform för kvalitetsarbetet. Syftet är att säkra kvaliteten i verksamheten genom ständiga förbättringar. Under 2020 har inte Stratsys används, på grund av implementering inte kunnat genomföras enligt planering.

Riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvård finns tillgängliga via kommunens insida. Revideringar och justeringar genomförs löpande av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Samverkan

Former för samverkan finns upprättade i olika samverkansdokument.

- Överenskommelse Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, är en länsövergripande ram för den samverkan som behöver ske mellan huvudmännen utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Samverkansrutin mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård.
- Avtal om läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende.
- Samverkansavtal om tillhandahållande av hjälpmedel (kommunerna och Region Västernorrland)
- Avtal om övertagande av hemsjukvård mellan Landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrland.

-
- Avtal om vårdhygienisk kompetens.
 - Kommunerna och landstinget Västernorrland, Överenskommelse om uppsökande verksamhet munhälsobedömning.
 - Lokala överenskommelser om läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt/särskilt boende med hälsocentralen i Ånge och vårdcentralen i Fränsta.
 - Överenskommelse om kostnadsfördelning och ansvar mellan kommunens socialtjänst och landstinget av vissa förbrukningsartiklar inom hälso- och sjukvården.
 - Samarbete och samordning för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillgodosedda.
 - Överenskommelse om uppdragsbeskrivning för en länsgemensam hjälpmedelskommitté.
 - Överenskommelse, Bedömning av egenvård och hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Lokal samverkansgrupp (LSG) ”Samverkan äldre och kroniskt sjuka” har haft möten vid ett tillfälle under året. Vid detta tillfälle har en planering inför Covid -19 skett.

Samverkan mellan vårdcentral/hälsocentral och kommunen. Verksamhetschef för hälso- och sjukvård, medicinskt ansvarig sjuksköterska och hälsocentralens enhetschef/representant har regelbundna samverkansmöten. Under året har även korta avstämningsmöten genomförts veckovis, på grund av Covid -19.

Länsnätverksmöten har genomförts mellan kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR), samt mellan kommunernas verksamhetschefer för hälso- och sjukvård.

Vårdprevention

Vårdprevention innebär att skador i vård och omsorg ska undvikas och att alla personer ska kunna garanteras en säker samt likvärdig vård och omsorg. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur och att resultat görs synliga.

I den vårdpreventiva processen ingår systematiskt att riskbedöma, utreda bakomliggande orsaker, bedöma, åtgärda och följa upp potentiella vårdskador för personer gällande trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion. Kvalitetsregistret Senior Alert används som ett verktyg för detta kvalitetsarbete.

Utreda och behandla blåsdysfunktion

Personer med blåsdysfunktion ska erbjudas utredning av sina besvär, få förebyggande åtgärder och behandlingar insatta och utvärderade. Vid behov av inkontinenshjälpmedel ska dessa vara individuellt utprovade.

Förebygga fall och fallskador

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. Fallförebyggande insatser utgörs dels av åtgärder som riktar sig till personal som träffar äldre i sitt arbete, och dels av individanpassade åtgärder för enskilda äldre. Insatser till personal är exempelvis utbildning i fallriskbedömning och hur man minskar risker hemma hos de äldre.

Trycksår

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benutskott, och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. För att minska risken för trycksår behövs arbete med förebyggande åtgärder.

Munhälsa

Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att klara sin egen munvård. Därför är det viktigt att vård- och omsorgspersonal har kunskap om munhälsa och arbetar systematiskt med bedömningar och åtgärder. Munbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG) används för att riskbedöma munhälsa.

Ett samarbete finns mellan kommunen och folktandvården när det gäller munhälsobedömningar, som erbjuds till patienter med svårigheter att sköta sin egen munhälsa. Utbildningar sker regelbundet till vård- och omsorgspersonal. Utbildare är personal från folktandvården.

Nutrition

Undernäring är ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller i en persons sjukdomsförlopp. Undernäring ökar risken för svårläkta sår och infektioner och kan ge en minskad muskelmassa som ökar risken för fallskador och funktionsnedsättningar. Även den psykiska hälsan kan försämrats. För att minska förekomsten av undernäring är det viktigt att tidigt upptäcka risker.

Dokumentation

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också be-

stämmelser om skyldighet att föra patientjournal.

Syftet med dokumentation är att i första hand ge patienten en god och säker vård.

Kommunikation och informationsöverföring

För att säkerställa hantering och överföring av information mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska har verktyget ”Symtomkollen” påbörjat att implementeras i verksamheten. Symtomkollen används som verktyg för observation och frågor, när en persons hälsotillstånd har försämrats. En broschyr är upptryckt och ett utbildningsmaterial är framtaget.

Läkemedelshantering

Grunden i läkemedelshantering är att den ska vara säker, ändamålsenlig och individuellt anpassad till den enskildes behandlingsbehov och personliga förutsättningar. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

En länsgemensam rutin för läkemedelsgenomgångar finns framtagen. Rutinen är framtagen av terapigrupp Äldre inom Regionens Läkemedelskommittén i samverkan med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i länets kommuner. Syftet är att beskriva ansvar och tillämpning av hur enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång ska genomföras. Av denna rutin tydliggörs om omfattning och hur det ska hanteras.

En fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas:

1. Efter en enkel läkemedelsgenomgång vid misstanke om kvarstående läkemedelsrelaterade problem.
2. Minst en gång per år för personer i:
 - a. Särskilt boende,
 - b. Ordinärt boende, 65 år och äldre, med hemsjukvård.

Medicintekniska produkter

Varje vårdgivare ska se till att det finns rutiner för en säker användning och hantering av medicintekniska produkter, (SOSFS 2008:1). Nätverket medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering har under året haft en arbetsgrupp som tagit fram en revidering av ”Riktlinjer för medicintekniska produkter”. MAS från Ånge har deltagit i arbetsgruppen.

Rehabilitering

Vid rehabilitering skapas förutsättningar för att personer med förvärvad funktionsnedsättning ska återfå så mycket som möjligt av de förmågor de hade före sjukdom eller skada.

När en person har behov av rehabilitering har personens liv förändrats. Tillsammans med individen skapas förutsättningar för att han eller hon ska klara sina vardagliga aktiviteter, utifrån sina förmågor och i relation till den omgivande miljön.

Rehabilitering är ingen isolerad process och utövas av all personal i olika grad och i olika situationer. Rehabilitering måste därför integreras med övrig vård och omsorg utifrån en helhetssyn. Arbetsterapeut och fysioterapeut samverkar i team med de olika professioner som deltar i den enskildes vård och omsorg.

Vid vårdplaneringar bör arbetsterapeut och/eller fysioterapeut delta. Patient som har behov av arbetsterapeutisk träning eller sjukgymnastik ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas individuellt och användningen av hjälpmedel ska följas upp.

