

Patientsäkerhetsberättelse

Vård och omsorg, 2018

Författat av:

Anette Frode, MAS

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning.....	3
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	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
3.6	Klagomål och synpunkter	6
3.7	Egenkontroll.....	7
4	Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
4.1	Utredning av händelser - vårdskador	10
4.2	Informationssäkerhet	10
5	Resultat och analys	11
5.1	Egenkontroll.....	11
5.2	Avvikelser	18
5.3	Klagomål och synpunkter	20
5.4	Händelser och vårdskador	20
5.5	Risikanalys	20
6	Mål och strategier för kommande år	20

1 Sammanfattning

Fortbildning och 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 2018 är att delegerad personal 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. Utbildning i munhälsovård för omvårdnadspersonal och utbildning för sjuksköterskor och undersköterskor i sårvård genomfördes under året.

BPSD-registreringar som leder till tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Vårdhygienutbildningar har genomförts varje termin. 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. I år har verksamheterna på samtliga orter kommit igång med tvärprofessionella teamträffar.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet. Läns-gemensamma samverkansrutiner har arbetats fram för utskrivningsprocessen från slutenvården, med anledning av den nya lagen, samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (2017:612) som började gälla från 1 januari 2018. Östhammars kommun har, tillsammans med regionens vårdcentraler, gemensamt startat upp hemtagningsteam på varje ort. Varje dag samordnas insatser så att de patienter som behöver insatser, får rätt insatser och en trygg hemgång. Tillsammans har vi uppnått målet att få en bra organisation. Nu fortsätter arbetet framåt i en flerårig plan då den ständigt behöver utvecklas och förbättras.

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 kommer Combine att kompletteras med ett nytt avvikelssystem DF-respons och ett digitalt signeringssystem i Appva.

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. Färdigställa riktlinjen.
- 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 under 2018 inte kunnat signera läkemedel direkt i telefonen som det var planerat. Leverantören har ännu inte klarat att leverera detta, från 2019 kommer digital signering att ske via Appva, för en säker överföring av signering för utförda ordinationer för exempel läkemedel mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
- 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.
- 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 och vård- och omsorgschefen 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.

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 sjukvårdsarbetet 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 styrdokumentet – 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 2019 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. Under hösten har de utökat med att de gör lika insatser för de som bor på särskilda boenden som till de som bor i ordinärt boende.

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 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 Combine. 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 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. 170 registreringar har genomförts under året.

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. 124 personer var med i årets mätning.

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, viktninskning, 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. Antal riskbedömningar under året som genomförts är 246 st. Rutinen har reviderats och ska nu ut till alla enheter för implementering under nästa år.

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. Antal registrerade dödsfall är 60 st.

Redovisning egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per kvartal	Infektionsregistrering Region Uppsala
Hygienronder	Vart 4:e år	Protokoll från Vårdhygien
Patientsäkerhetsgrupp region & kommuner	kontinuerligt	vårdkedjeavvikelser
Avvikelser	4 ggr/år	Combine
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

Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvården samt lokala rutiner har utförts med hjälp av farmaceut. Delegerad omvårdnadspersonal deltog och fick inför granskningen svara på ett antal frågor i en enkät som sammanställdes och genomgång av inkomna svar från enkäterna skedde vid granskningstillfället gemensamt. Skriftlig återrapporering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschefer. Läkemedelsrutinen och blanketter har reviderats 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 att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från varje hemtjänstområde fungerat bra.

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. MAS tillsammans med hygiensjuksköterskan från vårdhygien sammankallade områdeschefer och enhetschefer för särskilt boende för genomgång av vilka åtgärder som inte genomförts 2017 utifrån resultat från hygienronderna. Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har påbörjats och kommer att fortsätta 2018 med inköp av spol- och diskdesinfektorer.

Arbetet för en fortsatt utveckling av avvikelshanteringen har pågått under hela året. Vissa enheter har precis kommit igång med teamträffar. Därför kommer arbetet att fortsätta med att strukturera avvikelseprocessen på enhets- och verksamhetsnivå.

