

Patientsäkerhetsberättelse

2020

Sammanställd av
Anette Frode, MAS och Monika Eriksson, MAR



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning.....	4
3	Struktur.....	4
3.1	Övergripande mål och strategier	4
3.2	Organisation och ansvar	5
3.3	Samverkan för att förebygga vårdskador	5
3.4	Patienters och närståendes delaktighet	6
3.5	Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
3.6	Klagomål och synpunkter	6
3.7	Egenkontroll.....	7
4	Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
4.1	Risikanalys	11
4.2	Utredning av händelser - vårdskador	11
4.3	Informationssäkerhet	11
5	Resultat och analys	11
5.1	Egenkontroll.....	12
5.2	Avvikelse	18
5.3	Klagomål och synpunkter	22
5.4	Händelser och vårdskador	23
5.5	Risikanalys	23
6	Mål och strategier för kommande år	23

1 Sammanfattning

Uppföljning har under året skett genom granskning av journaldokumentation på superanvändarträffar. Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering har gjorts av extern farmaceut. Delegerad personal både på särskilt boende och ordinärt boende fick svara på ett antal frågor i en enkät som sedan sammanställdes och genomgång av svaren var en del av granskningen. Riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen har genomförts i nationella kvalitetsregistret, Senior alert.

BPSD-registreringar har genomförts kontinuerligt under året, vilket leder till tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Utbildningar från Vårdhygien har genomförts under året, på grund av den rådande pandemin har utbildningarna skett digitalt. Återrapportering av vårdpreventiva processer har skett från uppgifter tagna från Senior alert och svenska palliativ registret till verksamheten. Ett annat viktigt led i förbättringsarbetet är team-träffar på enheter där man tvärprofessionellt systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser, detta har under 2020 utförts i begränsad omfattning på grund av pandemin.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet, detta har intensifierats under rådande pandemi, möten har utökats till flera gånger/vecka digitalt. Östhammars kommun har, tillsammans med regionens vårdcentraler, gemensamma hemtagningsteam på varje ort. Varje dag samordnas insatser så att de patienter som behöver insatser, får rätt insatser och en trygg hemgång. Nu fortsätter arbetet framåt i en flerårig plan då den ständigt behöver utvecklas och förbättras.

Under hösten 2019 startade ett samverkansprojekt för övergång från kommunikationsverktyg Prator till Cosmic Link som blev uppskjutet på grund av pandemin och planeras nu införas under hösten 2021. Kommunernas MAS/MAR tillsammans med närvårdsstrateg hade uppdrag att två gånger under 2020 ta fram och analysera återinskrivningar till slutenvård inom 30 dagar utifrån fasta frågeställningar i samverkan med den vårdcentral där patienten var listad. På grund av pandemin blev det utfört endast en gång

Arbetet med att utbilda och få säkerhet i det nya dokumentationssystem Combine har pågått under året. Det kommer att vara ett arbete som hela tiden måste finnas med för att utveckling och säkerhet ska hållas aktuellt. För att få en ökad patientsäkerhet framåt så har Combine under 2020 kompletterats med det digitala signeringssystemet i Appva MCSS.

Under året har digitala möten varje vecka genomförts med MAS/MAR, enhetschefer, verksamhetschef och sjuksköterskor med fokus på hygien, smittspridning, smittspårning och skyddsutrustning.

2 Inledning

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

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.

3 Struktur

3.1 Övergripande mål och strategier

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

- Fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert. Det är ett mycket viktigt arbete för att vända trenden med fallavvikelser.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten. BPSD-utbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer som har demenssymtom eller demensdiagnos. Två utbildningstillfällen ordnades under året.
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Spol- och diskdesinfektorer har köpts in enligt handlingsplan, återstår viss installation innan arbetet kan sägas vara slutfört. På varje särskilt boende ska en handlingsplan för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa finnas.
- Handlingsplan och riskanalys covid-19 med uppföljning har utförts av varje verksamhet och dokumenterats i KIA.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall ska registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.
- Validerad smärtskattning ska genomföras kontinuerligt och dokumenteras.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning.

- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering skall ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Fortsatt utveckling av orternas lokala samverkansgrupper mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten. Under året har en lokal ViS-rutin för inskrivning och utskrivning från slutenvården tagits fram av kommunen, öppenvård psykiatri, SAH och primärvård. Äldreprocessgruppen är ett samarbetsforum mellan primärvård, öppenvård psykiatri, SAH och kommunen. Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar.

3.2 Organisation och ansvar

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

Ytterst har Socialnämnden som vårdgivare ansvaret för patientsäkerheten. Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål för verksamheten samt att följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för socialförvaltningen.

Vårdgivaren ansvarar för att det utses verksamhetschefer med tydliga och anvisade ansvarsområden för den hälso- och sjukvård som vårdgivaren har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 4 kap. 2§.

Socialchefen har tillsammans med verksamhetscheferna ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). MAS ansvarar på uppdrag av vårdgivaren för att det i samråd med verksamhetschefer, upprättas övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitet och säkerhet i verksamheten avseende den vård och behandling som patienterna ges. Ansvaret omfattar även att utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheten. MAS har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria. I Östhammars kommun finns även en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Enhetschefer ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens och rätt befogenheter för att utföra sina uppdrag på ett säkert sätt samt att det skapas operativa mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet med förbättringar och utveckling av den egna kompetensen. Omvårdnadspersonal som biträder legitimerad personal genom delegering har ansvar för att dessa hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs korrekt.

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Den övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län, tjänstemannaberedningen inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO), där bland annat kommunernas socialchefer och region

Uppsalas ledning finns representerade, beslutar om de gemensamma dokument som styr samverkan mellan länets kommuner och region Uppsala. På region Uppsalas hemsida finns de framtagna styrdokumenterna – vård i samverkan (ViS) som reglerar samverkan inom länet.

I samarbetet med region Uppsala finns en rutin som beskriver hanteringen av avvikelshantering i samband med in- och utskrivning, så att identifierade brister ska kunna återspeglas och åtgärdas. Skriftlig återkoppling sker i eventuella avvikelser i informationsöverföringen.

Utvecklingsgrupper arbetar med bland annat utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget prator samt för att det finns en riktlinje och övergripande samverkansrutiner för att bland annat säkra och utveckla in- och utskrivning av färdigbehandlade patienter till och från slutenvården.

