

Socialnämndens arbetsutskott

Sammanträdesdatum:  
2016-02-17**AU § 45      Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse Karlsborgs kommun 2015**

Dnr 28/2016

**Socialnämndens arbetsutskotts förslag**

Socialnämnden beslutar att godkänna patientsäkerhetsberättelsen.

**Sammanfattning**

Socialchef Sandra Peters om patientsäkerhetsberättelse för 2015.

Verksamheten har under året arbetat med att identifiera och beskriva processer som finns och behövs för att säkra att socialförvaltningen uppfyller de krav och mål som finns för verksamheten, enligt gällande lagar och föreskrifter. Ett vårdplaneringsteam där biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt vid behov psykiatrisjuksköterska och demenssjuksköterska ingår, samordnar resurser och insatser samt följer upp beslut. Målet med teamet är att ge den enskilde möjligheten till inflytande och delaktighet vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

Samverkansgrupper där de olika vårdgivarna finns representerade arbetar med att övergången mellan de olika vårdgivarna skall bli så sömlös som möjligt. Personalen fortsätter att rapportera tillbud och negativa händelser i verksamhetens avvikelssystem och under 2015 rapporterades 554 avvikelser (661 st. år 2014). Av dessa var 376 fall- och 122 läkemedels-avvikelser. Den aktiva registreringen i avvikelssystemet tillsammans med prevalensmätningar som gjorts, har lett till att arbetssätt och åtgärdsplaner lyfts fram att arbeta med. Områden som behöver förbättras har identifierats och förbättringsarbeten inletts. Arbetet med nationella kvalitetsregister fortgår.

Införandet av arbetssättet IBIC (Individens Behov i Centrum) fortgår. Arbetssättet innebär en strukturerad dokumentation av den enskildes behov och kommer att fortgå under hela 2016.

Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen finns och syftet med den är att ledningssystemet skall användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

**Beslutsunderlag**

Patientsäkerhetsberättelse Karlsborgs kommun 2015



**Karlsborgs kommun**  
Socialförvaltningen

Datum  
2016-02-09

1(16)  
Diarienummer  
XX/XXXX

# **Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse**

## **Socialnämnden**

### **2015**



## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>Bakgrund .....</b>	<b>3</b>
<b>Mål och Strategi .....</b>	<b>3</b>
<b>Ansvarsfördelning .....</b>	<b>4</b>
<i>Ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet.....</i>	<i>4</i>
<b>Kvalitetsberättelse .....</b>	<b>5</b>
<i>Processer och rutiner .....</i>	<i>5</i>
<i>Systematiskt förbättringsarbete.....</i>	<i>5</i>
<i>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....</i>	<i>6</i>
<i>Dokumentationsskyldighet .....</i>	<i>6</i>
<i>Uppnådda resultat utifrån årets kvalitetsarbete .....</i>	<i>6</i>
<b>Patientsäkerhetsberättelse .....</b>	<b>7</b>
<i>Egenkontroll.....</i>	<i>7</i>
Läkemedelsgenomgångar.....	7
Antibiotikaförskrivning.....	8
Hygienrutiner .....	8
Diskdesinfektorer .....	9
Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister .....	9
Trycksårsmätning.....	9
Munhälsovårdsbedömningar och uppsökande tandvård .....	10
Nutrition .....	11
Demensvård .....	11
Svenska palliativregistret .....	11
Loggning .....	12
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador.....</i>	<i>12</i>
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....</i>	<i>13</i>
<i>Sammanställning och analys.....</i>	<i>15</i>
<i>Resultat.....</i>	<i>15</i>
<b>Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.....</b>	<b>16</b>

## Sammanfattning

### De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten

Verksamheten har under året arbetat med att identifiera och beskriva processer som finns och behövs för att säkra att socialförvaltningen uppfyller de krav och mål som finns för verksamheten, enligt gällande lagar och föreskrifter. Ett vårdplaneringsteam där biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt vid behov psykiatrisjuksköterska och demenssjuksköterska ingår, samordnar resurser och insatser samt följer upp beslut. Målet med teamet är att ge den enskilde möjligheten till inflytande och delaktighet vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen.

Samverkansgrupper där de olika vårdgivarna finns representerade arbetar med att övergången mellan de olika vårdgivarna skall bli så sömlös som möjligt.

Personalen fortsätter att rapportera tillbud och negativa händelser i verksamhetens avvikelssystem och under 2015 rapporterades 554 avvikelser (661 st. år 2014). Av dessa var 376 fall- och 122 läkemedels-avvikelser. Den aktiva registreringen i avvikelssystemet tillsammans med prevalensmätningar som gjorts, har lett till att arbetsätt och åtgärdsplaner lyfts fram att arbeta med. Områden som behöver förbättras har identifierats och förbättringsarbeten inletts.

Arbetet med nationella kvalitetsregister fortgår.

### De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka kvaliteten

Införandet av arbetsättet IBIC (Individens Behov i Centrum) fortgår. Arbetsättet innebär en strukturerad dokumentation av den enskildes behov och kommer att fortgå under hela 2016.

Riktlinje för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen finns och syftet med den är att ledningssystemet skall användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

## Bakgrund

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilket det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet följer patientsäkerhetslagens bestämmelser och ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten finns. Ledningssystemet skall säkerställa att rätt saker görs på rätt sätt och vid rätt tillfälle och skapar ordning så att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser kan förebyggas.