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 självskattnings 4 gånger per år finns vid varje enhet. Utfall av självskattnings 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 var fjärde år.

Läkemedel

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS. Vid kontrollräkning av narkotika har en stöld ur läkemedelsförråd påvisats. Det finns ingen misstanke om att enskilda patienter blivit utan läkemedel. Stölden har polisanmälts och utredning med loggkontroller av passage till läkemedelsförråden har genomförts.

4.1 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 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 specifik modul i dokumentationssystemet Combine. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum. De rapporter som går att ta ut ur systemet har inte kunnat redovisa allvarlighetsgrad och av den anledningen så är resultaten i tabellerna en beskrivning av antal och var någonstans händelsen inträffade. Ny modul kommer att användas från 2019 som då blir mer användarvänlig för personal.

4.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Journalföring

En grupp av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården har träffats under året. Ny granskningsmall för hälso- och sjukvårdsjournal i Combine har under året tagits fram i gruppen. 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 logggranskning ingår i det kvalitetsarbetet. Det som varit ett problem under året är att granskning och loggkontroller har fått genomföras i samband med att det förekommit en hel del fel i överföringar, svårt att hitta och fokus har då varit att åtgärda dessa och rapportera vidare. Tre utbildningstillfällen i dokumentation för legitimerad personal har erbjudits.

Dessutom har en arbetsgrupp med representanter från legitimerad personal tillsammans med medicinsk ansvarig arbetat med HSL-omvårdnadsjournal i Combine. Ett omfattande arbete pågår för att få alla delar att fungera i journalsystemet Combine. Fortfarande har vi inte lyckats få behörigheter mellan SOL och HSL att fungera. Vi har inte nått målet få en säker avvikelserapportering, digital signering och säkerhet med dokumentation där vi kan läsa det som är viktigt från SOL och HSL dokumentationen för en säker vård via digital journal. Dokumentation måste fortfarande ske på papper, det innebär att det blir dubbel dokumentation både på papper och i digital journal till stor del, vilket inte är acceptabelt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Därför är åtgärder för att säkerställa dokumentationen med bland annat behörigheter prioriterade.

Händelse- och riskanalys har sammanställts och åtgärder är påbörjade för att komma till rätta med problemen.

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Hjälpmedel

Hjälpmedelsenheten har samordnat rollatorcaféer på varje tätort, 28 besökare deltog. Sjukgymnaster/arbetsterapeuter tillsammans med personal från kommunservice har erbjudit rollatoranvändare tips, råd och service på plats.

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. Veckan arrangerades i samverkan med Socialstyrelsen, Region Uppsala, Frivillighandtaget, Studieförbundet Vuxenskolan, Svenska kyrkan, en skoaffär, Sandras Piruettklubb, Öregrunds gymnastikförening, SRF Östhammar, Friskis och Svettis, Neuroförbundet, RSMH och Öregrunds vårdcentral. Statistik från Kolada visar att Östhammars kommun under år 2017 hade lägst antal fallolyckor som leder till slutenvård i länet (40 st), och sjuätte lägst antal i landet. Detta trots att Östhammars kommun har en hög andel äldre invånare jämfört med riket, vilka är de som drabbas värst av fallolyckor.