I Östhammar kommun kommer partsammansatta lokala samrådet HSVO besluta i mars 2021 om en handlingsplan 2021 för det fortsatta närvårdsarbetet.

Hemtagningsteam med representanter från primärvård, hemsjukvård, chefer och biståndshandläggning arbetar lokalt på varje ort gemensamt för trygg och säker utskrivning för patienter som ska hem från slutenvården. På grund av pandemin har telefonintervju utförts av fast vårdkontakt under perioden augusti - september efter att personen blivit utskriven från slutenvård, istället för analys av återinskrivningar inom 30 dagar som tidigare genomförts av MAS/MAR tillsammans med närvårdsstrateg.

3.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid allvarliga händelser ska alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras. Närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och riskbedömningar i de fall patienten så önskar/samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten. Målsättningen är att patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling och att de professionella besluten grundar sig på delaktighet i den mån det är möjligt.

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS/MAR för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria.

Personal rapporterar avvikelser och risk för avvikelser i DF respons. Rapporten skickas sedan vidare till chef.

3.6 Klagomål och synpunkter

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

Ärenden kan lämnas direkt till en enhet eller genom kommunens gemensamma system för klagomål och synpunkter. Om ärendet berör patientsäkerhet så tar ansvarig chef kontakt med MAS/MAR alternativt verksamhetschef för rådgörande/granskning. Detta avgör också vem/vilka som ansvarar för utredning samt svar till anmälaren.

3.7 Egenkontroll

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

Mätning BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

BPSD drabbar någon gång ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående. Genom tvärprofessionella vårdåtgärder kan vi minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär, åtgärderna leder till ökad livskvalité för personen med demenssjukdom. BPSD registreringar genomförs när behov uppstår kontinuerligt och skrivs in i BPSD registret av speciellt utbildad omvårdnadspersonal, BPSD-administratörer.

Livskvalitet vid demens (Qualid)

Qualid är ett amerikanskt instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom. Personer med demenssjukdom i sent stadium har ofta svårt att själva berätta hur de mår. Därför görs bedömningen av personal som är väl förtrogen med personens normala beteende och har tillbringat en betydande del av den senaste veckan tillsammans med den sjuke. Testet består av elva frågor om observerbart beteende och om sinnesstämning som skattas efter förekomst under den senaste veckan. Den mätningen görs en vecka varje år på de personer som bor på särskilt boende och har en demensdiagnos.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktnedgång, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Registrering palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur

vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning.

Redovisning egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång/kvartal	Infektionsregistrering Region Uppsala.
Hygienronder	Var 4:e år	Protokoll från Vårdhygien
Patientsäkerhetsgrupp region & kommuner	Kontinuerligt	Vårdkedjeavvikelser
Avvikelser	4 ggr/år	DF respons
Trycksår	1 ggr/år	Combine
Patientens klagomål och synpunkter	2 ggr/år	Kommunens synpunktshantering, Combine, Patientnämnden, IVO
Beteendeförändringar vid demens	Löpande under året	BPSD-registret
Livskvalitet vid demenssjukdom	Punktprevalensmätning (PPM) 1 vecka per år	Qualid
Riskbedömning trycksår, fall, nutrition & munhälsa	Löpande under året	Senior Alert
Palliativa registreringar	Löpande under året	Palliativa registret

4 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Granskning av läkemedelshantering och lokala rutiner inom hemsjukvården har utförts med hjälp av extern farmaceut. Delegerad omvårdnadspersonal deltog och fick inför granskningen svara på ett antal frågor i en enkät. Svaren sammanställdes inför granskningstillfället och tillsammans analyserades inkomna svar. Skriftlig återrapportering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschefer. Läkemedelsrutinen och blanketter ska revideras för att säkerställa läkemedelshantering. För att minska risken med förväxling av läkemedel till patienter, ska läkemedel förvaras i hemmet. I de ärenden där det inte är möjligt att patient eller närstående kan införskaffa eget låsbart medicinskåp har möjligheten funnits att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från

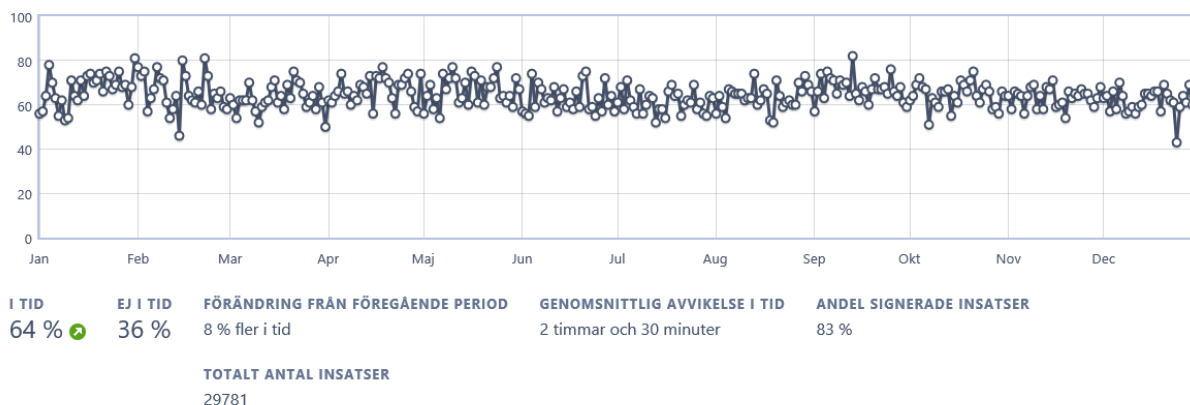
varje hemtjänstområde. Under hela 2020 har digital signering skett i Appva MCSS (Medication Care Support System) för att stärka patientsäkerheten. Under året har totalt 985 077 insatser som är delegerade/ordinerade gällande rehabilitering och läkemedel utförts.

Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning genomför en webbutbildning inför delegering av läkemedel och insulin. Det innebär att lika information ges till all delegerad personal. Sedan ges lokalt anpassad information av sjuksköterska på hemsjukvårdsområdet.

