



Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden, 2019

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning.....	3
3	Struktur.....	4
3.1	Övergripande mål och strategier	4
3.2	Organisation och ansvar	4
3.3	Samverkan för att förebygga vårdskador	5
3.4	Patienters och närståendes delaktighet	6
3.5	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
3.6	Klagomål och synpunkter	6
3.7	Egenkontroll.....	6
4	Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
4.1	Risikanalys	9
4.2	Utredning av händelser - vårdskador	9
4.3	Informationssäkerhet	10
5	Resultat och analys	10
5.1	Egenkontroll.....	11
5.2	Avvikelser	21
5.3	Klagomål och synpunkter	23
5.4	Händelser och vårdskador	23
5.5	Risikanalys	24
6	Mål och strategier för kommande år	24

1 Sammanfattning

Uppföljning har under året skett genom granskning av journaldokumentation på superanvändarträffar. Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering har gjorts av extern farmaceut. Nytt från och med 2019 är att 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. Regionens samordnare för inkontinensfrågor utbildade kommunens sjuksköterskor i inkontinenshjälpmedel och katetervård under mars månad.

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. 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 teamträffar på enheter där man tvärprofessionellt systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet. 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 planeras införas under 4:e kvartalet 2020. Kommunernas MAS/MAR tillsammans med närvårdsstrateg fick i uppdrag att ta fram och analysera återinskrivningar till slutenvård inom 30 dagar utifrån fasta frågeställningar i samverkan med den vårdcentral där patienten var listad.

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 kompletterats med ett nytt avvikelssystem DF-respons och ett digitalt signeringssystem i Appva MCSS.

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 ordnas 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. Uppföljning att spol-och diskdesinfektorer köps in enligt handlingsplan. 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.
- 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.
- Implementering av validerad smärtskattning genomförs kontinuerligt.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning. Riktlinjen är nu konverterad till en rutin.
- 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.
- Analysera faktorer bakom avvikelser framförallt gällande uteblivna läkemedelsdoser och falltillbud. I combine har omvårdnadspersonalen inte kunnat signera läkemedel direkt i telefonen. Under sista kvartalet 2019 infördes digital signering i MCSS Appva.
- Fortsatt utveckling av orternas lokala samverkansgrupper mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten. 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 numera 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 återrapporteras 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 har den partsammansatta politiska styrgruppen beslutat om en handlingsplan 2020 för det fortsatta närvårdsarbetet. Exempel från några områden som prioriteras är bland annat utbildning av instruktörer för satsningen ”Första hjälpen i psykisk

hälsa” och grundutbildning i BPSD (beteendepsykiska demenssymtom).

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.

Mobila närvårdsteam erbjuder hembesök hos äldre personer med omfattande behov och personer med svår funktionsnedsättning, oavsett om personen bor på särskilt boende eller ordinärt boende.

Analyser av återinskrivningar till slutenvård inom 30 dagar har genomförts av MAS/MAR tillsammans med närvårdsstrateg. Detta har gjorts genom fasta frågeställningar och i samverkan med aktuell vårdcentral.

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 slutskede 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, Combin, 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	Löpanade under åter	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 läkemedelshanteringen. 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 året har digital signering i Appva MCSS (Medication Care Support System) införts för att stärka patientsäkerheten.

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 mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett vid fyra tillfällen 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 2019 med inköp av spol- och diskdesinfektorer, leverans fram till kvartal 2, 2020.

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

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 4 träffar genomförts med hygienombud, MAS och Vårdhygiens sjuksköterska från region Uppsala.

Hygienronder med hjälp av vårdhygienisk expertis och MAS ska ske kontinuerligt vid särskilt boende, dock minst vart fjärde år och har genomförts under 2019.

Läkemedel

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS. Vid kontrollräkning av narkotika har en stöld ur läkemedelsskåp på särskilt boende påvisats. Det finns ingen misstanke om att enskilda patienter blivit utan läkemedel. Stölden har polisanmälts, utredning och åtgärder vidtagits för att minska risk för att liknande händelse ska inträffa igen.

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 från 2019, en ny modul som är mer användarvänlig för personal. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum.