5.1 Egenkontroll

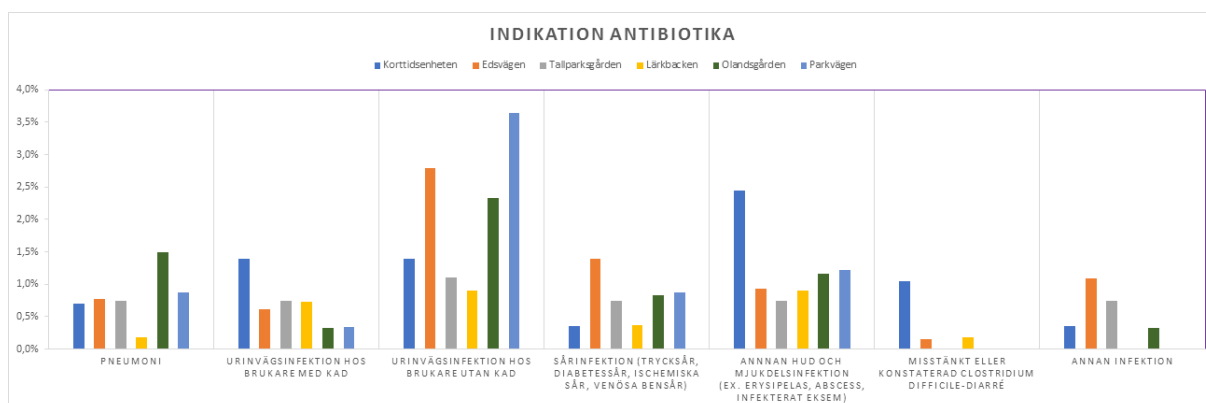
Vårdrelaterade infektioner

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

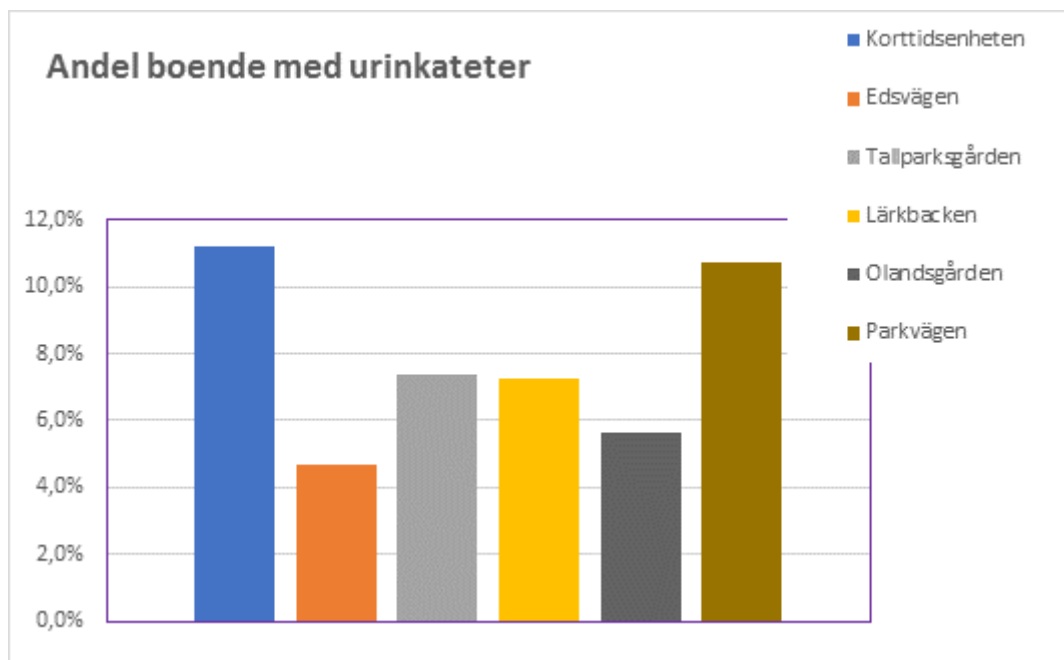
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport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

Lite korta fakta utifrån data:

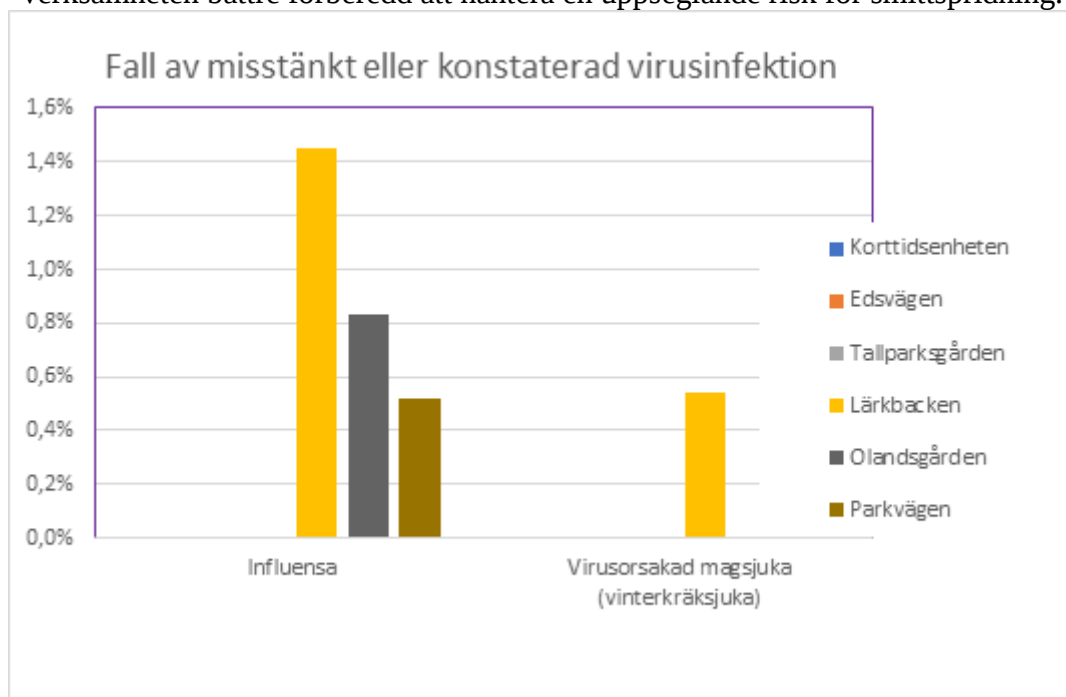
- Underlaget: 2929 registreringar
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Parkvägen, Edsvägen och Olandsgården avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan.



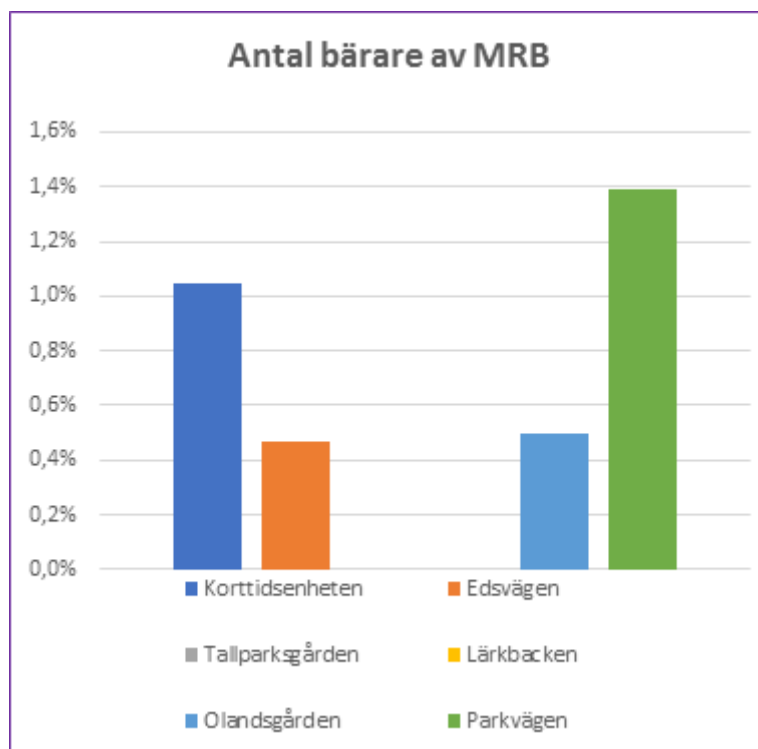
Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten minskat från 2017 då 26 % hade urinkateter mot årets 11 %.