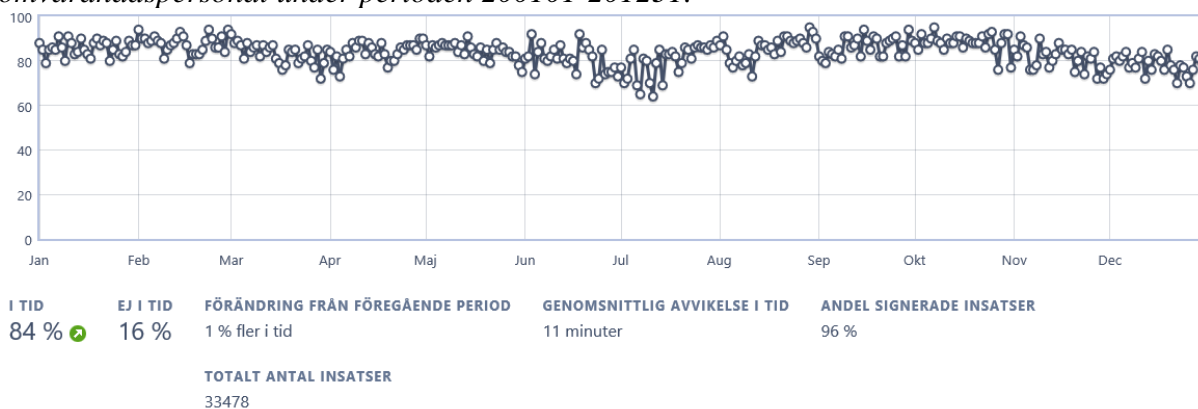
Fortbildningsmöten i digital form mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett under året. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt chefer under året. Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har fortsatt under 2020 med inköp av spol- och diskdesinfektorer. Planeras att färdigställas under 2021.

Arbetet med att strukturera avvikelseprocessen på enhets- och verksamhetsnivå har fått stöd genom användandet av DF- respons som är ett digitalt avvikelssystem.

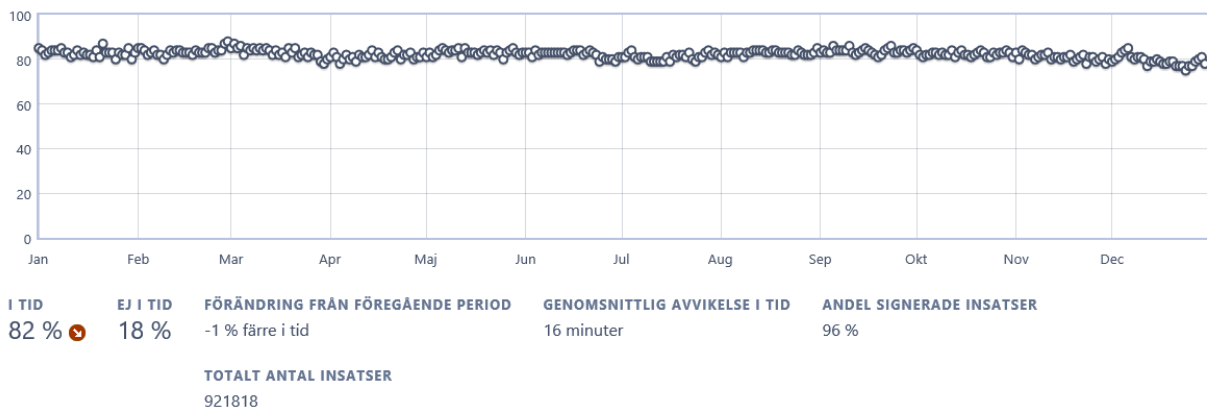
Tabell avser rehabinsatser som exempelvis ståträning ordinerade/delegerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 200101-201231.



Tabell avser insulindelegerade insatser ordinerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 200101-201231.



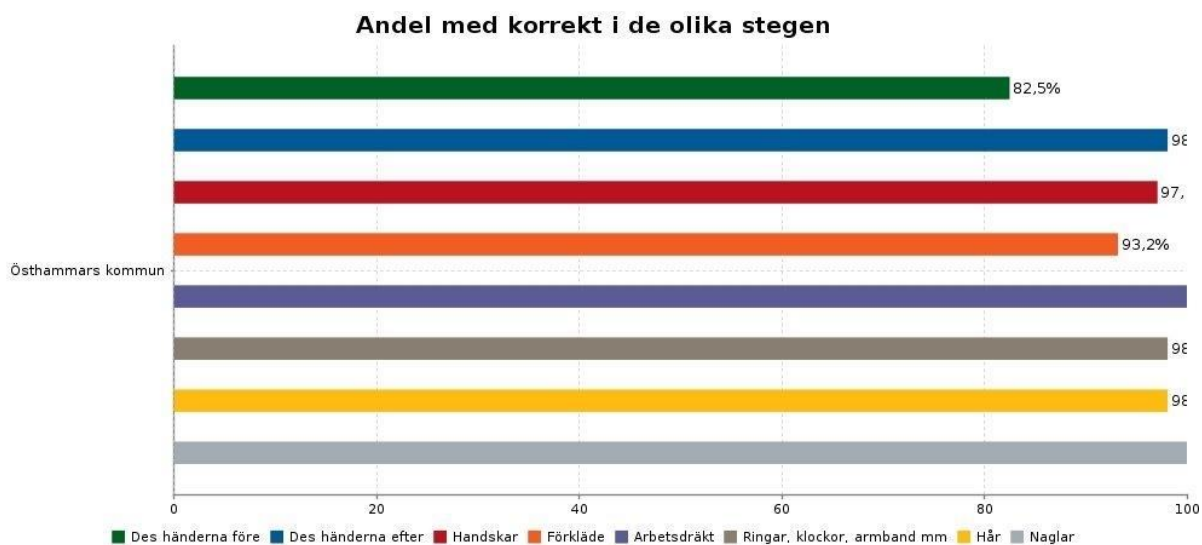
Tabell avser delegerade läkemedelsinsatser av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 200101-201231.



Basala hygienrutiner

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Enhetsspecifika rutiner för självskattning 4 gånger per år finns vid varje enhet. Utfall av självskattning ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Under året har 2 träffar genomförts med hygienombud, MAS och Vårdhygiens sjuksköterska från Region Uppsala.

På våra 5 särskilda boenden, korttidsenheten och närvårdsenheten görs från och med 2020 kollegial granskning varje månad vilket inrapporteras till Sveriges Kommuner och Regioners databas för basala hygien- och klädrutiner (BHK).



Tabell visar samtliga enheter under december månad.

Läkemedel

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS.

4.1 Riskanalys

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

Risker registreras i DF- respons.

4.2 Utredning av händelser - vårdskador

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

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS/MAR för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria.