## Mål och Strategi

Varje brukare ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och inte riskera att orsakas skada eller drabbas av missförhållanden. Likaså skall varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård ska kunna ges. I mötet med den

enskilda människan skall socialförvaltningen sträva efter att utveckla ett respektfullt och empatiskt förhållningssätt som skapar trygghet och tillit till såväl profession som organisation. Socialförvaltningen i Karlsborgs kommun skall därför bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att via ledningssystemet, planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra i verksamheten. Detta så att åtgärder kan vidtas för att förebygga att brukare drabbas av vårdskador. Det är också viktigt att kunna tydliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Socialförvaltningen i Karlsborg ska också ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

## **Ansvarsfördelning**

### ***Ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet***

#### **Socialnämndens ansvar**

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden skall fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

#### **Verksamhetschefens ansvar**

Verksamhetschefen skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bland annat att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens Hälso- och Sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

#### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina Hälso- och sjukvårdsuppgifter.

#### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

## Kvalitetsberättelse

Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras och syftet med en kvalitetsberättelse är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten, det arbete och de avvikelser, Lex Sarah-utredningar och synpunkter som förekommit under 2015.

### *Processer och rutiner*

I enlighet med riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen i Karlsborg (Dnr. 26/2015) har arbetet med att identifiera och beskriva processer som finns och behövs för att säkra att socialförvaltningen uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar och föreskrifter fortskridit. Flertalet processer är identifierade och sammanställda i ett klassificeringsdokument. Processerna ska beskriva arbetsflöden, ansvarsfördelning samt vilka rutiner som finns i de olika aktiviteterna och kommer att finnas tillgängliga via Stratsys (strategiverktyg).

### *Systematiskt förbättringsarbete*

Det systematiska förbättringsarbetet består av följande komponenter:

#### *Riskanalys*

Det är närmast ansvarig chefs ansvar att för sin verksamhet analysera riskerna i verksamheten.

Kan händelser inträffa som kan medföra brister i kvalitén?

Vad är sannolikheten för detta? Vad blir konsekvenserna?

Utifrån riskanalyser ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Riskanalysen görs fortlöpande. Sammanställning av genomförda riskanalyser görs i samband med den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

#### *Egenkontroll*

Egenkontroll innebär att man granskar hur man arbetar och har arbetat, särskilt i jämförelse med andra och med sig själv över tid. Närmast ansvarig chef ansvarar för att:

- jämföra sitt resultat med nationella/regionala kvalitetsregister
- jämföra sitt resultat med öppna jämförelser
- jämföra sitt eget resultat med egna tidigare resultat och andra verksamheters resultat
- granska journaler, akter och annan dokumentation på sitt område
- undersöka om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet

Utifrån egenkontrollen ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Socialchefen ansvarar för egenkontrollen på ett övergripande plan genom att jämföra verksamhetens resultat med kvalitetsregister, övriga kommuners resultat och sina egna tidigare resultat.

Utifrån enhetschefernas egenkontroll granskas dokumentationen på ett övergripande plan.

Inför framtagandet av socialnämndens årliga egenkontrollplan ansvarar socialchefen/kvalitetsstyrgrupp för att sammanställa de processer som han/hon bedömer som mest angelägna att lyfta in i egenkontrollplanen.

Det har under 2015 skett flera olika egenkontroller i enlighet med socialförvaltningens internkontrollplan för 2015. Dessa redovisas till socialnämnden separat.

#### *Klagomål och synpunkter*

Närmast ansvarig chef ansvarar för att löpande ta emot klagomål och synpunkter från brukare,

anhöriga, personal, andra intressenter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård och LSS. Utifrån inkomna klagomål och synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Utifrån enheternas systematiska arbete med klagomål och synpunkter ansvarar socialchefen för att årligen presentera en sammanställning för nämnden kring inkomna klagomål och synpunkter samt åtgärder vidtagna med anledning av brister som uppdragats i dessa. (Rutin "Tyck till om socialtjänsten Dnr 89/2012)

Under år 2015 har 15 klagomål och synpunkter kommit in

### ***Rapporteringskyldighet***

Det finns en lagstadgad skyldighet att rapportera:

- vårdskador och risk för vårdskador (HSL)
- missförhållanden och risk för missförhållanden då någon lidit skada eller det finns en konkret och uppenbar risk att någons liv, säkerhet, psykiska eller fysiska hälsa kan skadas (SoL och LSS).

Socialnämnden har riktlinjer för Lex Sarah, Lex Maria och för avvikelshantering. Utöver detta har socialchefen i uppdrag att ta fram lämpliga rutiner, utredningsmall m.m. för verksamheten. Utifrån rapporterade vårdskador, risker för vårdskador, missförhållanden och risker för missförhållanden ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Under år 2015 har 554 avvikelser rapporterats enligt den rutin som finns för avvikelshantering.

Ingen anmälan till IVO enligt Lex Maria har skickats.

Under år 2015 har sex rapporter enligt Lex Sarah utretts.