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 Smittskyddsläkar-n. Syftet var att en i förväg upprättad strategi skulle 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 vilket redovisas i bild nedan. Gällande förekomsten av vårdtagare som bär på multiresistenta bakterier så är mörkertalet sannolikt stort då man inte provtar alla vårdtagare.



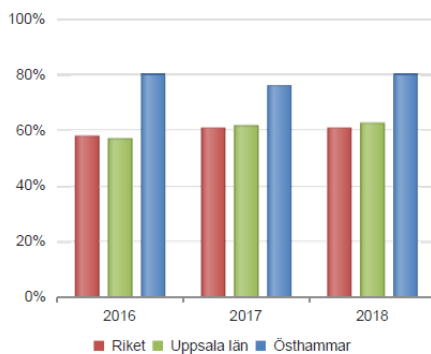
5.1.1 Resultat BPSD

Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga psykiska symtom vid demens (BPSD). Det leder till ökad livskvalitet för personer med demens. Utbildning av BPSD-administratörer (är ett krav att ha för att göra registreringar i BPSD registret) vid två tillfällen under 2018 då utbildades ca 15 st.

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 och 2018 utfördes 170 registreringar. Nytt from i år är grundutbildning i BPSD för samtliga professioner och även demenssjuksköterskor från vårdcentralerna erbjuds att delta. ca 70 personal deltog. Den utbildningen har sammanställts av en specialistsjuksköterska som är certifierad utbildare i BPSD registret och en silviasyster som också är kursledare ifrån vår egen verksamhet.

Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel

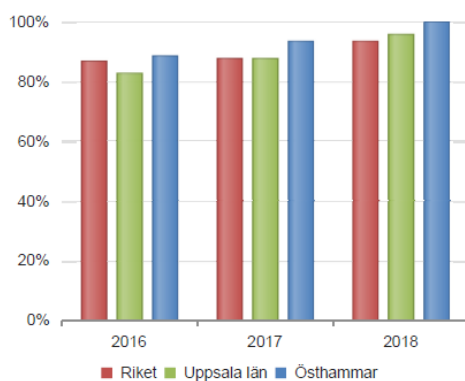
Andel i procent av de personer i registret med Alzheimers sjukdom som har kolinesterashämmare och/eller memantin.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	58% (4027 av 6940)	57% (154 av 271)	80% (33 av 41)
2017	61% (4592 av 7545)	62% (152 av 247)	76% (38 av 50)
2018	61% (4931 av 8076)	63% (150 av 237)	80% (39 av 49)

Andelen personer som har bemötandeplan

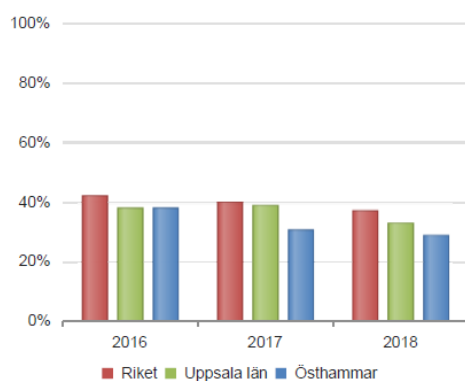
Andel i procent av de personer i registret som har en upprättad bemötandeplan.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	87% (17531 av 20067)	83% (487 av 580)	89% (91 av 102)
2017	88% (19700 av 22271)	88% (507 av 571)	94% (130 av 137)
2018	94% (21433 av 22789)	96% (469 av 487)	100% (108 av 108)