Alla avvikelser rapporterades i DF respons. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum. Här ingår även vårdkedjeavvikelser.

4.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Journalföring

En grupp av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården har träffats under året. Där har kollegial journalgranskning genomförts. Gruppen består av legitimerad personal och dess chefer som tillsammans med förvaltningsledare (förvaltningsledare avser en roll inom kommunens IT-styrmodell) och MAS/MAR tar fram och följer upp rutiner och förslag på utbildning för förbättrad journalföring. Loggranskning har genomförts en gång per kvartal av legitimerad personal, samtliga professioner. Journalgranskning har skett utifrån slumpmässigt utvalda personnummer en gång per kvartal. Vid dessa kontroller har inget funnits att anmärka på. Under året har en hälsokontroll utförts gemensamt med leverantör av Combine utifrån de brister som rapporterats och anmälts.

Ett fortsatt arbete pågår för att få alla delar att fungera i journalsystemet Combine.

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Hjälpmedel

Under socialstyrelsens kampanjvecka Balansera mera har flera enheter och organisationer deltagit och tillsammans har vi på olika sätt spridit information och kunskap om hur en fallolycka kan förebyggas. Detta har utförts under 2020 i mycket begränsad omfattning på

grund av pandemin.

Statistik från Kolada visar att i Östhammars kommun under år 2019 var det 42 fallolyckor som ledde till slutenvård, jämfört med 44 st 2018. Vi i Östhammar har dock fortfarande lägst antal fall i länet som leder till slutenvård. Detta trots att Östhammars kommun har en hög andel äldre invånare jämfört med riket och äldre är de som drabbas värst av fallolyckor. En analys av detta kan vara att i Östhammars kommun har vi en modell som är förmånlig där patienten lånar hjälpmedel till låg kostnad.

Återinskrivningar slutenvård

Resultat av återinskrivningar inom 30 dagar visar att i Östhammars kommun återinskrevs 3 personer under februari - mars varav 0 personer till närvårdsenheten.

2019 hade vi även statistik för augusti-september, pga den belastning som pandemin innebar under 2020 så har dessa siffror inte kunnat redovisats för samma period 2020.

5.1 Egenkontroll

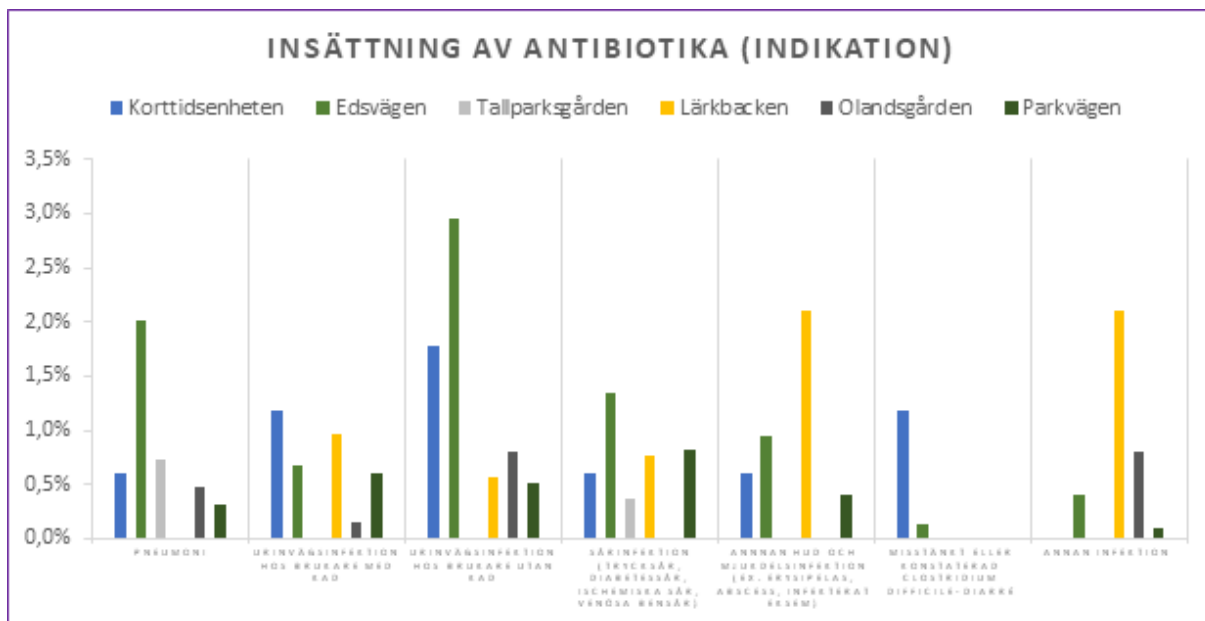
Vårdrelaterade infektioner

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

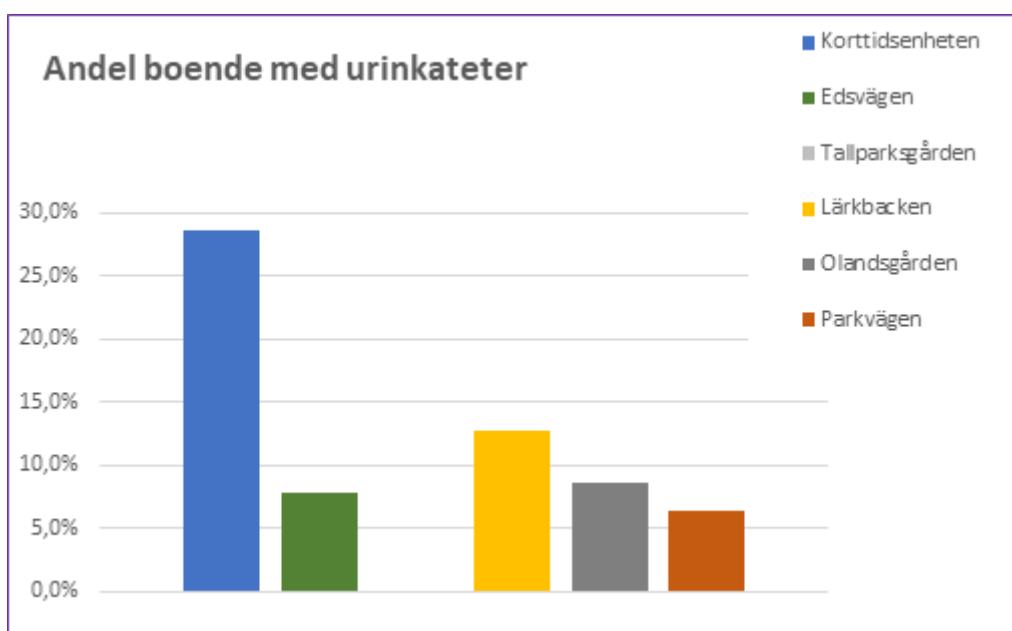
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport i mars. Återkoppling av resultat sker från MAS till ansvariga för varje SÄBO.