### ***Personalens medverkan i kvalitetsarbetet***

För att uppnå en god kvalitet och säkerhet är medarbetarnas engagemang och delaktighet nödvändig. Enligt HSL, SoL och LSS är personalen skyldig att medverka till hög patientsäkerhet respektive god kvalitet. Respektive chef ska säkerställa att deras personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

### ***Dokumentationsskyldighet***

Vision 2020 samt styrkortet för socialnämnden i Karlsborgs kommun är styrande dokument som socialförvaltningen använder som grund i sitt målarbete, där nöjda brukare och medarbetare är i fokus och behovet av ändamålsenliga bostäder synliggörs.

För att följa det löpande kvalitetsarbetet granskar respektive chef bland annat social dokumentation och HSL-dokumentation. Under år 2015 hade i genomsnitt 83 % av brukare inskrivna i kommunens Vård och Omsorg minst en aktuell genomförandeplan.

### ***Uppnådda resultat utifrån årets kvalitetsarbete***

I enlighet med riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen i Karlsborg (Dnr. 26/2015) har arbetet med att identifiera och beskriva processer som finns och behövs för att säkra att socialförvaltningen uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt

de lagar och föreskrifter fortskridit. Flertalet processer är identifierade och sammanställda i ett klassificeringsdokument.

## **Patientsäkerhetsberättelse**

### ***Egenkontroll***

#### **Läkemedelsgenomgångar**

Utifrån den regionala handlingsplanen 2014 - 2015 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre har socialförvaltningen tillsammans med vårdcentralen i Karlsborg utarbetat en lokal handlingsplan som följs upp två gånger per år.

Ett av målen med handlingsplanen är god läkemedelsbehandling. För att uppnå målet med en god läkemedelsbehandling kartläggs bland annat förekomsten av olämpliga läkemedel, antipsykotiska läkemedel och användningen av antiinflammatoriska läkemedel. Enligt socialstyrelsens öppna jämförelser 2014 har:

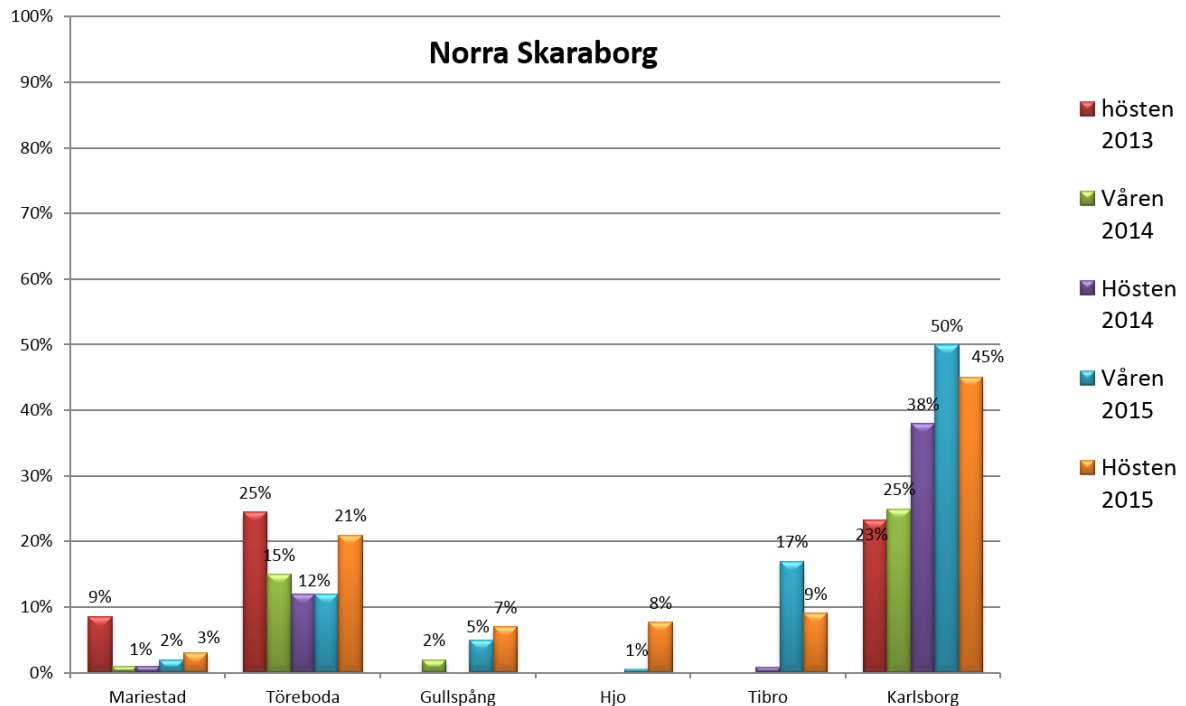
- 10,4 % av personer i Karlsborg, 75 år och äldre, tre eller fler psykofarmaka. Kommunen ligger på 178 plats av 262 kommuner.

- 25 % av personer i Karlsborg, 75 år och äldre, tio eller fler läkemedel. Kommunen ligger på 240 plats av 276 kommuner.

Enligt den lokala handlingsplanen skall en individuell läkemedelsgenomgång, enkel eller fördjupad, genomföras minst en gång per år. I anslutning till inskrivning i hemsjukvård och vid inflyttning till särskilt boende skall det alltid göras en läkemedelsgenomgång. Syftet med den läkemedelsgenomgången är att åtgärda läkemedelsrelaterade problem. En läkemedelsgenomgång skall också genomföras i samband med den medicinska vårdplan som årligen skall erbjudas de personer som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård.

Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2015, så fanns det 198 personer som omfattades av kommunala Hälso- och sjukvårdsinsatser, varav 89 personer (45 %) som hade en medicinsk vårdplan. I tabellen nedan syns statistik från norra närvårdsområdet





### Antibiotikaförskrivning

Arbetet med att förhindra vårdrelaterade infektioner (VRI) och minska spridning och uppkomst av antibiotikaresistenta bakterier anses, såväl nationellt som internationellt, som en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna.

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området.

Mätningen baseras på europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll som används för mätningar inom särskilt boende i Europa. Folkhälsomyndigheten har översatt och anpassat protokollet till svenska förhållanden och Karlsborgs kommun var en av de kommuner i Sverige som genomförde mätningen under två veckor i november.

Mätningen genomfördes via kvalitetsregistret Senior alert och totalt 57 brukare observerades. Ingen av dessa hade bekräftad infektion förvärvad på särskilt boende. En brukare av de observerade hade en pågående terapeutisk behandling.

### Hygienrutiner

Basala hygienrutiner är grundläggande för att minska smittspridning och infektioner i vård och omsorg. Samma hygienregler som gäller i sjukvården gäller också vid arbete inom hemtjänsten, särskilda boenden och inom omsorgen, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen.

Syftet med basala hygienrutiner är att förhindra smittöverföring och enhetscheferna inom Vård och Omsorg kontrollerar med hjälp av utsedda hygienombud, hygien och klädregler regelbundet.

Korrekt handläggning av basala hygienrutiner innebär att:

1. Desinfektion av händer skall utföras direkt före patientnära arbete.
2. Desinfektion av händer skall utföras direkt efter patientnära arbete.

3. Att handskar skall användas vid risk för kontakt med kroppsvätskor.
4. Att engångsförkläde av plast eller patientbunden skyddsrock skall användas om det finns risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.

Korrekt handläggning av klädregler innebär att;

1. Arbetskläderna skall ha korta ärmar, bytas dagligen och vid behov.
2. Händer och underarmar ska hållas fria från armbandsur, smycken, lösnaglar, konstgjorda naglar, bandage och stödskenor eller motsvarande..
3. Att hår skall vara kort eller uppsatt.

Punktprevalensmätningar av basala hygienrutiner och klädregler utförs varje år, vår och höst, inne på särskilt boende. Under våren 2015 gjordes 38 observationer och under hösten gjordes 43 observationer.

Höstens mätning visade bland annat att, all observerad personal bar korrekt arbetsdräkt samt hade kort eller uppsatt hår. All observerad personal använde också plathandskar på ett korrekt sätt och 95 % av de observerade var fria från ringar, klockor och armband.

### **Diskdesinfektorer**

Den utrustning som används inom vården måste uppfylla kraven på god hygienisk standard. Det gäller inte bara den medicintekniska utrustningen utan även annan utrustning i vårdlokalerna. All utrustning måste uppfylla relevanta krav så att den inte riskerar att sprida smittämnen till brukare, personal och besökare.

Diskdesinfektorer och olika typer av sterilisatorer ska genomgå validering, regelbundna kontroller och upprepade prestandakontroller enligt SiS-standarder som finns tillgängliga för alla landsting. Även spoldesinfektorer som används på vårdavdelningar måste kontrolleras enligt regler och anvisningar.

Dagliga kontroller utförs av berörda enheters personal. Två gånger per år utförs också en kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll.

### **Senior alert - ett nationellt kvalitetsregister**

Fall, undernäring och trycksår är problem som drabbar främst äldre personer i behov av vård och omsorg. De tre områdena har stark koppling till varandra. En undernärd person har lättare att falla och utveckla trycksår och vid till exempel en höftfraktur ökar risken att utveckla trycksår och näringsproblem. Senior alert är ett kvalitetsregister där målet är att utveckla nya förebyggande arbetsätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg.

Riskbedömning sker för närvarande inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Personalen inom särskilt boende på Haganäset, arbetar sedan januari månad 2013, med att riskbedöma, planera åtgärder och följer upp de planerade åtgärderna. Under perioden 2015-01-01 till 2015-12-27 genomfördes 78 riskbedömningar. I dessa riskbedömningar finns 47 planerade åtgärder och 54 uppföljningar är utförda under perioden.

Målet för 2015 var att utöka registreringen enligt kvalitetsregistret till att även innefatta hemvården. Detta mål har inte uppfyllts. En projektgrupp är därför tillsatt, med avsatt tid under våren och sommaren 2016. Syftet med gruppen är att införa senior alert i hemvården samt genomföra kompetensutveckling för övrig omvårdnadspersonal.

### **Trycksårsmätning**

Ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsaka stort lidande. Det förebyggande arbetet är därför

mycket viktigt. Varje verksamhet som vårdar brukare med risk att få trycksår ska därför ha rutiner för att så snart som möjligt bedöma risken och vilka åtgärder som bör sättas in.

Riskbedömning görs regelbundet och relevanta åtgärder så som t.ex. kroppspositionering i säng/ stol, bruk av tryckutjämnande underlag, hjälpmedelsförskrivning, förflyttningsträning, hudvård, berikning av kost mm sätts in. Av vikt är att all personal har kunskap om vad man skall göra och vad som är viktigt för varje enskild individ, för att undvika risker för trycksår.