Andelen personer som har olämpliga läkemedel

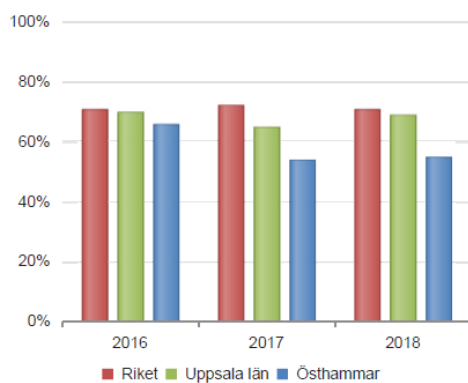
Andel i procent av de personer i registret som har neuroleptika och/eller lugnande läkemedel.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	42% (8376 av 20067)	38% (223 av 580)	38% (39 av 102)
2017	40% (8943 av 22271)	39% (221 av 571)	31% (43 av 137)
2018	37% (8491 av 22789)	33% (159 av 487)	29% (31 av 108)

Andelen personer som verkar smärtfria

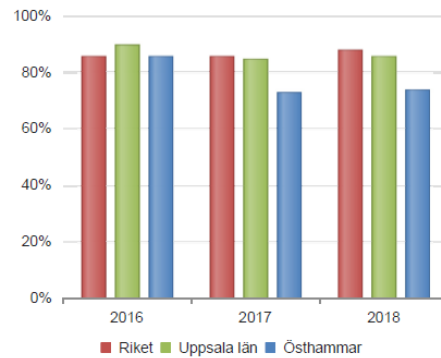
Andel i procent av de personer i registret som uppvisar smärtfrihet.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	71% (14257 av 20067)	70% (408 av 580)	66% (68 av 102)
2017	72% (16037 av 22271)	65% (376 av 571)	54% (75 av 137)
2018	71% (16340 av 22789)	69% (339 av 487)	55% (60 av 108)

Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd

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



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	86% (17423 av 20067)	90% (524 av 580)	86% (88 av 102)
2017	86% (19350 av 22271)	85% (491 av 571)	73% (101 av 137)
2018	88% (20131 av 22789)	86% (422 av 487)	74% (80 av 108)

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	41	25,2	19,8	35,8
Tallparksgården	9	23,4	15,3	32,6
Parkvägen 9-11	28	20,5	14,5	31,8
Olandsgården	27	23,5	13	36
Lärkbacken	19	22	11	37
Totalt:	124	22,9	14,72	34,64
11 poäng = Högsta grad av livskvalitet 55 poäng = Lägsta grad av livskvalitet				

Tabell Resultat Qualid-mätning särskilt boende 2018

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.

Utvecklingsgrupp för HSL har tillkommit och startat sitt arbete under hösten. Första området som påbörjades att se över var, hur rutinen för riskbedömning av fall, undernäring, trycksår och munhälsa i Senior alerts kvalitetsregister har genomförts. Vi har inte uppnått målet med att alla som bor på särskilt boende och de som har tre eller fler insatser och larm i ordinärt boende ska erbjudas riskbedömning i Senior alert. Rutinen reviderades därför med förtydliganden som nu ska implementeras i alla verksamheter.

	År 2017	År 2018
Unika personer	250	246
Riskbedömningar med risk	95%	98%
Bakomliggande orsaker vid risk	79%	92%
Åtgärdsplan vid risk	96%	95%
Utförda åtgärder vid risk	73%	85%
Trycksår	52	64
BMI < 22	94	82
Fall	18	8
Munhälsa grad 2	44	72

Tabell Resultat Senior Alert jämförelse år 2017 med 2018.

Utbildning till omvårdnadspersonal i munhälsovård har erbjudits från folktandvården i Östhammar och från särskilda boenden deltog 117 st. av omvårdnadspersonalen vid 10 utbildningstillfällen och från hemtjänsten deltog 51 st omvårdnadspersonal vid 5 tillfällen det är en stor kompetenshöjning med att 168 st fick utbildning 2018 mot 0 st 2017.

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. För att få en förbättring i det arbetet har tre tillfällen med representanter från Region Uppsalas palliativa konsultteam varit med på nätverksträffar för chefer och legitimerad personal.

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	81,7	98	49	60
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100	98	60	60
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100	98	60	60
Smärtskattats sista levnadsveckan	55	100	33	60
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	50	90	30	60
Utan trycksår (grad 2–4)	80	90	48	60
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88,3	90	53	60

Tabell Resultat palliativa registret år 2018.