4.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Journalföring

En grupp av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården har träffats under året. Gruppen består av legitimerad personal som tillsammans med förvaltningsledare (förvaltningsledare avser en roll inom kommunens IT-styrmodell) och MAS tar fram och följer upp rutiner och förslag på utbildning för förbättrad journalföring. Journal- och loggranskning har genomförts. Ett utbildningstillfälle i dokumentation för legitimerad personal har erbjudits.

Ett fortsatt omfattande arbete pågår för att få alla delar att fungera i journalsystemet Combine. Under hösten har man kunnat få behörighet mellan SOL och HSL att fungera i vissa delar, arbetet fortsätter kommande år. Under året har digital signering i Appva genomförts framgångsrikt.

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.

Statistik från Kolada visar att i Östhammars kommun under år 2018 var det 44 fallolyckor som ledde till slutenvård, jämfört med 40 st 2017. 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 24 personer under februari mars varv 17 personer till närvårdsenheten. Det betyder att 7 personer återinskrevs till slutenvård. I augusti och september återinskrevs 14 personer, varav 9 till närvårdsenheten vilket betyder att 5 personer återinskrevs till slutenvården.

Totalt återinskrevs 38 personer inom 30 dagar undersökningstiden, varav 26 personer till närvårdsenhet.

I länet återinskrevs totalt under perioden februari-mars 70 personer men för perioden augusti-september är resultatet för hela länet inte fullständigt och något säkert resultat kan därför inte redovisas

5.1 Egenkontroll

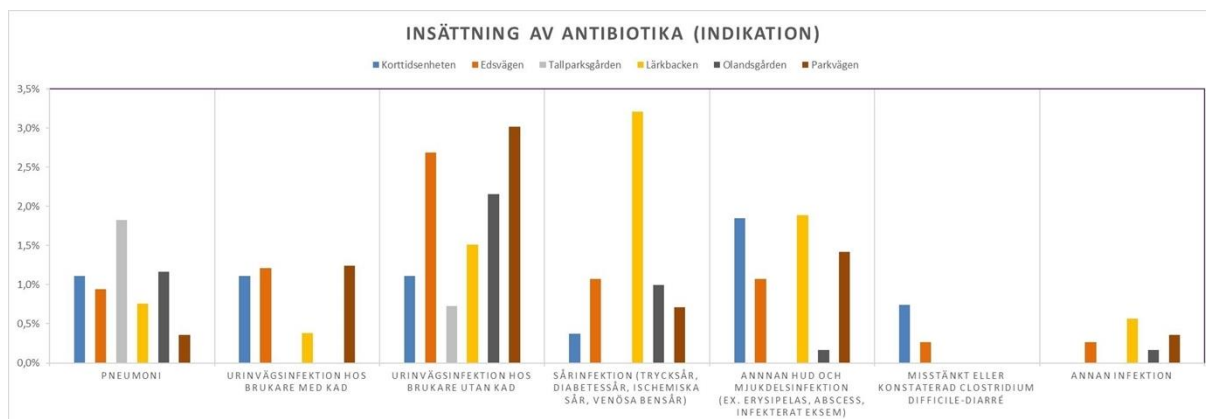
Vårdrelaterade infektioner

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

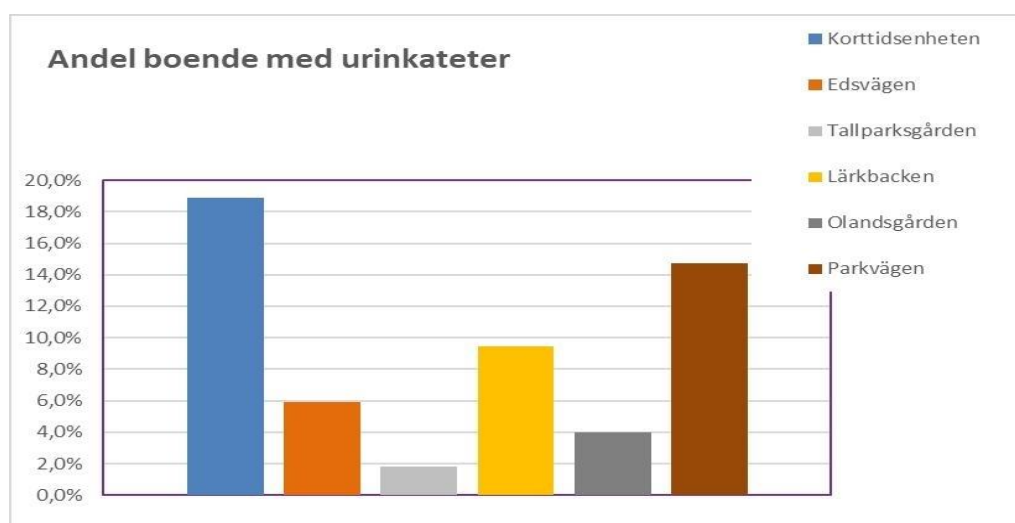
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport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