En punktprevalensmätning av bland annat trycksår gjordes senast under vecka 42, via Senior Alert, i flera av Sveriges kommuner. 143 kommuner deltog i mätningen och totalt 18 747 personer observerades. Andel personer med trycksår vid mätningen var 7,5 %.

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal på Haganäset SÄBO/ Somatik, Demens och Korttid genomförde trycksårsmätningar under vecka 11 och vecka 42, 2015, men avstod från att registrera mätningen i Senior Alert. Bedömningen gjordes utifrån 4 kategorier:

Kategori 1: Rodnad som inte bleknar vid tryck, Kvarstående missfärgning, hel hud.

Kategori 2: Delhudskada, ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa

Kategori 3: Fullhudskada, sår ned till men inte genom fascian.

Kategori 4: Fullhudskada. Sår med vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.

Resultatet ses nedan:

Observation av antal trycksår 2015	Antal observerade personer	Andel personer med trycksår	Antal personer med trycksår	Totalt antal trycksår	Antal trycksår kategori 1	Antal trycksår kategori 2	Antal trycksår kategori 3	Antal trycksår kategori 4
SÄBO-Somatik, Våren	45	13%	6	7	5	2	0	0
SÄBO-Somatik, Hösten	41	17%	7	9	2	6	0	1
SÄBO-Demens, Våren	24	20%	5	7	6	1	0	0
SÄBO-Demens, Hösten	25	16%	4	8	5	2	1	0
Korttid, Våren	14	42%	6	11	11	0	0	0
Korttid, Hösten	17	0%	0	0	0	0	0	0

Totalt 13 % av personerna som observerades under hösten, på enheterna SÄBO/Somatik, Demens och Korttid hade trycksår, mot 20 % vid vårens mätning. I jämförelse med kommunerna som registrerat mätningen i Senior Alert under samma period (7,5 %) så ligger vi högt och ytterligare åtgärder för att minska andelen trycksår behövs.

### Munhälsovårdsbedömningar och uppsökande tandvård

De som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser har ofta ett så

påverkat allmäntillstånd att de löper stor risk för en kraftigt försämrad munhälsa. Många saknar också initiativförmåga att själva efterfråga tandvård. Den 1 januari 2013 infördes därför ett nytt förstärkt stöd för patienter med risk för försämrad tandhälsa eller med stort tandvårdsbehov.

De som behöver omfattande vård och omsorg har rätt till munhälsobedömningar, rådgivning om hur munhälsan bör skötas på bästa sätt, förebyggande och nödvändig tandvård, när det behövs. Brukaren skall slippa ha ont och vården skall bidra till förmågan att äta och tala bibehålls eller förbättras.

Nio stycken sjuksköterskor och LSS-handläggare i Karlsborgs kommun har rätt att förskriva Nödvändigt tandvårdskort. I deras uppdrag ingår att spåra upp berättigade personer, utfärda intyg om nödvändig tandvård och erbjuda munhälsobedömningar. Tandhygienister utför munhälsobedömningar och tandvårdsleverantören skall varje år erbjuda kommunens vårdpersonal utbildning i allmän munhälsovård.

År 2015 fanns det totalt 145 personer i Karlsborgs kommun med intyg om nödvändig tandvård och enligt statistik från tandvårdsenheten har 58 personer av de 79, som tackat ja till munhälsobedömning erhållit en sådan. 69 omvårdnadspersonal har utbildats inom munhälsovård.

## **Nutrition**

Rätt mat och näring är avgörande för patientsäkerheten, särskilt för äldre. Genom kvalitetsregistret senior alert kan personalen arbeta systematiskt och bland annat skapa rutiner för att säkerställa att de som bor på äldreboende bland annat inte har för lång nattfasta.

Revidering av Karlsborgs kommuns kostprogram (2011-2014) pågår. Syftet med kostprogrammet är att måltiderna inom Karlsborgs kommun ska främja hälsa och välbefinnande, vara goda och näringsriktiga, serveras i trevliga miljöer och med gott bemötande samt värna om en miljömässig ansvarfull utveckling.

## **Demensvård**

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) är ett kvalitetsregister vars syfte är att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och genom detta, öka livskvalitén för personer med demenssjukdom. Demensenheten på Haganäset ha sedan i maj 2012, vid behov, använt sig av registret för att på så sätt få en bättre struktur i omvårdnadsarbetet.

Sju stycken bedömningar enligt kvalitetsregistret är gjorda under perioden 2014-12-01 till 2015-11-30. Underlaget för statistik understiger 10 personer varför någon graf för Karlsborgs kommun inte kan visas.