Lite korta fakta utifrån data:

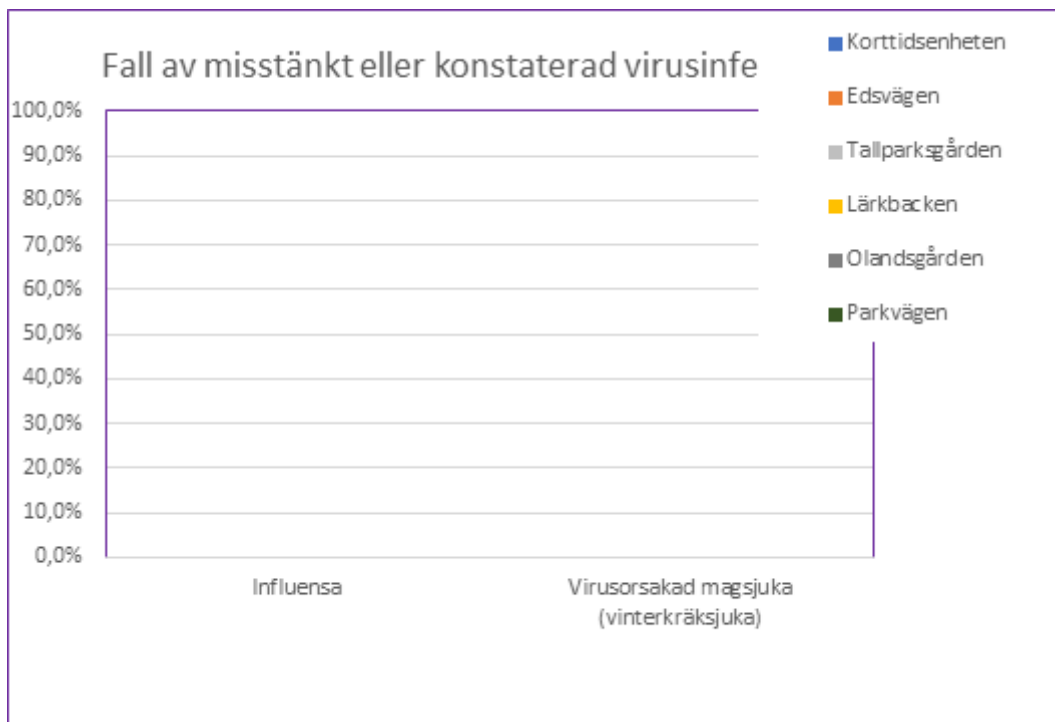
- Underlaget: 3321 registreringar
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Korttidsenheten och Edsvägen avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan. Edsvägen avviker även vad gäller antibiotika för pneumoni.
- Lärkbacken avviker procentuellt med att fler får antibiotika för sårinfektioner och annan infektion.



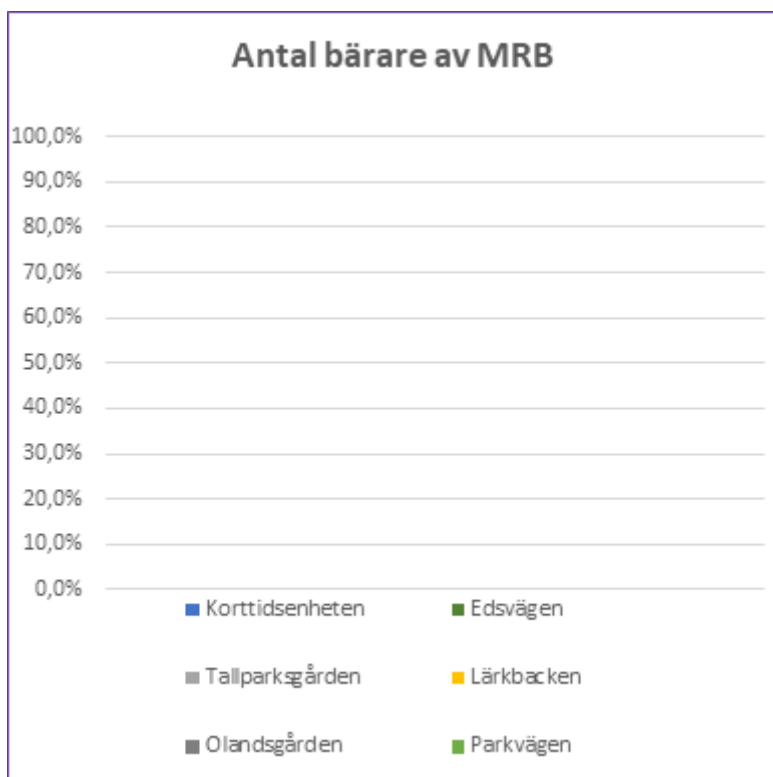
Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten ökat från 2019 då 19 % hade urinkateter mot årets 28,6%.



Från 2018 finns på varje särskilt boende en handlingsplan för att tidigt kunna sätta in de åtgärder som motverkar risken för utbrott med magsjuka och influensa. En mall för handlingsplan finns framtagen på Vårdhygiens hemsida, varje enhet fyller i handlingsplanen. Syftet är att en i förväg upprättad strategi ska göra verksamheten bättre förberedd att hantera en uppseglade risk för smittspridning.



Infektionsregistreringen fångar förekomsten av vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier såsom MRSA, ESBL och VRE. Gällande förekomsten av vårdtagare som bär på multiresistenta bakterier så är mörkertalet sannolikt stort då man inte provtar alla vårdtagare.