Lite korta fakta utifrån data:

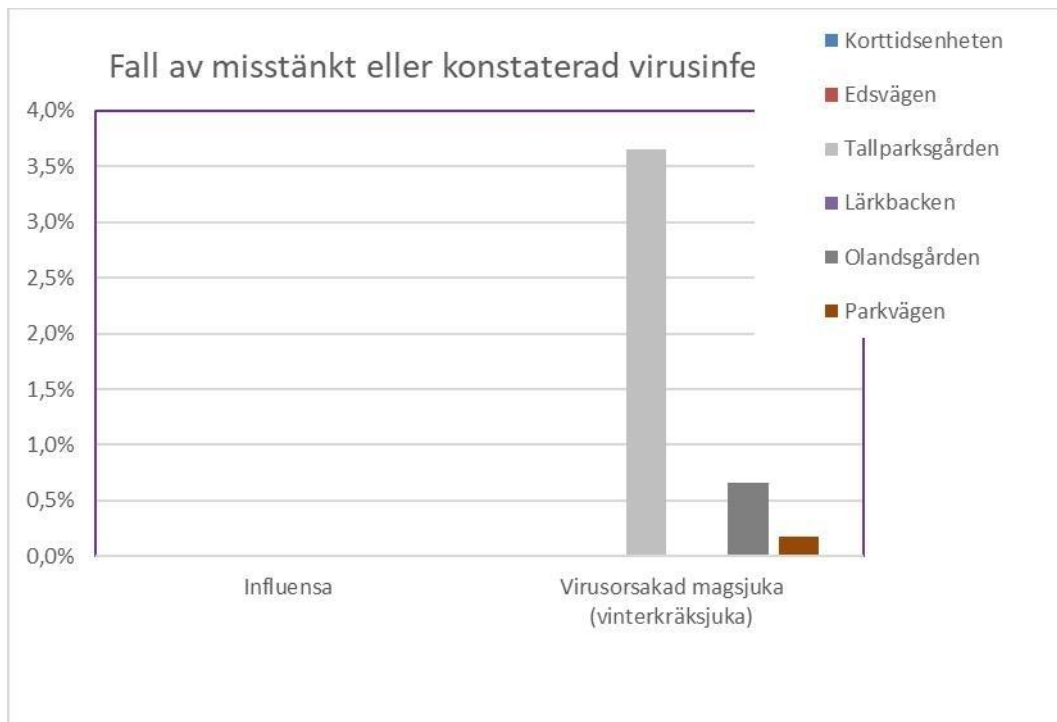
- Underlaget: 2981 registreringar
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Parkvägen och Edsvägen avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan.
- Lärkbacken avviker procentuellt med att fler får antibiotika för sårinfektioner.