Läkarmedverkan

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i kommunens hälso- och sjukvård. Avtal om läkarmedverkan inom kommunernas hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende finns upprättat sedan 2016. Utifrån detta avtal ska det finnas lokala överenskommelser om läkarmedverkan mellan hälsocentral/vårdcentral och respektive särskilt boende och hemsjukvårdsområde.

Samordnad vårdplanering och informationsöverföring

Den 1 januari 2018 infördes lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. ”Samverkansrutin mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård – Kommunikation, informationsöverföring och planering med stöd av IT-systemet Prator” är upprättad utifrån detta.

Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Det finns olika typer av demenssjukdom. Demenssjukdom kan ha olika symtom och förlopp beroende på vilken typ av demens personen har. En förutsättning för att kunna ge stöd och en god vård och omsorg till personer med demenssjukdom är att personen genomgått en utredning för att fastställa en diagnos som omfattar en bedömning av sjukdomens typ och stadium. De Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ska vara ett stöd för beslutsfattare om resursfördelning. Digitala hjälpmedel har används i verksamheten, såsom GPS-sula för brukare i hemtjänst med larm till anhörig.

Alla kommunens särskilda boenden är anslutna till BPSD registret (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).

Delegering

Delegering innebär att en formellt kompetent personal (legitimerad) överlåter en arbetsuppgift till en reellt kompetent personal. En delegering ska vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad.

Förebygga smittspridning

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska vården vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Avtal för vårdhygien är upprättat med Kvalitets och patientsäkerhetsavdelningen, Region Västernorrland.

Covid -19

Under år 2020 har Covid -19 präglat innehållet i vårdhygien. Riktlinjer och rutiner har upprättats och reviderats. Tät samverkan mellan Region Västernorrlands smittskydd, vårdhygien och kommunerna har varit under hela året.

Exempel på vidtagna patientsäkerhetsåtgärder med anledning av Covid -19:

- Vårdhygienrutin är upprättad för Covid -19 under mars månad 2020. Därefter framtogs checklistor för introduktion och utbildning till personal utifrån dessa vårdhygienrutiner.
- Besöksförbud på särskilda boenden infördes i kommunen vecka 11.
- Utbildning i basala hygienrutiner och avsedd skyddsutrustning genomfördes med stöd av sjuksköterskor i verksamheten. Repetition och genomgång till all personal.
- Risk och konsekvensanalys inför Covid -19, upprättades.
- Rutiner för smittförande avfall Covid -19 upprättas och uppsamling av detta material säkerställdes för varje boende.
- Inköp av skyddsutrustning säkerställdes. Ett team ansvarade för upphandling och inköp av godkänd skyddsutrustning.
- Förråd upprättades för inkommande skyddsutrustning. Två större förråd, där registrering av inkommande och utgående gjordes. Transport ut till enheterna planerades och genomfördes. Gemensam lista på innehåll i förrådet, för att säkerställa att skyddsutrustning fanns i den omfattning som behövdes.
- Provtagningsteam inom kommunen upprättades i början av april månad. Undersköterskor som fått utbildning i provtagning Covid -19 ingick i detta team.
- För att minska risken att smitta patienter från personal infördes till de basala hygienrutinerna ett tillägg med visir som source control.
- Vid utbrott av Covid -19 eller att det fanns misstanke om okontrollerad smitta beslutades om tillägg med munskydd till visir.

Detta beslutades per område/enhet.

- Personalbemanning och arbetssätt för att minska smittspridning säkerställdes.
- Fokusmöten har genomförts när det konstaterats Covid -19 bland patienter eller personal. Vid fokusmöten har hygiensjuksköterska, verksamhetschefer, enhetschefer, sjuksköterskor och medicinskt ansvarig sjuksköterska deltagit.
- Screening med provtagningar av Covid -19 när patienter kommer från sjukhusvård till vård- och omsorgsboenden och när patient har hemsjukvård. Screening även när patienter byter boendeform.
- Smittspårning vid konstaterad Covid -19 bland patienter och personal, utifrån Region Västernorrlands riktlinjer.
- Vid besöksförbudets upphävande 1 oktober 2020 gjordes planering för säkra besök, samt vid misstänkt eller konstaterad smitta avråddes från besök.
- Regelbundna teamsmöten inplanerade för alla enhetschefer och dess ersättare, socialchef, verksamhetschefer, kvalitetsutvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska, upphandlare.
- Regelbundna veckomöten mellan kommunen och vårdcentral/hälsocentral.
- Regelbundna möten mellan Region Västernorrlands smittskydd/vårdhygien ,medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef för hälso- och sjukvård.

Första 10 månaderna på året 2020 hade kommunens särskilda boenden en patient som hade konstaterad covid-19. Detta var under juli månad.

Förändringen blev dock under senaste delen av 2020. En samhällspridning av Covid -19. Vid en smittspårning i november fann man då 7 patienter som hade Covid -19, på ett av kommunens särskilda boenden. Fokusmöten med planering och uppföljningar av åtgärder gjordes omedelbart.

Därefter har kommunens korttidsvård haft patienter med Covid -19. Med vidtagna åtgärder på enheten har ingen spridning skett till några andra avdelningar på boendet. Ytterligare boenden och hemtjänstområden drabbades under december månad. Både patienter och personal har blivit drabbade av Covid -19.

Avvikelsehantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. En del av ledningssystemets grundlägg-

gande uppbyggnad är risk- och avvikelshantering.

Avvikelsehanteras i den datoriserade avvikelsemodulen. I avvikelserapporten beskrivs vad som hänt, vidtagna åtgärder för att rätta till den situation som uppstått, samt vad som ska genomföras för att minska att liknande händelse händer igen.

En samlad analys av avvikelserapporter görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska 2 gånger per år som redovisas halvårsvis samt i patientsäkerhetsberättelsen.

Synpunkter och klagomål

En gemensam rutin för hantering av synpunkter och klagomål finns upprättad i socialförvaltningen, som gäller inom SoL, LSS och HSL.

Risikanalys

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

Att genomföra en risk- och väsentlighetsanalys innebär att arbeta förebyggande.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Interna utredningar har gjorts av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Händelser som utretts har bland annat varit läkemedelshändelser, försenad bedömning, försenad behandling samt negativ händelse med medicinteknisk produkt. Av dessa utredningar har den sistnämnde anmälts till Läke-medelsverket, Inspektionen för vård och omsorg samt tillverkaren.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Loggkontroll

Loggkontroller har utförts vid 12 olika tillfällen 2020. Systemadministratör har slumpmässigt genomfört dessa loggkontroller i verksamhets-systemet Procapita. Kontrollerna visade ingen anmärkning.