5.2 Avvikelser

Sammanställning avvikelser

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2017 och 2018. Det som kan konstateras är att antal avvikelser har minskat. Antal fall med nästan 500 det behöver analyseras närmare med teamen på orterna.

Vårdkedjeavvikelser

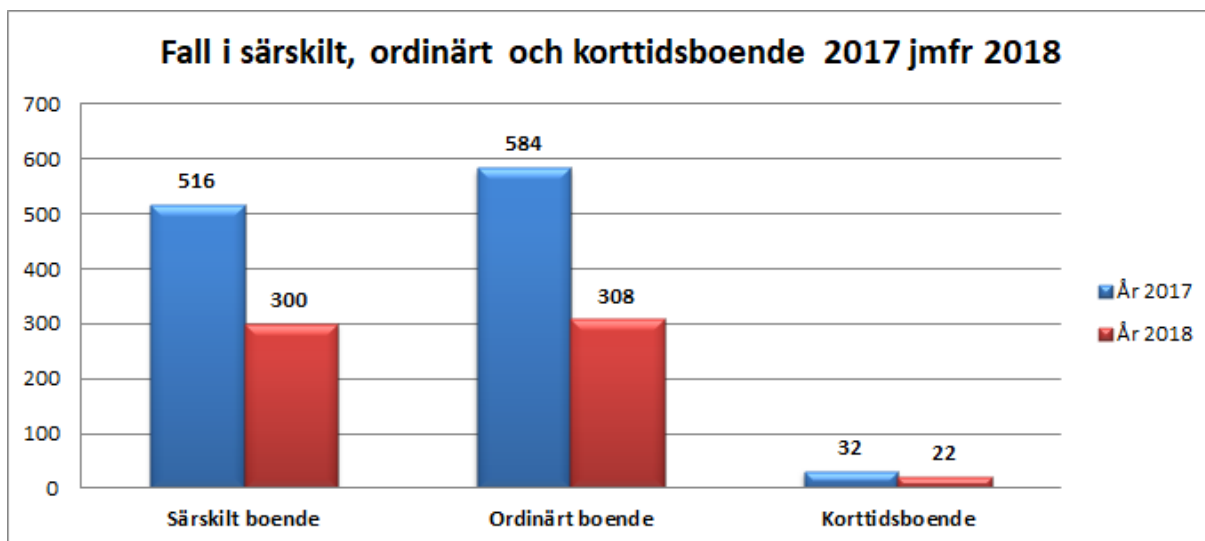
Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Avvikelser från annan huvudman bestod i huvudsak av brist i informationsöverföringen.

Typ av avvikelse	2017	2018
Fall	1132	628
Läkemedel	431	351
Informationsbrist	9	17
Hjälpmedel	2	7
Tryckskada	5	
Bristande dokumentation	14	3
Utebliven ordination	24	10
Självmod/självmodsförsök	0	0
Kost/Nutrition	0	0
Våld/Övergrepp	5	
Bristande omsorg/ej utförd insats	346	167
Annan	12	0
Summa:	1980	1206
Vårdkedja till (annan huvudman)	21	28
Vårdkedja från (annan huvudman)	8	10

Tabell . Fördelning inrapporterade avvikelser 2017 och 2018.