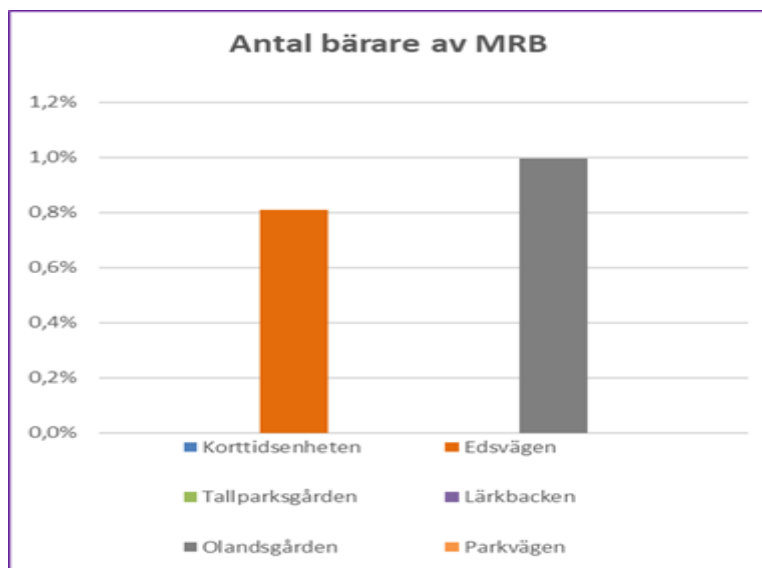
Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten ökat från 2018 då 11 % hade urinkateter mot årets 19%.



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 framtagna på Vårdhygiens hemsida. En kopia på handlingsplanen skickades till Smittskyddsläkaren. Syftet är att en i förväg upprättad strategi ska göra verksamheten bättre förberedd att hantera en uppsegrande 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.



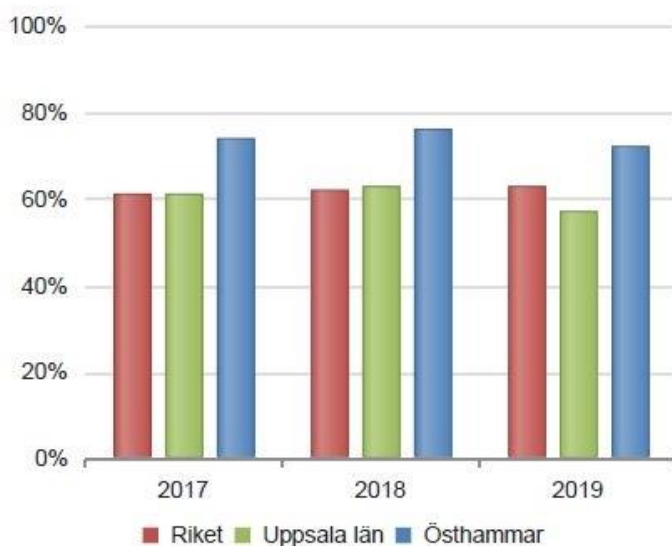
5.1.1 Resultat BPSD

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 2017 utfördes 206 registreringar i registret, 2018 utfördes 170 registreringar och 2019 utfördes 177 registreringar. 2018 infördes grundutbildning i BPSD för samtliga professioner och även demenssjuksköterskor från vårdcentralerna erbjuds att delta. ca 230 personal deltog. Utbildningen har sammanställts av en specialistsjuksköterska som är certifierad utbildare i BPSD registret och en silviasyster som också är kursledare, båda från vår egen verksamhet.

Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel

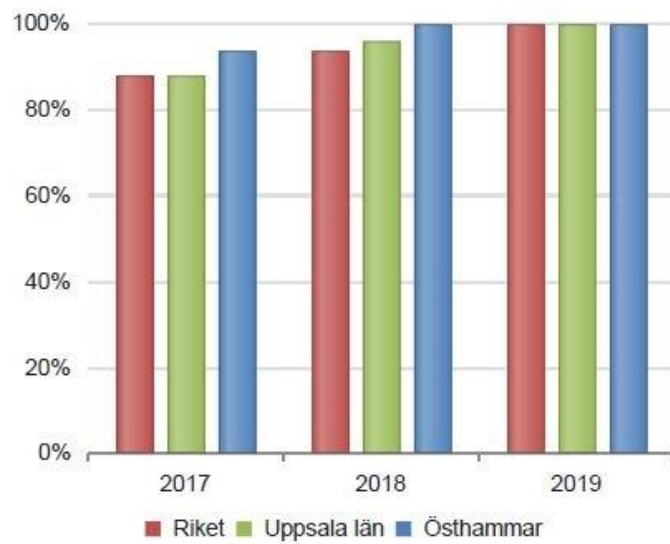
Andel i procent av de personer i registret med Alzheimers sjukdom som har kolinesterashämmare och/eller memantin.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	61% (4551 av 7408)	61% (145 av 239)	74% (37 av 50)
2018	62% (4922 av 7913)	63% (150 av 237)	76% (37 av 49)
2019	63% (5490 av 8655)	57% (165 av 289)	72% (42 av 58)