Journalgranskning

Enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen HSF (2017:80) är MAS ansvarig för att hälso- och sjukvårdspersonalen för journaler i den omfattning som beskrivs i Patientdatalagen (2008:355) samt föreskrift (2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Detta utförs vid interna utredningar av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

I samband med GDPR (General Data Protection Regulation) finns ett informationsbrev till brukare/patienter. Detta överlämnas till den enskilde vid vård och omsorg.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål - Patienter med urininkontinens ska få en basal utredning

Resultat – Andel patienter med urininkontinens som fått en basal utredning

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------|------|------|------|------|
| Västernorrland | 62 % | 53 % | | 29 % |
| Ånge | 86 % | 61 % | 44 % | 24 % |

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2017, 2018. Inhämtat från sjuksköterska i särskilt boende 2019 och 2020. (Under 2020 saknas uppgifter för 1 särskilt boende)

Analys

Totalt har 115 patienter på särskilt boende ingått i denna mätning. Ett boende har inte deltagit. Av dessa 115 patienter förekommer blåsdysfunktion hos 79 %. Under de senaste åren har andelen patienter som fått basal utredning sjunkit. Resultatet för 2020 är anmärkningsvärt lågt. Att få en utredning och åtgärder utifrån denna bedömning är en kvalitets- och patientsäkerhetsfråga.

Åtgärder

Riktlinje vid blåsdysfunktion (inkontinens) har reviderats under året. Verktiget TenaID har funnits som ett verktyg för att kvalitetssäkra inkontinensvården. Dock har detta inte används i den omfattning som var målet vid implementeringen. Senior alert finns även som verktyg för att systematiskt utföra utredningar.

7 sjuksköterskor har genomgått utbildningen ”Vård vid inkontinens”
7,5 p. 21 sjuksköterskor har genomgått utbildningen Socialstyrelsens ”Förskrivning av förbrukningsartiklar” med intyg.

Förbättringsförslag

Att säkerställa att nyanställda sjuksköterskor får utbildning för att kvalitetssäkra inkontinensvården, samt att fortbildningar sker inom området.

Mål - Fall och fallskador ska minska med 50 %.

Resultat – Antalet fall och fallskador i särskilt boende och hem-sjukvård

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Fallrapporter | 597 (varav 389 i säbo) | 673 (varav 528 i säbo) | 575 (varav 316 i säbo) |
| Allvarlig skada | 16 (varav 14 i säbo) | 32 (varav 20 i säbo) | 14 (varav 4 i säbo) |

| | | | |
|----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Höftfraktur | 4 (varav 3 i säbo) | 13 (varav 8 i säbo) | 7 (varav 3 i säbo) |
| Armfraktur | 1 (säbo) | 4 (varav 2 säbo) | 1 (0 i säbo) |
| Annan fraktur | 5 (varav 4 i säbo) | 11 (varav 5 i säbo) | 4 (0 i säbo) |

Analys

Antalet rapporterade fall har minskat, även antalet allvarliga skador som konstaterats i samband med fallet. Av de 14 allvarliga fallskadorna har 4 inträffat i särskilt boende. Resterande händelser är för hemsjukvårdspatienter. Antalet rapporterade höftfrakturer har minskat från 13 till 7. Antalet boendeplatser i särskilt boende har även minskat från 171(2019) till 147 (2020).

För att systematisera vid riskbedömningar, planerade och vidtagna åtgärder används kvalitetsregistret Senior Alert.

Det framkommer ur registret att de bakomliggande orsakerna till fall ses främst bakomliggande sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk, nedsatt balans och rörelsemönster, förvirring desorientering - oro eller upprördhet, synproblem samt hörselproblem.

Planerade och utförda åtgärder på grund av fall är assistans vid personlig vård, larm, läkemedelsgenomgång, stadiga skor eller antihalksockar, assistans vid förflyttning. Gångträning ses först på 8 plats av planerade åtgärder samt balansträning ses på 12 plats för planerade åtgärder.

Åtgärder

Under året 2020 har ett arbete påbörjats att revidera rutiner för att förhindra fall och fallskador. En arbetsgrupp har varit utsedd för detta arbete. På grund av covid-19 har detta inte slutförts under året. Planering har också varit att utbildningen "Ett fall för teamet" som tillhandahålls av Socialstyrelsen, skulle fortsätta att genomföras i personalgrupper. I detta ingick att utveckla teamarbetet med inriktning på fallförebyggande.

Förbättringsförslag

Analys av det vårdpreventiva arbetet på enheterna, samt utveckla teamarbetet på enheterna. Fortsätta att utbilda i fallförebyggande arbete och teamsamverkan, samt revidera rutiner för att förhindra fall och fallskador.

Dokumentation

| Mått | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Andel patienter med aktuell hälsoplan, särskilt boende | 0 % – 100 % (Antal patienter 132) | 62 % - 100 % (Antal patienter 147) | 45 % -95 % (Antal patienter 112) |
| Andel patienter med aktuell hälsoplan, hemsjukvård | 10 % - 82 % (Antal patienter 181) | 49 % - 78 % (Antal patienter 157, ett område saknas) | 29 % -74 % (Antal patienter 192) |

Analys

Målet är att alla patienter i särskilt boende/hemsjukvård ska ha en aktuell hälsoplan. Mätningen utförs genom en kontroll av andelen hälsoplaner som är aktuella d.v.s. om den utformats för mindre än 6 månader sedan eller följts upp/uppdaterats av ansvarig under de senaste 6 månaderna. Mätningen görs av ansvarig sjuksköterska.

Andelen hälsoplaner i särskilt boende har minskat jämfört med föregående år 2019. Av det totala antalet patienter i alla särskilda boenden har 77 % en aktuell hälsoplan under föregående år var detta 89 %.

Inom hemsjukvårdens områden finns hälsoplaner för 50 % av patienterna, som var 62 % under 2019.

Vid analys av siffrorna framkommer att arbetet med Covid-19 kan ha en bidragande orsak.

Åtgärd

Fortsatt analys och bakomliggande orsaker till minskning.

Förbättringsförslag

Alla patienter som bor på särskilt boende och har insatser från hemsjukvård ska ha en aktuell hälsoplan. Ett fortsatt arbete med utbildning och fortbildning.

KVÅ –kvalificerade vårdåtgärder

Kommunens legitimerade personal använder Klassifikation av vårdåtgärder, som ingår i dokumentationen. Vid en granskning av använda KVÅ-koder 2020 ses nedan resultat, använda av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

De 5 flest använda KVÅ koderna av sjuksköterska februari månad 2020.

1. Läkemedelstillförsel, utdelning
2. Läkemedelstillförsel peroral

3. Övervakning av läkemedelsintag
4. Sårvård
5. Hudvård

De flest använda KVÅ koderna av arbetsterapeut februari månad 2020.