5.1.1 Resultat BPSD

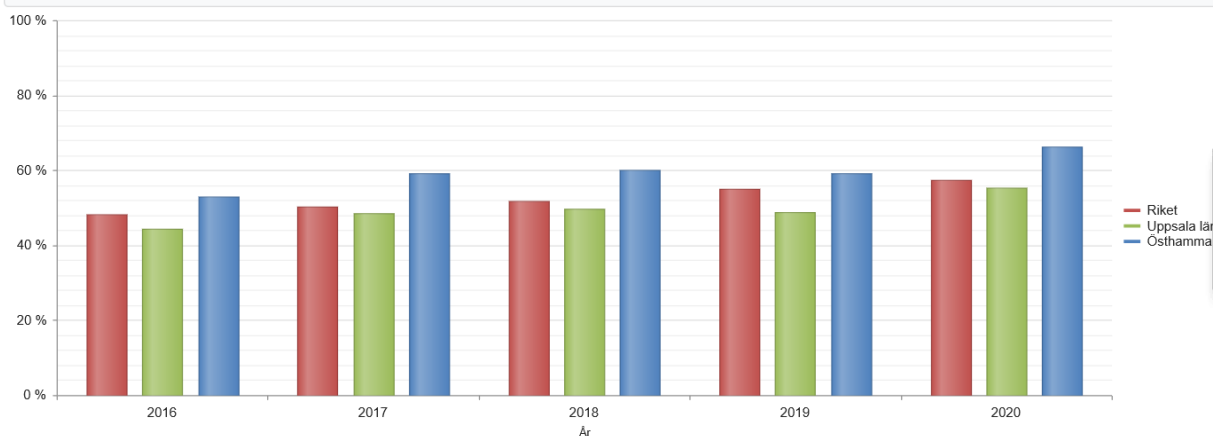
Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga psykiska symtom vid demens (BPSD). Det leder till ökad livskvalitet för personer med demens.

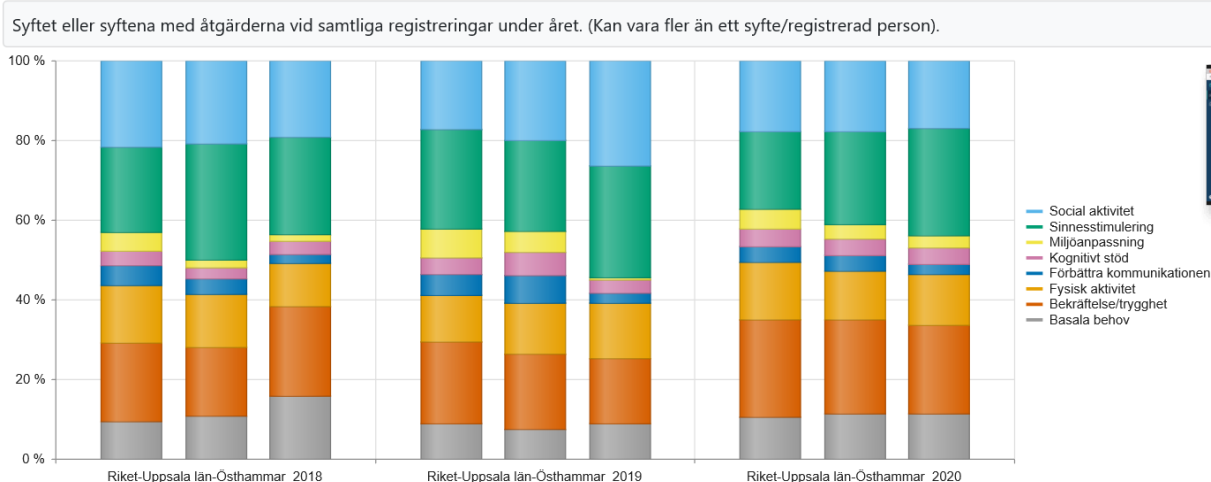
Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD. Under 2018 utfördes 170 registreringar, 2019 utfördes 177 registreringar och 2020 utfördes 176 registreringar. 2018 infördes grundutbildning i BPSD för samtliga professioner och även demenssjuksköterskor från vårdcentralerna erbjuds att delta. ca 230 personal deltog. Det arbetet fortskrider. Under året har det skett i begränsad omfattning pga pandemin.

NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD) vid olika demenssjukdomar. Frekvensen och svårighetsgraden av de olika symptomen skattas genom intervju med närstående (anhörig eller vårdare). Frekvensen (1-4 poäng) och svårighetsgraden (0-3 poäng) för varje delsymptom multipliceras till en slutsumma vilket ger en maximal poäng 120 i NPI-10 respektive 144 poäng i NPI-12. Ju högre poäng, desto svårare symptom.

Skattning	Första	Andra	Senaste
Riket 32318 personer	21.6 poäng	20.9 poäng	20.8 poäng
Uppsala län 836 personer	23.6 poäng	23.0 poäng	21.3 poäng
Östhammar 170 personer	22.2 poäng	21.7 poäng	19.4 poäng

Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel.





5.1.2 Resultat Qualid

För att kunna mäta livskvalitet hos personer med demensdiagnos och utveckla förståelse och kunskap används Qualid som mätinstrument. Det innebär att under en vecka så observerar omvårdnadspersonal en person med demens på sin enhet och får svara på ett antal frågor som sedan sammanställs. Qualid-mätning har genomförts en gång i år.

Boende	Antal boende med diagnos	Medeltal	Högsta grad av livskvalitet	Lägsta grad av livskvalitet
Edsvägen 16	48	22	15	33
Tallparksgården	13	22	17	30
Parkvägen 9-11	33	25	12	39
Olandsgården	30	20	12	46
Lärkbacken	21	26	11	37
Totalt	145	23	13	22

11 poäng=Högsta grad av livskvalitet och 55 poäng= Lägsta grad av livskvalitet

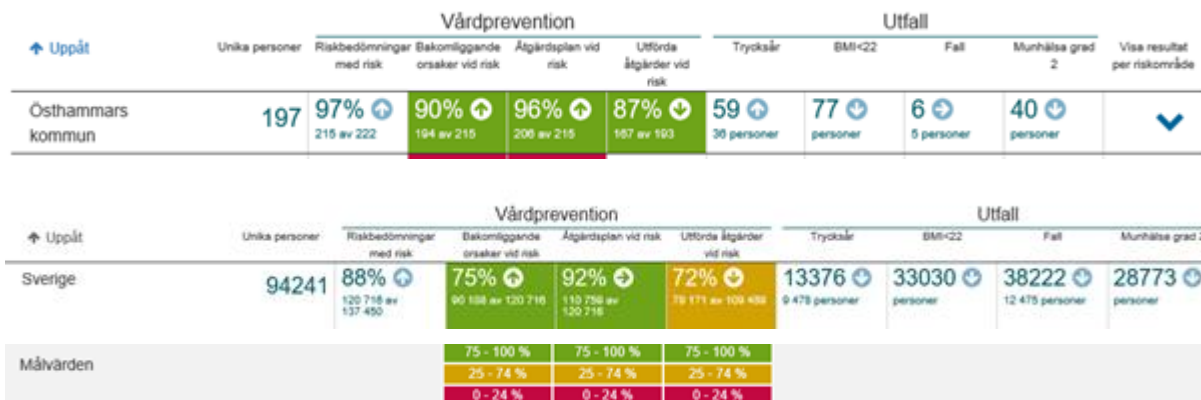
Tabell. Resultat Qualid-mätning särskilt boende 2020.