Andelen personer som har bemötandeplan

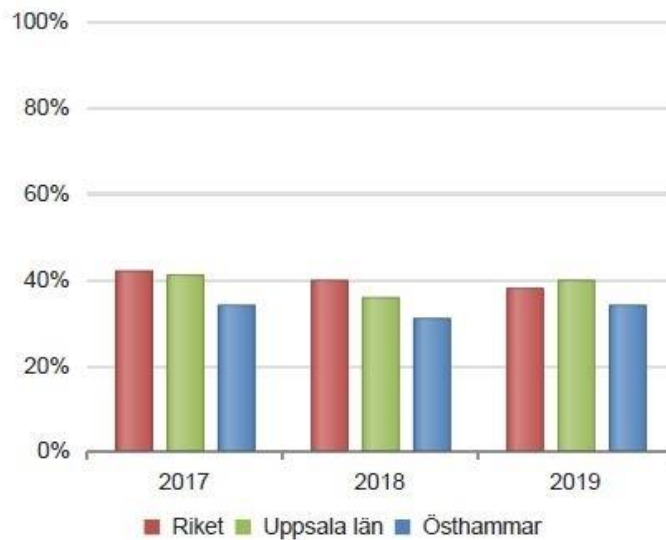
Andel i procent av de personer i registret som har en upprättad bemötandeplan.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	88% (19373 av 21888)	88% (498 av 561)	94% (130 av 137)
2018	94% (21017 av 22321)	96% (469 av 487)	100% (108 av 108)
2019	100% (23728 av 23728)	100% (623 av 623)	100% (131 av 131)

Andelen personer som har olämpliga läkemedel

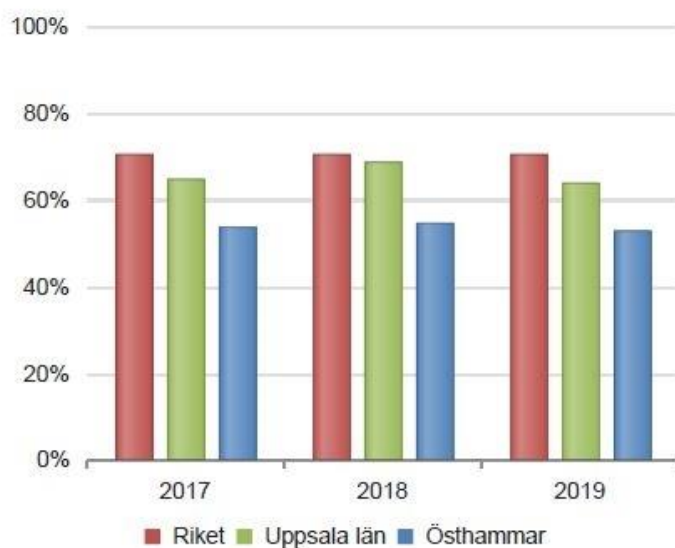
Andel i procent av de personer i registret som har neuroleptika och/eller lugnande läkemedel.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	42% (9147 av 21888)	41% (228 av 561)	34% (46 av 137)
2018	40% (8999 av 22321)	36% (174 av 487)	31% (33 av 108)
2019	38% (9123 av 23728)	40% (248 av 623)	34% (45 av 131)