1. Bedömning av hjälpmedelsbehov
2. Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel (ex rullstol)
3. Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning
4. Konferens om patient
5. Bedömning av boendemiljö

De flest använda KVÅ koderna av fysioterapeut februari månad 2020.

1. Bedömning av hjälpmedelsbehov
2. Muskelfunktions och styrketräning
3. Fallprevention
4. Transkutan nervstimulering
5. Bedömning av muskelfunktion

Analys

Nutrition

| Mått | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|--|--|---|
| Andel patienter med mer än 11 timmars ofrivillig nattfasta på särskilt boende | 17 – 100 % eller ett medeltal på 39 % 146 patienter deltagit i mätningen | 0 – 62 % eller ett medeltal på 29 % 135 patienter har deltagit i mätningen | 7 – 84 % eller ett medeltal på 40 % 95 patienter har deltagit i mätningen |

Analys

Ovanstående mätning visar resultatet av senare delen av 2020 års mätning i särskilt boende. Andelen patienter med ofrivillig nattfasta mer än 11 timmar har ökat det senaste året. Det är dock skillnader mellan olika boenden.

I Senior Alert framgår att bakomliggande orsaker till BMI <22 varierar. De flesta orsakerna ses bakomliggande sjukdomar, läkemedelsbehandling samt avvikande ätbeteende.

De flesta planerade och utförda åtgärder är mellanmål, vägning minst 1 gång var tredje månad och att minska nattfastan.

Munhälsa

Munhälsa mäts utifrån ett bedömningsinstrument ROAG. Av Senior Alert framkommer att 84 av 185 personer har risk för ohälsa i munnen av grad 2 (måttliga förändringar/avvikelse som kan åtgärdas av vårdpersonal). De flesta planerade och utförda åtgärderna är tandborstning-

assistens eller fullständig hjälp, fluortillförsel utöver fluortandkräm, fukta munslemhinnor.

Trycksår

En mätning av trycksår är genomförd under perioden 2020-09-15 - 2020-10-31 i särskilt boende. Vid detta tillfälle ingick 115 patienter på särskilt boende (ett boende deltog inte i mätningen). Mätningen gjordes samtidigt i de övriga kommunerna i länet. Nedan ses resultatet, med indelning på olika grader av trycksår.

| | Ånge | Västernorrland |
|---------------|------|----------------|
| Grad 1 | 8 % | 2 % |
| Grad 2 | 0 | 2 % |
| Grad 3 | 1 % | 1 % |
| Grad 4 | 0 | 0 |

Analys

Ånge har vid tillfället för mätningen haft högre andel patienter med grad 1 (hudrodnad som inte bleknar vid tryck) än länet i genomsnitt. Däremot hade Ånge en lägre andel patienter med grad 2-3 av trycksår (delhudsskada och fullhudsskada). Viktigt att fortsätta att riskbedöma, åtgärda och följa upp åtgärder för att minska risker att patienter får trycksår.

Av Senior alert framkommer att planerade och utförda åtgärder har varit mellanmål, tryckavlastande hjälpmedel, bedömning av hud 1 gång per dag eller oftare, hudvård samt att minska nattfasta till max 11 timmar. Det som även ses är att 86 % av trycksåren registrerade i Senior alert under 2020 har uppkommit på enheten.

Vårdprevention –särskilt boende 2020

Nedan är uttag ur Senior Alert för 2020.

| | | | | | |
|---------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Sverige / Kommun / Region | År | Typ av enhet | | | |
| Ånge kommun | 2020 | Vård och omsorg | | | |
| Vårdprevention | | | | | |
| ↑ Uppåt | Unika personer | Riskbedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
| Ånge kommun | 118 | 97% ↑ 182 av 188 | 95% ↔ 172 av 182 | 99% ↑ 181 av 182 | 85% ↑ 158 av 185 |

Vårdprevention – korttidsvård

| | | | | | |
|--|----------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Sverige / Kommun / Region | År | Typ av enhet | | | |
| <input type="text" value="Änge kommun"/> | 2020 | Korttids | | | |
| Vårdprevention | | | | | |
| ↑ Uppåt | Unika personer | Riskbedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
| Änge kommun | 34 | 100% ↑ 43 av 43 | 100% ↑ 43 av 43 | 100% ↑ 43 av 43 | 100% → 43 av 43 |

Vårdprevention – hemsjukvård

| | | | | | |
|--|----------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Sverige / Kommun / Region | År | Typ av enhet | | | |
| <input type="text" value="Änge kommun"/> | 2020 | Hemsjukvård | | | |
| Vårdprevention | | | | | |
| ↑ Uppåt | Unika personer | Riskbedömningar med risk | Bakomliggande orsaker vid risk | Åtgärdsplan vid risk | Utförda åtgärder vid risk |
| Änge kommun | 33 | 83% → 33 av 40 | 88% ↑ 29 av 33 | 82% ↓ 27 av 33 | 64% ↓ 23 av 36 |

Analys

Totalt är det 118 personer som fått minst en riskbedömning i särskilt boende, inom korttidsvård är det 34 personer och i hemsjukvård 33 personer. Dessa siffror är statistik från kvalitetsregistret Senior alert. Kommunen har sedan flera år tillbaka använt kvalitetsregistret på särskilda boenden. Under 2019 började även hemsjukvården använda registret.

På särskilda boenden fanns vid årsskiftet totalt 147 boendeplatser och 16 korttidsplatser under 2020. Vid årets slut 2020 hade 186 personer hemsjukvård av sjuksköterska.

Åtgärd

Fortsätta att använda Senior Alert som verktyg och utveckla kvalitetsarbetet.

Lokal arbetsordning för läkemedelshantering

| Mått | Särskilt boende | Hemsjukvård |
|---|-----------------|-------------|
| Uppdaterade lokala arbetsordningar för läkemedelshantering under året | 4 av 6 | 2 av 2 |

Analys

Alla enheter ska en uppdaterad lokal arbetsordning för läkemedelshantering, detta har inte uppfyllts på särskilt boende under året.