Exempel på kvalitetsindikatorer som ingår i BPSD är:

- andel personer som har olämpliga läkemedel
- andel personer som har en bemötandeplan
- andel personer med genomförd läkemedelsöversyn
- andel personer med alzheimers sjukdom som har symtomlindrande läkemedel

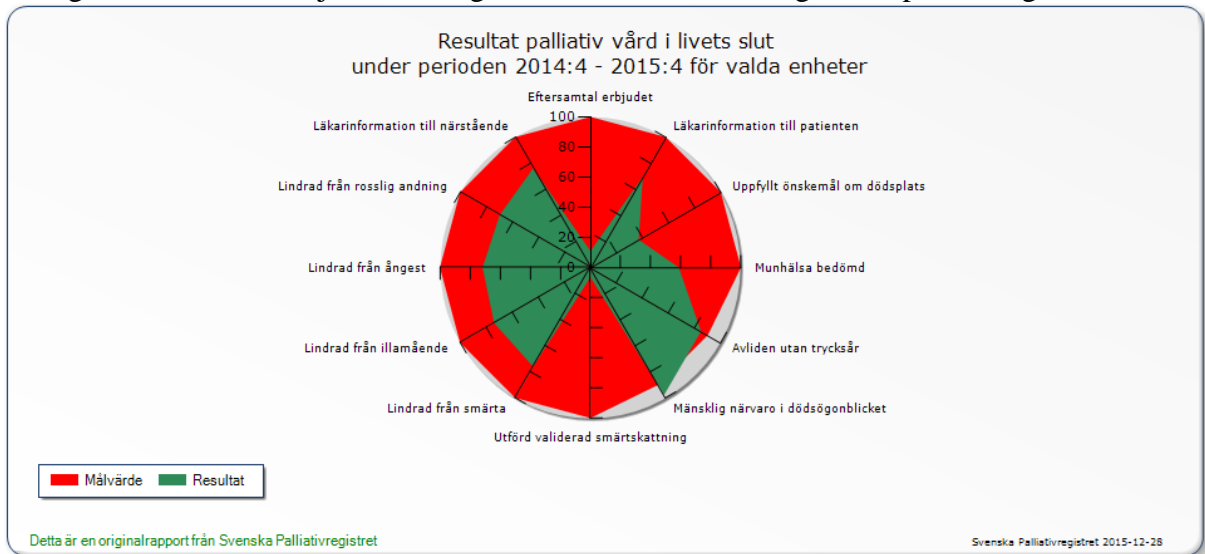
## **Svenska palliativregistret**

Utifrån den regionala handlingsplanen 2014 - 2015 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre har socialförvaltningen tillsammans med vårdcentralen i Karlsborg utarbetat en lokal

handlingsplan som följs upp två gånger per år.

Ett av målen med handlingsplanen är god vård vid livets slut.

Som sjuksköterska i kommunen skall man följa det nationella vårdprogrammet för palliativ vård. I vårdprogrammet finns beskrivet olika hjälpmedel för att följa den egna enhetens kvalitet på vården i livets slutskede. Svenska palliativregistret är ett sådant hjälpmedel och syftet med registret är att åstadkomma en förbättrad palliativ vård oavsett diagnos, typ av vårdenhet och plats i landet. Via registrets hemsida kan man löpande ta fram rapporter från den egna enheten och följa utvecklingen över tid, bland annat genom spindeldiagram.



Spindeldiagrammet visar tydligt vilka områden vi måste bli bättre på, bland annat dokumenterad smärtskattning samt att erbjuda eftersamtal.

I Vårdsamverkan Skaraborgs regi kommer en utvecklingsgrupp för vård vid livets slut att starta upp under 2016. Ett första uppstartsmöte är planerat till den 4 februari.

Utvecklingsgruppen kommer att bestå av två personal med olika profession, från varje kommun inom norra närvårdsområdet, med närvårdskoordinatorn som sammankallande. Syftet med gruppen är bland annat att ta fram gemensamma dokument och rutiner för god vård vid livets slut.

### Loggning

Enligt fastställd rutin kontrollerar IT-strateg, att den personal som har inloggningsuppgifter i det verksamhetssystem som socialförvaltningen använder sig av, har behörighet att använda systemet.

Loggning sker också vid följande tillfällen:

- Individuella stickprovskontroller
- Vid särskild händelse, på uppdrag av enhetschef, MAS eller socialchef
- Vid önskemål från vårdtagare/brukare.

Inga avvikelser vid loggningar har upptäckts under 2015.

### Samverkan för att förebygga vårdskador

Överrapportering mellan olika vårdgivare är av stor vikt för att undvika vårdskador.

Representanter från kommunen ingår i den samverkansgrupp som verkar för att övergången mellan olika vårdgivare skall bli så sömlös som möjligt. I VG regionen finns gemensamt

upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna i Västra Götaland och Regionen. Rutinerna är framtagna utifrån nationella mål och mått och beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med utskrivning från slutenvården. För samordnad vårdplanering används SVPL KLARA som informationssystem. Även överrapportering mellan olika vårdnivåer inom den egna verksamheten är av mycket stor vikt.

Sedan 2011 finns en överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Överenskommelsen handlar om huvudmännens samverkan runt enskilda individer. Syftet är att de lokala parterna skall besluta om gemensamma åtaganden och hur samverkan kring målgruppen kan utvecklas. Under hösten 2015 har en lokal överenskommelse mellan Skaraborgs sjukhus, Primärvården och Karlsborgs kommun tecknats. Överenskommelsen beskriver samverkan kring vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruksproblematik.

För samordnad vårdplanering inom psykiatrin används SVPL KLARA som informationssystem.

Ett vårdplaneringsteam har sedan april 2013 funnits i Karlsborgs kommun. I teamet ingår biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt vid behov psykiatrisjuksköterska och demenssjuksköterska. Målet med teamet är att ge den enskilde möjligheten till inflytande och delaktighet vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen. Vårdplaneringsteamet ska samordna resurser och insatser samt följa upp beslut.