Andelen personer som verkar smärtfria

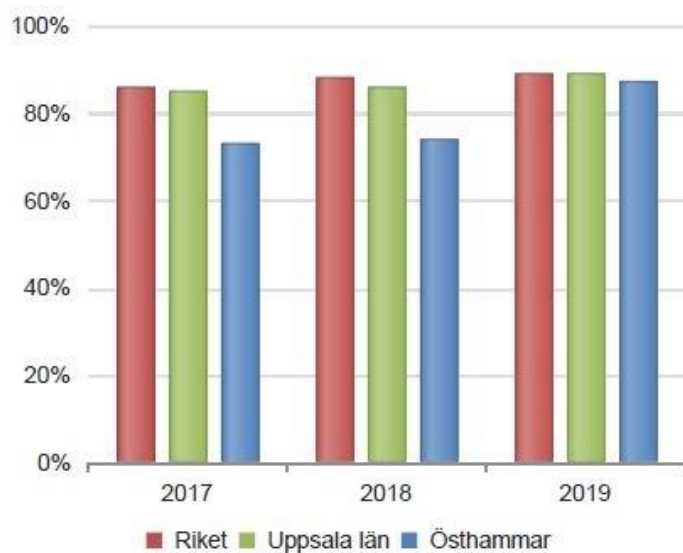
Andel i procent av de personer i registret som uppvisar smärtfrihet.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	71% (15731 av 21888)	65% (368 av 561)	54% (75 av 137)
2018	71% (16003 av 22321)	69% (338 av 487)	55% (60 av 108)
2019	71% (17019 av 23728)	64% (401 av 623)	53% (70 av 131)

Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd

Andel i procent av de personer i registret som årligen fått en läkemedelsöversyn.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2017	86% (19020 av 21888)	85% (482 av 561)	73% (101 av 137)
2018	88% (19709 av 22321)	86% (422 av 487)	74% (80 av 108)
2019	89% (21265 av 23728)	89% (558 av 623)	87% (114 av 131)

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	44	20,4	14,2	29,2
Tallparksgården	15	18,9	13	27,6
Parkvägen 9-11	28	20,2	14,2	34,2
Olandsgården	25	23	13	36
Lärkbacken	19	18,5	12	33
Totalt	131	20,4	13,3	32
11 poäng=Högsta grad av livskvalitet				
55 poäng= Lägsta grad av livskvalitet				

Tabell. Resultat Qualid-mätning särskilt boende 2019.

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. Nytt för i år är 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.

	<u>Östhammar</u> <u>2017</u>	<u>Östhammar</u> <u>2018</u>	<u>Östhammar</u> <u>2019</u>	<u>Riket</u> <u>2019</u>
Unika personer	250	246	213	112 241
Riskbedömningar med risk	95%	98%	96%	86%
Bakomliggande orsaker vid risk	79%	92%	86%	72%
Åtgärdsplan vid risk	96%	95%	94%	92%
Utförda åtgärder vid risk	73%	85%	88%	74%
Trycksår	52	64	52	22 583
BMI < 22	94	82	86	36 960
Fall	18	8	6	44 519
Munhälsa grad 2	44	72	77	33 477

Tabell Resultat Senior Alert jämförelse år 2017, 2018 och 2019.

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 2019 hade vi 61 st väntade dödsfall.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	72,1
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,1
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	95,1
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	52,5
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	75,4
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	72,1
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	88,5

Tabell Resultat palliativa registret år 2019.

5.2 Avvikelser

Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2017, 2018 och 2019. I april 2019 införde kommunen ett nytt system (DF Respons) för att hantera avvikelser. Det har fungerat bra och personalen kan nu på ett enkelt sätt göra rapporteringen digitalt.

Typ av avvikelser

Under året har 1 620 avvikelser rapporterats in. En avvikelse kan kategoriseras under flera typer därför är totalen högre än det faktiska antalet rapporter. Det vi ser är att genomgång med användare av systemet behöver göras kontinuerligt för att få typ av avvikelse i rätt kategori.

Typ av avvikelse	2019	2018	2017
Fall	826	628	1132
Läkemedelshändelse	458	351	431
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	59	10	24
Händelse med hjälpmedel, teknik och/eller fysisk miljö	42	7	2
Bristande omsorg/ej utförd insats	131	167	346
<i>Brist i/utebliven tillsyn</i>	98		
<i>Brist i/utebliven personlig hygien</i>	12		
<i>Brist i/uteblivna servicetjänster</i>	15		
<i>Brist i/utebliven fritid/motion</i>	5		
<i>Brist i/uteblivna sociala aktiviteter</i>	1		
Brist i information, kommunikation, samverkan	63	17	9
Brist i/utebliven dokumentation	23	3	14
Brist i trygghet	16		
Brist i handläggning	15		
Hot och våld	10		
Brist i mathållning	8	0	0
Tryckskada/trycksår	5	0	5
Övergrepp/oegentlighet	5	0	5
Ovärdigt bemötande	4		
Bruten sekretess	2		
Övrigt	101	0	12
Själv mord	0	0	0
Totalt	1768	1183	1980

Tabell. Fördelning inrapporterade avvikelser 2017, 2018 och 2019.