Kvalitetsgranskning för läkemedelshantering var planerad under no-

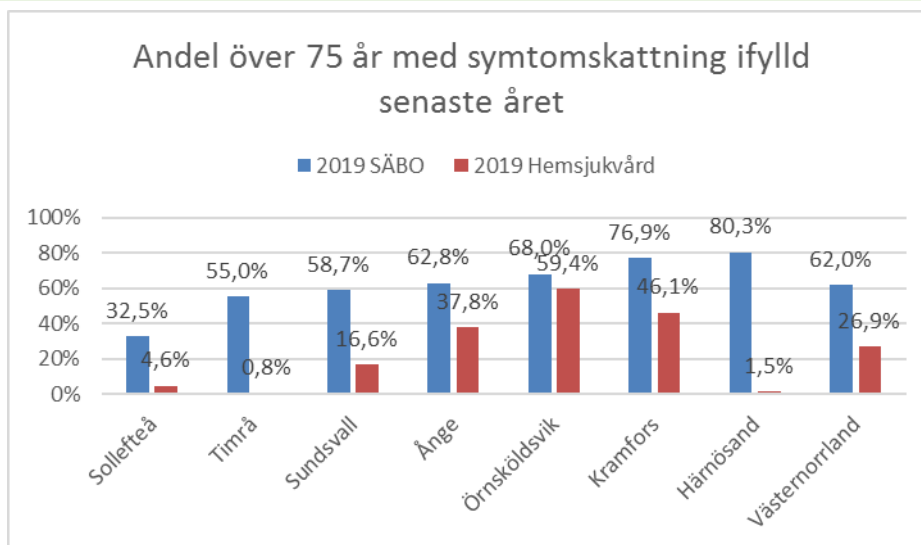
vember månad 2020. På grund av rådande omständigheter med smittspridning av Covid -19 gjordes bedömningen att skjuta upp granskningen till första delen av 2021.

Åtgärd

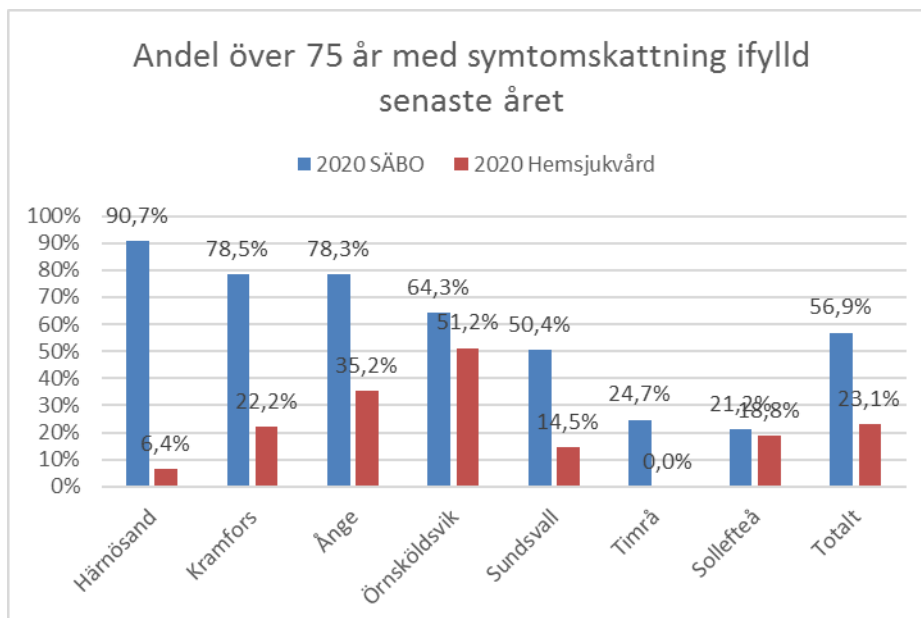
Enhetschef och sjuksköterska ansvarar att uppdatera arbetsordningen vid behov, minst en gång per år. Mall finns upprättad både för särskilt boende och hemsjukvårdsområde.

Läkemedelshantering

| Mått | Utfall 2018 | Utfall 2019 | 2020 |
|--|--|--|--|
| Andel patienter med genomförd symtomskattning enligt fastställd symtomskattningsskala | Särskilt boende 39 % Hemsjukvård 13 % | Särskilt boende 62,8 % Hemsjukvård 37,8 % | Särskilt boende 78,3 % Hemsjukvård 35,2 % |
| Andel patienter som har stående sömnläkemedel | Särskilt boende 10,2 % Hemsjukvård 10 % | Särskilt boende 8 % Hemsjukvård 11 % | Särskilt boende 5 % Hemsjukvård 12,3 % |
| Andel patienter som har stående laxantia | Särskilt boende 38 % Hemsjukvård 20 % | Särskilt boende 50,4 % Hemsjukvård 16 % | Särskilt boende 45,8 % Hemsjukvård 11,4 % |
| Andel med neuroleptika | Särskilt boende 12 % Hemsjukvård 3 % | Särskilt boende 16 % Hemsjukvård 2 % | Särskilt boende 17,5 % Hemsjukvård 4,7 % |
| Andel patienter med oxazepam | | Särskilt boende 17,5 % Hemsjukvård 8 % | Särskilt boende 19,2 % Hemsjukvård 8,6 % |



Ovanstående bild visar Ånge i jämförelse med övriga kommuner och länet i genomsnitt 2019



Ovanstående bild visar Ånge i jämförelse med övriga kommuner och länet i genomsnitt 2020

Analys

Andelen patienter som fått en genomförd läkemedelsgenomgång med symtomskattning i särskilt boende har ökat från 2019 till 2020. I hemsjukvård har andelen däremot minskat.

Alla patienter i särskilt boende och hemsjukvård ska erbjudas denna genomgång av läkemedel. Återföring av resultatet har gjorts till sjuksköterskor och enhetschefer för analys på respektive enhet.

Dialog ska genomföras vid samverkansmöten mellan hälsocentral/vårdcentral och kommunen. Detta för att användas i kvalitetsarbetet.

Läkarmedverkan

| | |
|---|----------------|
| Mått | |
| Antal enheter med aktuell lokal överenskommelse om läkarmedverkan | 4 av 9 enheter |

Analys

Enligt avtal om läkarmedverkan ska det finnas lokala överenskommelser upprättade mellan hälsocentral/vårdcentral och kommunens enheter. Överenskommelsen ska vara aktuell och uppdaterad inom senaste året. Det saknas fortfarande uppdateringar från fem enheter vid årsskiftet.

Åtgärd

Efterfrågan har gjorts om dessa överenskommelser.

Rehabilitering

Hjälpmedelskommittén är ett beslutande organ där representanter finns både från Region Västernorrland och länets kommuner. Överenskommelse om uppdragsbeskrivning för en länsövergripande hjälpmedelskommitté, styr uppdragen. Från Ånge deltar enhetschef för fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

I länet finns även ett samverkansråd där Hjälpmedel Västernorrland och kommunerna i länet är deltagare. I samverkansrådet lyfts frågor som berör hjälpmedelsavtalet. Från Ånge kommun deltar enhetschef för fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

I kommunen finns 3 årsarbetare arbetsterapeut och 3 årsarbetare fysioterapeut. Dessa tjänster har varit besatta av både ordinarie personal, vikarier och från bemanningsföretag. Inom rehab finns även 2 rehab-assistenter.

Rehab-assistenterna arbetar på uppdrag och genom delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad personal. De har även uppdraget att vara hjälpmedelscontroller. Detta innebär att de sakgranskar fakturor och skickar påminnelser till anhöriga eller patienter om att skicka tillbaka hjälpmedel, som inte används.