Enligt den regionala handlingsplanen för mest sjuka äldre skall personer 65 år och äldre med risk, ha en förebyggande vårdplan. Vårdcentralen har det övergripande samordningsansvaret för sina listade personer över 65 år. I vårdplanen ingår att årligen genomföra läkemedelsgenomgångar för alla över 75 år. I anslutning till inskrivning i hemsjukvård och vid inflyttning till särskilt boende skall det alltid göras en läkemedelsgenomgång. Syftet med läkemedelsgenomgången är att åtgärda läkemedelsrelaterade problem.

Utifrån den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”, som pågått mellan åren 2010 och 2014 har flera olika förbättringsarbeten pågått för att optimera den nära vården av våra mest sjuka äldre. Målet har varit att undvika onödiga sjukhusvistelser. Gemensamt har regionen och kommunerna i Västra Götaland tagit fram en regional handlingsplan med olika aktiviteter för att stödja arbetet. I Skaraborg har införandet av medicinsk vårdplan prioriterats. Vid höstens mätning av andelen inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård i Karlsborg med medicinsk vårdplan visade resultatet att 89 av totalt 198 brukare hade en medicinsk vårdplan. Resultatet visar på en ökning med 7 % från höstens mätning 2014.

Införandet av ett standardiserat arbetssätt genom dokumentet, medicinsk vårdplanering, har bidragit till arbetet med en säker, trygg och välplanerad vård.

Karlsborgs kommun och Närhälsan i Karlsborg har samverkat kring en handlingsplan med god och sammanhållen vård och omsorg som mål. En uppföljning av handlingsplanen sker kontinuerligt två gånger/år.

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

### **Avvikelser**

En avvikelse beskrivs både som en negativ händelse där avvikelsen medfört att brukaren fått en vårdskada, något har inträffat som leder till konsekvenser. En avvikelse kan också beskrivas som ett tillbud/ incident där avvikelsen kunnat medföra vårdskada men där

avvikelsen inte lett till några konsekvenser för brukaren.

Enligt rutin skall eventuella avvikelser dokumenteras i verksamhetssystemet Magna Cura där respektive enhetschef utreder och tar ställning till om ytterligare åtgärder behövs. Beslutet dokumenteras i verksamhetssystemet. Enheterna har avvikelshantering som stående punkt på sina teammöten där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att avvikelsen händer igen. Enhetschefen skickar sedan sammanställningen till Medicinskt ansvarig sjuksköterska som kvartalsvis redovisar till socialnämnden. Nedan kommenteras de områden där antalet avvikelser är som störst.

Fall: Av avvikelserapporteringen framgår att 376 fallrapporter inkommit under 2015 (449 fall dokumenterade under 2014). I fall ingår allt från att kana ur säng eller stol/ rullstol, fall vid förflyttning eller fall på grund av sjukdom, t.ex. plötsligt blodtrycksfall. Enheterna har avvikelshantering som stående punkt på sina team-möten där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att de händer igen. Enheterna inom SÄBO/somatik, SÄBO/demens och Korttiden arbetar aktivt med kvalitetsregistret Senior Alert.

Läkemedel: Av avvikelserapporteringen framgår att 122 läkemedelsavvikelser inkommit under 2015. I läkemedelsavvikelser ingår läkemedel som glömts av, läkemedel som inte levererats i tid, feldelade dosetter, felaktiga ordinationer m.fl. Enheterna har avvikelshantering som stående punkt på sina team-möten, där varje profession har möjlighet att tillföra förslag på lösningar till avvikelserna och hur man kan undvika att de händer igen.

Övrigt: Under första kvartalet skedde en ökning av antalet avvikelser under kategorin övrigt. Avvikelseerna beskriver främst personer med demensdiagnos som på grund av oro och förvirring lämnar boendet. Personerna har försetts med "tag" som ger larm till personalens larmtelefoner då personen går ut genom någon av entrédörrarna. Avvikelseerna innebär risk för vårdskada både för den person som lämnat boendet men också för de brukare som finns kvar på boendet då personal måste lämna boendet för eftersök.

Avvikelseyp	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
Fall	101	93	86	96
Läkemedel	27	27	39	29
Rehabilitering	0	2	2	0
Omvårdnadshändelse	1	2	0	1
Larm/sökarsystem	2	0	2	0
Dokumentation	1	1	0	0
Informationsöverföring	3	3	6	1
Medicinteknik	1	1	0	2
Övrigt	15	4	4	2

### Klagomål och synpunkter

Enligt SOSFS 2011:9 ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Klagomål och synpunkter samlas i det system för klagomålshantering som finns inom förvaltningen. Blankett finns att hämta på kommunens hemsida eller direkt från personalen.

Klagomål tas även emot muntligen, det dokumenteras därefter och registreras i det befintliga systemet. Beroende på klagomålets karaktär anpassas utredningen och den återkoppling som sker.

Där det finns namngiven person så återkopplas alltid ärendet och den eventuella åtgärd som vidtas. Vid anonyma klagomål utreds och analyseras fakta. Om åtgärd kommer att vidtas så genomförs den men någon att direkt återkoppla till finns inte. Karlsborg är en liten kommun och någon stor mängd klagomål och synpunkter förekommer inte, därför är det inte lätt att kategorisera och klassificera olika typer av klagomål för att synliggöra eventuella systemfel.