5.1.3 Resultat Senior Alert

Alla som flyttar in på särskilt boende och de som bedöms som riskpersoner i ordinärt boende eller har tre eller flera insatser/dygn och trygghetslarm ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert för att trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen kan förebyggas. Jämförelse med Riket för att se hur vi i Östhammar ligger till med riskbedömningar med risk,

bakomliggande orsaker, åtgärdsplan och utförda åtgärder vid risk procentuellt.

Senior Alert 2020



5.1.4 Resultat palliativa registret

Alla dödsfall ska registreras i svenska palliativregistret. Alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal enligt rutin. En vårdplanering med brytpunktssamtal och behandlingsstrategi är en förutsättning för god vård i livets slut.

Under 2020 hade vi 77 st väntade dödsfall.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	63,8
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,6
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	91,4
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	31,0
Dok. munhälsobedömningsista levnadsvecka	90,0	37,9
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	70,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	77,6

Tabell Resultat palliativa registret år 2020

5.1.5 Covid 19

Covid -19

Tabellen beskriver antal insjuknade och avlidna i covid-19 inom vård och omsorg 2020.

Boende	Antal positiva	Antal avlidna
Särskilt boende för äldre	12	4
Ordinärt boende med hemtjänst/hemsjukvård	23	1
Gruppboendestäder, personlig assistans, daglig verksamhet	2	0
Korttidsenheten, Närvårdsenheten	23	5

5.2 Avvikelser

Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2019 och 2020. I april 2019 införde kommunen ett nytt system (DF Respons) för att hantera avvikelser. Personalen kan nu på ett enkelt sätt göra rapporteringen digitalt.

Typ av avvikelser

Under året har 2 812 avvikelser rapporterats in. En avvikelse kan kategoriseras under flera typer därför är totalen högre än det faktiska antalet rapporter. Det kan noteras att genomgång med användare av systemet behöver göras kontinuerligt för att få typ av avvikelse i rätt kategori.

Typ av avvikelse	2019	2020	
Fall	826	1325	
Läkemedel	458	448	
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	59	77	
Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö	42	38	
Bristande omsorg/ej utförd insats	131	373	
Brist i/utebliven tillsyn	98	306	
Brist/utebliven personlig hygien	12	28	
Brist i/uteblivna serviceinsatser	15	31	

Typ av avvikelse	2019	2020	
Brist i/utebliven fritid/motion	5	1	
Brist i/uteblivna sociala aktiviteter	1	7	
Brist i rehabilitering	0	1	
Brist i information, kommunikation, samverkan	63	120	
Brist i/utebliven dokumentation	23	96	
Brist i trygghet	16	52	
Brist i handläggning	15	85	
Hot och våld	10	12	
Brist i mathållning	8	11	
Tryckskada/trycksår	5	12	
Övergrepp/oegentlighet	5	9	
Ovärdigt bemötande	4	12	
Bruten sekretess	2	10	
Själv mord	0	0	
Övrigt	101	131	
Summa:	1768	2812	

Tabell. Fördelning inrapporterade avvikelser 2019 och 2020.

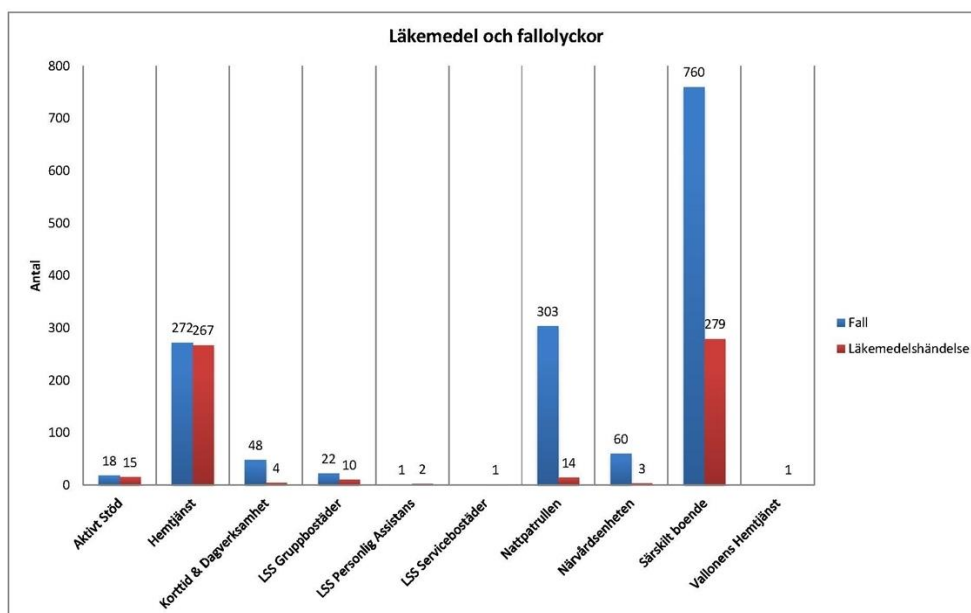
Vårdkedjeavvikelser

Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Avvikelser från annan huvudman bestod i huvudsak av brist i informationsöverföringen.

Typ av avvikelse	2019	2020	
Vårdkedja till (annan huvudman)	30	47	
Vårdkedja från (annan huvudman)	7	13	

Tabell . Fördelning avvikelser i vårdkedjan 2019 och 2020.