Utbildning i förflyttningsteknik ges till vård och omsorgspersonal. Två rehab-assistenter samt två undersköterskor har genomgått utbildning för att utbilda personal i förflyttningsteknik.

Samordnad vårdplanering och informationsöverföring

| Mått | Utfall 2018 | Utfall 2019 | Utfall 2020 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Avvikelse gällande informationsöverföring till specialist- och primärvård från kommunen | 13 | 22 | 29 |
| Avvikelse gällande informationsöverföring till kommunen från specialist- och primärvård | 3 | 4 | 5 |

Analys

Antalet avvikelser har ökat. Totalt är det 29 avvikelser till specialist och primärvård, 5 avvikelser har inkommit till kommunen.

Flertalet av avvikelserna till specialistvården gäller för utskrivna patienter från sjukhuset. Det gäller bland annat brister i medicinskt information, nyinsatt läkemedel inte medskickat patient och brister i SIP. Vid inkomna avvikelser till kommunen gäller det bland annat brister i kommunikation och försening av planering inför hemgång.

När avvikelse uppmärksammas dokumenteras det i avvikelsemodulen Procapita. Rutin för hantering av avvikelse i vårdkedjan styr hanteringen.

Under 2020 har en arbetsgrupp med representanter från regionen och länets kommuner tagit fram ett förslag till flöde av avvikelser i vårdkedjan. En viktig del att vårdgivare analyserar och planerar åtgärder. I arbetsgruppen har MAS från Ånge kommun deltagit.

| Ånge kommun | Skapade vådrapporter |
|---------------|----------------------|
| Hemsjukvård | 59 |
| SÄBO | 39 |
| Totalt | 98 |

| Ånge | Totalt antal skapade SIP planer | Varav skapade under pågående vårdperiod |
|--------------------------|---------------------------------|---|
| VC Fränsta | 6 | 6 |
| HC Ånge | 13 | 12 |
| Totalt Ånge HC/VC | 19 | 18 |

Analys

Antal upprättande vådrapporter i Prator har det totalt varit 98 under år 2020 som motsvarande år 2019 var 166 vådrapporter. Vådrapporterna upprättas av sjuksköterska i kommunen. Detta är kommunens informationsöverföring till regionen för inkommande patient.

Totalt har det upprättats 19 samordnade individuella planer. Av dessa har 95 % upprättats under pågående vårdperiod på sjukhuset. En minskning från tidigare år då det upprättades 35 samordnade individuella planer.

Ett lägre antal vådrapporter tyder på färre patienter som åkt till sjukhuset, under detta år 2020.

Det är ett lågt antal samordnade vårdplaner i förhållande till patienter som vårdats på sjukhuset. Behov av att analysera ytterligare om det låga antalet SIP föranlett komplikationer för patienter i form av återinläggningar.

Förebygga smittspridning utifrån riskfaktorer

| Mått – Andel patienter med riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner | Särskilt boende 2018 | Särskilt boende 2019 | Särskilt boende 2020 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Urinkateter | 13,2 % | 15 % | 9 % |

Analys

Mätningen av urinkatetrar visar att andelen har minskat under de senaste åren. Under 2020 har 9 % i särskilt boende en urinkateter via urinröret. Mätningen har genomförts för 115 patienter. I jämförelse med övriga kommuner i länet så har 11 % en urinkateter.

När kateter förekommer ska det finnas en tydlig dokumentation. Vid granskning av detta så är det helt uppfyllt för 82 % och 18 % nästan uppfyllt (saknas 2-3 parametrar).

Åtgärd

Åtgärder som vidtagits sedan tidigare är att resultat återkopplats till sjuksköterskor, för att diskutera med ansvariga läkare om orsak till urinkateterbehandling.

Kontroll av basala hygienrutiner

För vårdhygien finns en aktivitetskalender som är årsbaserad. Egenkontroll finns där enhetschef genomför denna tillsammans med personal. Vad kan vi förbättra? Hur jobbar vi vidare med detta? Kopia på egen kontrollen skickas till MAS och hygiensjuksköterska.

Av enheternas resultat framkommer detta:

| | |
|---|-------------|
| Mått – Genomförda egenkontroller | 2020 |
| Särskilt boende | 3 av 6 |
| Hemtjänst, hem-sjukvård | 1 av 3 |
| Stöd och omsorg | 0 av 4 |

Analys

Under året har det arbetats med basala hygienrutiner och enheternas säkerställande. Vid analys framkommer att det uppfattats av enheterna att egenkontrollen varit aktuell i arbetet, men inte dokumenterats. Några enheter har inkommit med sitt resultat efter årsskiftet.

Kontroll av medicintekniska produkter

| | |
|--|--------|
| Mått | |
| Antal enheter som uppgett att besiktning av taklyftar och mobila lyftar genomförts under året | 3 av 3 |

Analys

Taklyftar och mobila lyftar ska genomgå en kontrollbesiktning minst en gång per år.

| | |
|--|--------|
| Mått | |
| Antal enheter som uppgett att kontroll av spol- och diskdesinfektor genomförts under året | 2 av 3 |

Analys

Disk- och spoldesinfektorer ska genomgå en kontroll av behörig person, minst en gång per år.

Avvikelse rapporter

Totalt har 811 avvikelser rapporterats under 2020. I denna sammanräkning ingår avvikelser gällande fall, läkemedel, medicintekniska produkter, ordination ej utförd, trycksår och övrig HSL. Det är en minskning av antal i jämförelse med föregående år.

Totalt antal avvikelser hälso- och sjukvård per år (exklusive avvikelser i vårdkedjan och synpunkter/klagomål)

| 2018 | 2019 | 2020 |
|------|------|------|
| 848 | 971 | 810 |

Läkemedel

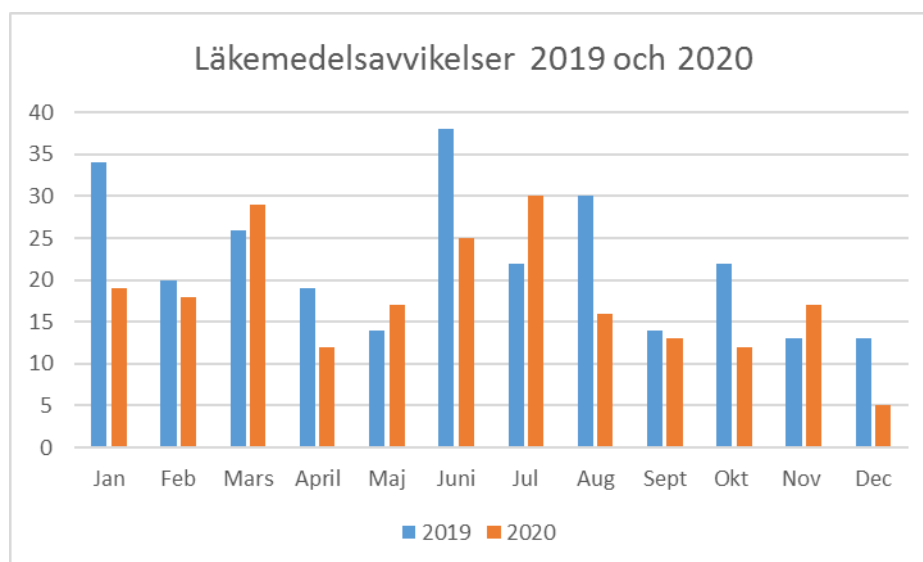
| 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------------|------------------------|-----------------------|
| 230 (varav 143 i säbo) | 265 (varav 192 i säbo) | 213 (varav 85 i säbo) |

Analys

Totalt har antalet läkemedelsavvikelser minskat i jämförelse med tidigare år.