Vårdkedjeavvikelser

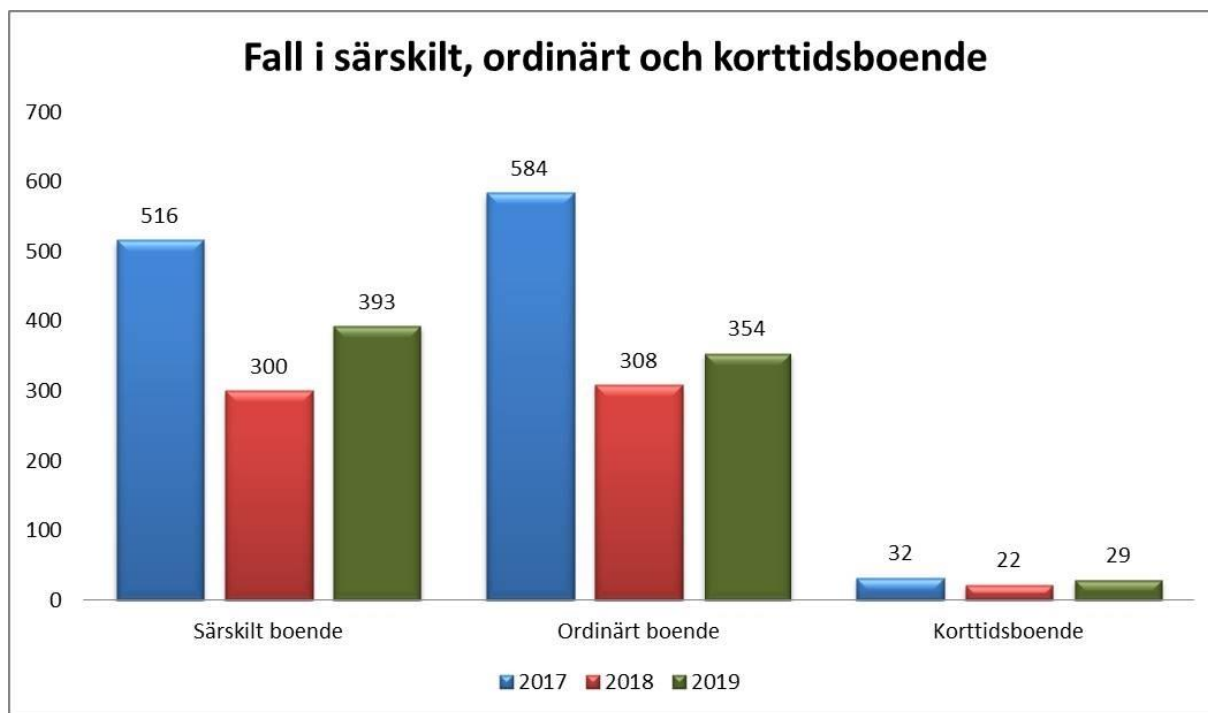
Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Avvikelser från annan huvudman bestod i huvudsak av brist i informationsöverföringen.

Typ av avvikelse	2019	2018	2017
Vårdkedja (till annan huvudman)	30	28	21
Vårdkedja (från annan huvudman)	7	10	8

Tabell . Fördelning avvikelser i vårdkedjan 2017,2018 och 2019.

Avvikelser kring fall

Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 22 stycken under 2019 vilket är en ökning med 5 stycken från år 2018 men något lägre än 2017 (= 24 st).