Under 2015 fanns 15 ärenden vad gäller klagomål eller synpunkter registrerade.

Ett ärende från patientnämnden finns rapporterat, ärendet gällde synpunkt på vård och behandling.

Inget ärende har anmälts till Inspektionen för Vård och Omsorg, enligt Lex Maria.

### ***Sammanställning och analys***

Enligt SOSFS 2011:9 ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Klagomål och synpunkter samlas i det system för klagomålshantering som finns inom förvaltningen. Blankett finns att hämta på kommunens hemsida eller direkt från personalen. Klagomål tas även emot muntligen, det dokumenteras därefter och registreras i det befintliga systemet. Beroende på klagomålets karaktär anpassas utredningen och den återkoppling som sker.

Där det finns namngiven person så återkopplas alltid ärendet och den eventuella åtgärd som vidtas. Vid anonyma klagomål utreds och analyseras fakta. Om åtgärd kommer att vidtas så genomförs den men någon att direkt återkoppla till finns inte. Karlsborg är en liten kommun och någon stor mängd klagomål och synpunkter förekommer inte, därför är det inte lätt att kategorisera och klassificera olika typer av klagomål för att synliggöra eventuella systemfel.

Under 2015 fanns 15 ärenden vad gäller klagomål eller synpunkter registrerade.

Ett ärende från patientnämnden finns rapporterat.

Inget ärende har anmälts till Inspektionen för Vård och Omsorg, enligt Lex Maria.

### ***Resultat***

**Läkemedelsgenomgångar:** En läkemedelsgenomgång skall genomföras i samband med den medicinska vårdplan som årligen skall erbjudas de personer som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård. Vid mätningen av antalet medicinska vårdplaner som genomfördes under oktober månad 2015, så fanns det 198 personer som omfattades av kommunala Hälso- och sjukvårdsinsatser, varav 89 personer (45 %) som hade en medicinsk vårdplan.

**Antibiotikaförskrivning:** En mätning (Svenska HALT) genomfördes via kvalitetsregistret Senior alert och totalt 57 brukare observerades. Ingen av dessa hade bekräftad infektion förvärvad på särskilt boende. En brukare av de observerade hade en pågående terapeutisk behandling.

**Hygienrutiner:** Se tabell under punkt 5.3

**Diskdesinfektorer:** Dagliga kontroller utförs av berörda enheters personal. Två gånger per år utförs också en kvalitetssäkring samt förebyggande underhåll. Alla sex maskiner är godkända enligt konceptet höggradigt rent. enligt rapporten 2015-06-09, har kommunen en bra maskinpark, när det gäller diskdesinfektorer och sköljrummen är välskötta, vilket har stor



betydelse för smittskyddet.

**Senior Alert:** Under perioden 2015-01-01 till 2015-12-27 genomfördes 78 riskbedömningar. I dessa riskbedömningar finns 47 planerade åtgärder och 54 uppföljningar är utförda under perioden.

**Trycksårsmätning:** Se tabell under punkt 5.6

**Munhälsovårdsbedömningar:** År 2015 fanns det totalt 145 personer i Karlsborgs kommun med intyg om nödvändig tandvård och enligt statistik från tandvårdsenheten har 58 personer av de 79, som tackat ja till munhälsobedömning erhållit en sådan. 69 omvårdnadspersonal har utbildats inom munhälsovård.

**Nutrition:** Under perioden 2015-01-01 till 2015-12-27 genomfördes 78 riskbedömningar, där bland annat nutrition ingår. 47 planerade åtgärder och 54 uppföljningar är utförda utifrån de utförda riskbedömningarna.

**Demensvård:** Sju stycken bedömningar enligt kvalitetsregistret är gjorda under perioden 2014-12-01 till 2015-11-30. Underlaget för statistik understiger 10 personer varför någon graf för Karlsborgs kommun inte kan visas.

**Svenska palliativregistret:** Se spindeldiagrammet under punkt 5.10

**Loggningar:** Inga avvikelser vid loggningar har upptäckts under 2015.

## **Kommande års kvalitets- och patientsäkerhetsarbete**

En fortsatt satsning på införandet av arbetssättet, individens behov i centrum (IBIC), kommer att forgå under hela 2016. Syftet med införandet är att göra vård- och omsorgen mer likvärdig och rättssäker. Individen skall få hjälp och stöd utifrån sina individuella behov, inte utifrån utbudet av existerande insatser. I och med införandet av det nya arbetssättet kommer också arbetet med utbildning av all Hälso- och sjukvårdspersonal i den internationella dokumentationsstrukturen ICF. Detta för att bättre kunna dokumentera med ett samlat och standardiserat språk.

Då målet att införa senior alert inom hemvården under 2015 inte uppfylldes, fortsätter arbetet med detta. En projektgrupp är tillsatt, med avsatt tid under våren och sommaren 2016. Syftet med gruppen är att införa senior alert i hemvården samt genomföra kompetensutveckling för övrig omvårdnadspersonal. I och med kompetensutvecklingen hoppas ledningen på att antalet riskbedömningar med åtgärdsplaner och uppföljningar skall öka under 2016.

I enlighet med riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete i socialförvaltningen kommer arbetet med att identifiera och beskriva processer att fortgå och aktiviteterna kommer att finnas tillgängliga via Stratsys strategiverktyg.