95 % av dessa rapporter är i överlämnande fasen. En minskning av antalet avvikelser i iordningställandefasen har skett jämförelse med föregående år. Minskningen i iordningställande fasen är från 45 rapporter till 25. Under året har det varit flest händelser under mars, juni och juli. En förklaring kan vara semestermånaderna.

Föregående år 2019 var januari en månad som hade högre andel avvikelser, som då berodde på ett flertal avvikelser som gällde svinn av läkemedel.



Åtgärd

Viktigt att rapportera när det uppmärksammas risker och händelser.

Fortsätta att analysera händelser och förbättra på varje enhet. Planering görs för att använda digitala signeringslistor.

Medicintekniska produkter

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Antalet avvikelserapporter | 8 varav (7 i säbo) | 3 (varav 1 i säbo) | 4 (varav 2 i säbo) |

Analys

En av dessa händelser är anmäld som negativ händelse med medicinteknisk produkt till Läkemedelsverket, tillverkaren och till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta gällde en personlyft som hade en händelse med att en sprint lossnat och taklyften blev hängande snett. Patient togs omhand och ingen vårdskada inträffade.

Ordination ej utförd

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Antalet avvikelserapporter | 8 (varav 8 i säbo) | 10 (varav 8 i säbo) | 6 (varav 5 i säbo) |

Analys

Händelserna gäller brister i att utföra ordination från fysioterapeut och sjuksköterska.

Åtgärd

Planering görs för att använda digitala signeringslistor.

Trycksår

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|--------------------|--------------------|----------|
| Antalet avvikelserapporter | 2 (varav 2 i säbo) | 9 (varav 9 i säbo) | 1 (säbo) |

Analys

I jämförelse med uppgifter i kvalitetsmätningen ses en underrapportering vid uppmärksammande av trycksår.

Åtgärd

Säkerställa förebyggande åtgärder, samt att det finns leg personal med utbildning och förskrivning av trycksårsförebyggande madrasser.

Övrig HSL

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|----------|---------------------|---------------------|
| Antalet avvikelserapporter | 3 (säbo) | 11 (varav 8 i säbo) | 11 (varav 5 i säbo) |

Analys

Händelserna gällde bland annat brist i dokumentation, risk för utebliven bedömning och behandling och samverkan mellan professioner.

Samlad analys och förslag på åtgärder utifrån avvikelser

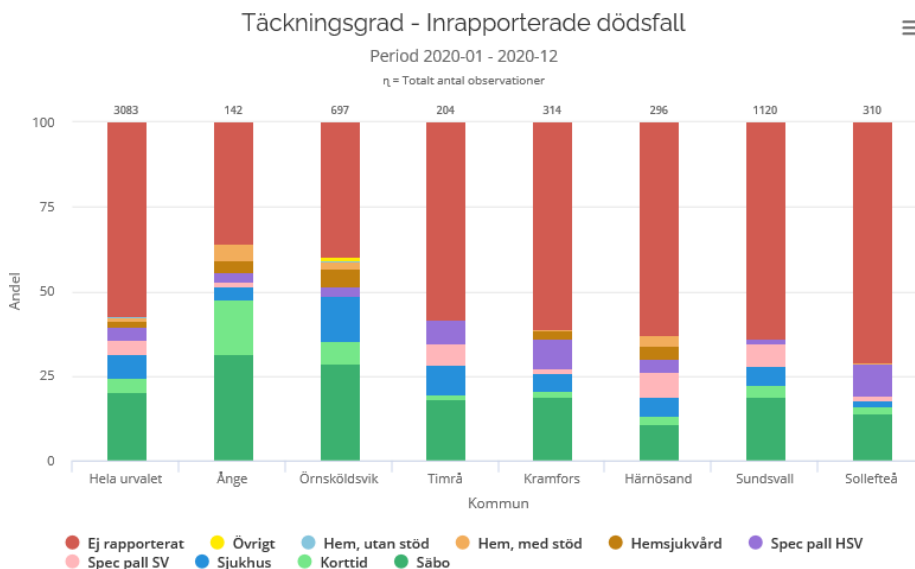
Antalet avvikelserapporter har minskat i jämförelse med tidigare år. Det är viktigt att rapportera men också att analysera, utreda bakomliggande orsaker och åtgärda, så att händelser inte händer igen. En ökad kunskap om systematiskt förbättringsarbete och dess praktiska hantering är en förutsättning för patientsäkerhetsarbetet.

Förslag är att fortsätta det vårdpreventiva arbetet på enheterna och att använda Senior alert och avvikelser i det systematiska förbättringsarbetet. Viktigt att göra all personal delaktig i kvalitetsarbetet.

Under 2021 planeras införande av digital signering av ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vård i livets slutskede

Täckningsgrad för Västernorrlands kommuner för registrering i Palliativa registret



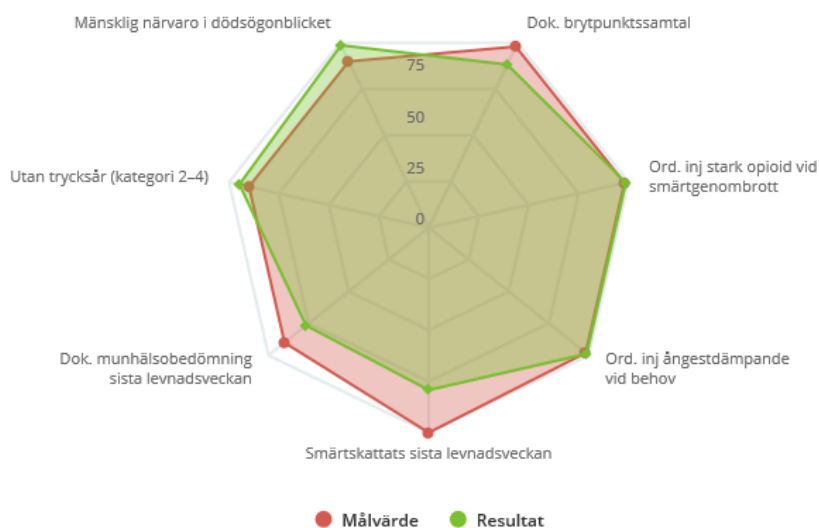
Resultat från Svenska Palliativregistret Kommunal hälso- och sjukvård i Ånge kommun 2020 i jämförelse med föregående år.