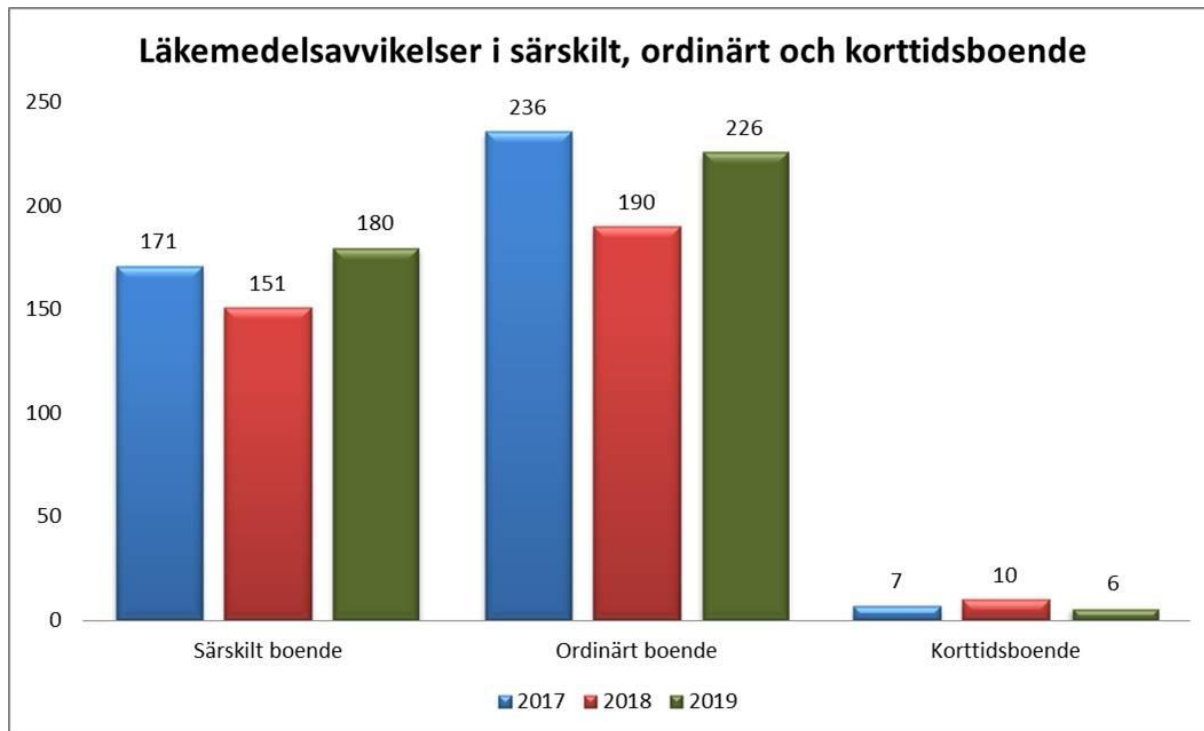


Tabell . Fördelning inrapporterade fallavvikelser 2017, 2018 och 2019.

Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 28 st under 2019. Att jämföra med 4 st under 2018 och 19 st under 2017.

Största delen av dessa avvikelser var utebliven dos blodförtunnande.



Tabell . Fördelning inrapporterade läkemedelsavvikelser 2017, 2018 och 2019.

5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har fyra ärenden anmälts till patientnämnden.

Fyra synpunkter från närstående har inkommit där möten med chef, brukare, närstående och aktuell personal samt MAS/MAR har deltagit för att nå fram till ett så bra resultat som möjligt för brukaren.

5.4 Händelser och vårdskador

Besök av inspektörer från IVO för uppföljning av ärende som anmäldes 2018.

2 lex Maria ärenden har anmälts till IVO. Ärendena har lett till översyn samt förändring av rutiner och utbildning för personal inom de specifika områdena. Ett ärende gällande dokumentation i combine. Några punkter har åtgärdats, HSL-nattpatrull är borttagen då kategorin inte finns. Behörighet mellan SoL och HSL i systemet är löst så långt att man kan se varandras dokumentation, dock har signering av delegerade insatser som till exempel läkemedel inte kunnat åtgärdas i systemet. Digital signering av delegerade insatser infördes i Appva MCSS i november. Till följd av det som framkommit i utredningen gällande combine startades under året ett mer intensivt arbete med att åtgärda de brister som finns.

5.5 Riskanalys

Utifrån identifierade brister i combine kommer en hälsoanalys att utföras av leverantören under första kvartalet 2020. En handlingsplan utifrån resultat kommer att tas fram och arbetas 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 egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Egenkontroll på särskilda boenden, korttidsenhet och närvårdsenheten görs från och med januari 2020 genom kollegial granskning.
- 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.
- 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 utvecklas.
- 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.