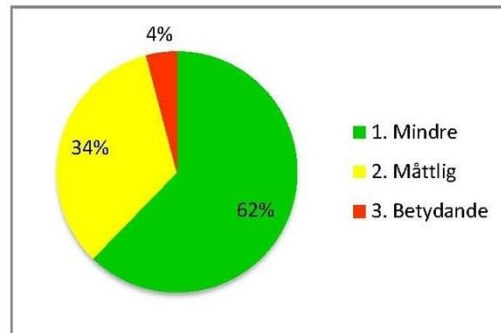
Diagram visar avvikelser läkemedel och fall 200101-201231



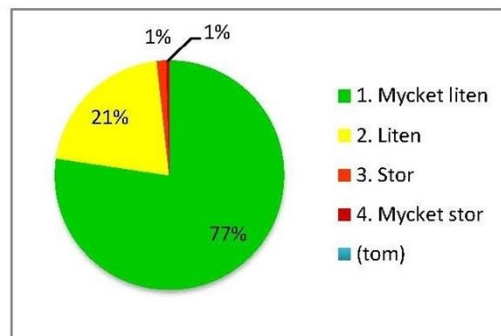
Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 19 st under 2020. Att jämföra med 28 st under 2019. Sammanlagt var det 607 läkemedelsavvikelser, flera av dessa är öppna och inte kategoriserade - därav inte presenterade i cirkeldiagrammet. Blodförtunnande läkemedel och insulin var de mest vanligt inblandade, 4 st. var vårdkedjeavvikelser med bristande informationsöverföring.

Allvarlighetsgrad	Antal	%
1. Mindre	289	62,3%
2. Måttlig	156	33,6%
3. Betydande	19	4,1%
Totalt	464	100,0%

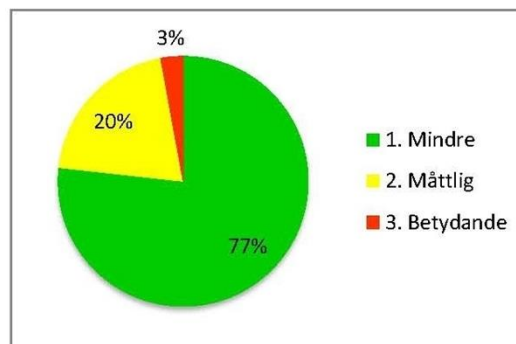


Sannolikhet	Antal	%
1. Mycket liten	352	77,4%
2. Liten	95	20,9%
3. Stor	6	1,3%
4. Mycket stor	2	0,4%
(tom)		0,0%
Totalt	455	100,0%

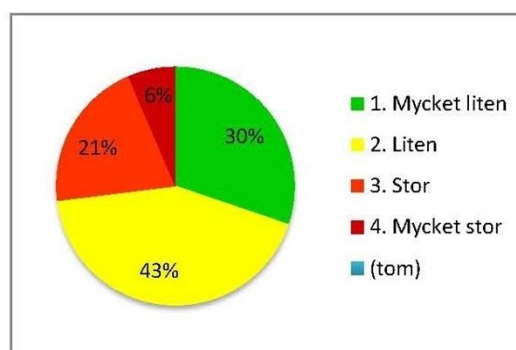


Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 39 st under 2020. Att jämföra med 22 stycken under 2019 vilket är en ökning med 17 stycken.

Allvarlighetsgrad	Antal	%
1. Mindre	1040	76,8%
2. Måttlig	276	20,4%
3. Betydande	39	2,9%
Totalt	1355	100,0%



Sannolikhet	Antal	%
1. Mycket liten	408	30,2%
2. Liten	578	42,8%
3. Stor	277	20,5%
4. Mycket stor (tom)	87	6,4%
(tom)		0,0%
Totalt	1350	100,0%



5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har två ärenden anmälts till patientnämnden.

I det ena ärendet har närstående synpunkt på att det brister i information.

och i det andra ärendet har närstående flera synpunkter på processer som ej fungerade när patienten fick en stroke.

Fyra synpunkter där närstående har haft invändningar mot gällande besöksförbud. kontakt med chef, brukare, närstående och aktuell personal samt MAS/MAR för att komma fram till ett så bra resultat som möjligt för brukaren.

En synpunkt på att TRIO inte fungerade under jourtid, ärendet lämnades till Östhammar direkt för utredning

Ett klagomål på utförd kontroll som genomfördes på daglig verksamhet av legitimerad personal.

5.4 Händelser och vårdskador

En lex Maria anmälan till IVO gällande felgivning läkemedel. Ärendet har lett till översyn av rutiner och MAS har på digitala möten med sjuksköterskor aktualiserat de rutiner som finns gällande läkemedel och arbetsfördelning.

Utifrån IVO-anmälan som gjordes 2018 i dokumentationssystemet combine så fortsätter förbättringsarbetet underlag från den hälsokontroll som genomfördes i combine HSL under året.

5.5 Riskanalys

Utifrån identifierade brister i combine utfördes en hälsoanalys av leverantören tillsammans med förvaltningsledare, objektspecialister och MAS/MAR under första kvartalet 2020. En handlingsplan har tagits fram och arbetas vidare med.

6 Mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten. BPSD-grundutbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer som har demenssymtom eller demensdiagnos. Genomförs på alla orter. Två BPSD-administratörsutbildningar .
- Fortsatt utvecklig att övergå till kollegial granskning i stället för egenkontroll av basala hygienrutiner även inom gruppboende.
- Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Upprättade handlingsplaner för särskilda boenden för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa uppdateras och hålls aktuella enligt anvisning från vårdhygien.
- Handlingsplan och riskanalys inom verksamheterna blir en naturlig del av processen i samband med smittspridning covid-19.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.
- Palliativa ombudsrollen återskapas och utvecklas med början i mars 2021. Utbildning sker via palliativa konsultteamet, region Uppsala.
- Implementering av validerad smärtskattning genomförs kontinuerligt.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning.

- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering ska ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Uppföljning sker kontinuerligt att beslutsstödet VISAM enligt rutin efterföljs.
- Fortsatt arbete med utbildningsplan för personal inom vård och omsorg.
- Hjälpmedelsenheten bjuder in alla rollatoranvändare i kommunen till rollatorcafé. Syftet är att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.
- Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningsteam mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten. Kommunikationsverktyget Prator kommer att bytas ut till Cosmic Link under årets sista kvartal.
- Äldreprocessgruppen är ett samarbetsforum mellan primärvård, öppenvård psykiatri, SAH och kommunen. Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar. Medicinska vårdplaneringar med läkemedelsgenomgångar fortsatt gemensamt arbete för att öka i antal.