I jämförelse med föregående år utifrån kvalitetsindikatorer

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------------------------|------|------|------|
| Dokumenterat brytpunktssamtal | 87 | 87,8 | 88,3 |
| Dokumenterad smärtskattning | 75,4 | 74,3 | 79,2 |
| Avlidna utan trycksår | 92,8 | 87,8 | 94,8 |
| Ord inj mot ångest | 97,1 | 93,2 | 98,7 |
| Ord stark opioid inj vid smärta | 98,6 | 93,2 | 98,7 |
| Dokumenterad munhälsa | 63,8 | 68,9 | 76,6 |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket | 95,7 | 94,6 | 98,7 |

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Källa: Svenska Palliativregistret

Analys

Det ses en ökning av samtliga mätbara kvalitetsindikatorer. Utifrån de målvärden som är nationella har målnivån uppnåtts i 4 av de 7 kvalitetsmålen.

Klagomål och synpunkter

Under året har 4 klagomål/synpunkter inkommit till diariet samt 3 via procapitas avvikelsemödel. Detta är en ökning eftersom under 2019 hade 2 klagomål inkommit.

Inget klagomål har inkommit via Inspektionen för vård och omsorg.

Ånge kommun har ett avtal med Region Västernorrland om gemensam patientnämndsverksamhet, Patientnämnden Etiska nämnden i Region Västernorrland. Under året har ett ärende inkommit som gäller Ånge kommun. Nedan ses en sammanställning för de senaste åren.

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|------|------|------|
| Antal ärenden till Patientnämnd-Etisk nämnd | 1 | 0 | 1 |

Analys

Under 2020 gällde ärendet en händelse på särskilt boende. En patient hade ramlat och larmet var ur funktion.

Antal ärenden under åren har varit få. Tänkbara orsaker till detta kan vara att det aktivt följs upp på enheten, som vidtar åtgärder på ett tidigt stadium. En annan tänkbar orsak kan vara beroendeställningen mellan vårdpersonal och patienter, som kan bidra till att patient/närstående tvekar att framställa klagomål. Det kan även vara en orsak att kännedom inte är tillräcklig om Patientnämnden Etisk nämnd.

Händelser och vårdskador

Under året har ingen händelse bedömts som en anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nedan finns en sammanställning från de senaste åren.

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------|------|------|------|
| Antal anmälningar | 0 | 1 | 0 |

Analys

De senaste åren har antalet anmälningar varit få.

Risikanalys

Inför sommaren 2020 har verksamhetschef för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska genomfört en risk och konsekvensanalys utifrån patientsäkerhet, inom kommunens hälso- och sjukvård dnr 20/87.

Inom kommunal hälso- och sjukvård fanns då 146 särskilda boendeplatser varav 14 korttidsplatser samt 189 hemsjukvårdspatienter (gällande

insatser från sjuksköterska/distriktssköterska).

Avvikelse rapporter och en sommarenkät till legitimerad personal skulle användas för att följa upp patientsäkerheten under sommaren.

Analys

Av sommarenkäten framkommer att 13 av 18 leg personal anser att patientsäkerheten upprätthållits under sitt ansvarsområde. De kommentarer från legitimerad personal som ansett att patientsäkerheten inte upprätthållits fullt ut finns följande kommentarer:

- ✓ Nyutbildade sjuksköterskor fått ett stort antal patienter att svara för med liten möjlighet för stöd från kollegor.
- ✓ Personal som inte fått tillräcklig introduktion.
- ✓ Svårigheter med hembesök av läkare.
- ✓ Planeringen med ”Att göra listan inte fungerat fullt ut, då det funnits besök som inte varit inlagda”.

14 av 15 tjänstgörande dagtid har svarat att planeringen för utskrivningsklara patienter fungerat bra.

16 av 18 har svarat att samverkan/planering har fungerat bra när det gäller misstänkt/konstaterad covid -19 patienter. Kommentarer har varit:

- ✓ Provtagning och samarbete har fungerat bra.
- ✓ Mycket information och rutiner.

11 av 12 sjuksköterskor har delegerat hälso- och sjukvårdsuppgifter till sommarvikarier.

Förbättringsåtgärder

Att fortsätta att utveckla planeringen inför sommaren i god tid samt att minst 50 % av ordinarie personal tjänstgör, inom samtliga personalkategorier.

Föregående års förbättringsområden var nedanstående, som föreslås även för nästkommande år 2021.

- Introduktion/utbildning till nyanställd personal
- Handledning – sommarmånaderna har många vikarier, men personal som ska handleda är färre.
- Delegeringsmoment – planera och ge en trygg utbildning i god tid.
- Teamarbetet, med patienten i centrum.
- Överlämningar mellan semesterperioderna.

Risk och konsekvensanalys genomfördes inför Covid-19. Riskanalysen är genomförd maj 2020.

Analys

Totalt antal risk och konsekvensanalyser är få.

Förbättringsåtgärder

Säkerställa att riskanalyser görs både i befintlig verksamhet eller inför en förändring. Säkerställa att kunskap finns om arbetssättet med riskanalyser.

Mål och strategier för kommande år

Mål:

Satsningar på förebyggande arbete

Minska allvarliga fysiska fallskador till följd av fall (fallskada) inom särskilda boenden och hemsjukvård.

Strategier

- Utbildning i fallprevention.
- Att skapa team för att arbeta fallpreventivt.
- Arbetsmetodik kring kost för särskilda boenden.
- Utökad vardagsmotion på särskilda boenden.

Mål:

God och säker hygien

Strategier

- Säkra följsamheten till basala hygienrutiner, genom att följa upp att all personal genomgår utbildning i basala hygienrutiner samt fortlöpande gör egenkontroller.

Mål:

Utökad samverkan inom kommunen och regionen

Strategier

- Utveckla verksamheten inför omställningen Nära Vård.
- Att utveckla vårdpreventiv process.
- Utveckling av personcentrerat arbetssätt.
- Utveckla och säkerställa samordnade individuella planer (SIP).

Mål:

Säkerställa kompetensförsörjning.

Strategier

- Utbildningar och fortbildningar

Mål:

Patienter med urininkontinens ska få en basal utredning.

Strategier

- Att använda kvalitetsregistret Senior alert.