Avvikelser kring fall

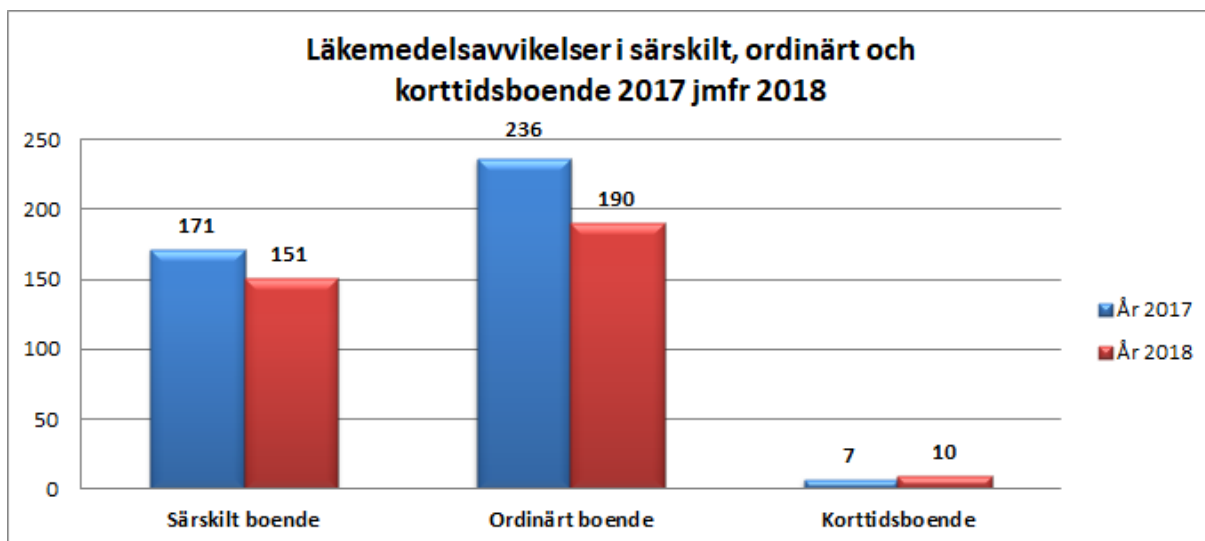
fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 2017 24 st totalt och 2018 17 st totalt.



Tabell . Fördelning inrapporterade fallavvikelser 2017 och 2018.

Läkemedelsavvikelser

läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 2017 19 st totalt och största delen av dessa avvikelser var utebliven dos waran och 2018 4 st totalt de var utebliven insulindos och förväxling av läkemedel.



Tabell . Fördelning inrapporterade läkemedelsavvikelser 2017 och 2018.

5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har tre ärenden anmälts till patientnämnden. Ett ärende har kommit från IVO.

Fyra synpunkter från närstående där möten med chef, brukare, närstående och aktuell personal samt MAS för att nå fram till ett så bra resultat som möjligt för brukaren. 2 lex Maria ärenden.

5.4 Händelser och vårdskador

Ett Lex Maria-ärende inkom 2018 där dokumentationen varit bristfällig. En ny mall togs fram som används vid kollegial granskning av legitimerads personal dokumentation. Det beslutades och genomfördes dokumentationsutbildning vid tre tillfällen för legitimerad personal.

5.5 Riskanalys

Riskanalys i samband med en synpunkt inkommit. Vid utredning framkom att beställning kunde läggas på en enhet som inte hade någon mottagare i Combine. Fler risker på grund av brister i verksamheten identifierades och detta har resulterat i att rutiner tagits fram för att säkra att behov av bedömda och beställda insatser genomförs. En hälso- och sjukvårdsinsats som är ordinerad får inte tas bort utan att det återrapporteras anledning och bedömning i journal.

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. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Uppföljning att spol-och diskdesinfektorer köps in enligt handlingsplan. Upprättade handlingsplaner för särskilda boenden för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa uppdaters 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. Färdigställa riktlinjen.
- 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.
- Införa skriftlig rutin på samtliga särskilda boenden om nyckelhanteringen till de läkemedelsskåp som finns i lägenheterna på särskilda boende.
- Analysera faktorer bakom avvikelser framförallt gällande uteblivna läkemedelsdoser och falltillbud. Digitalisering av att kunna signera läkemedel direkt i telefonen. Sjuksköterskan, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut kan se att delegerad uppgift och instruktion är utförd. Inte klart ännu, därför behövs fortsatt utveckling så en säker överföring av signering för utförda ordinationer för exempel läkemedel mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal snarast löses, för att patientsäkerhet i dokumentationen ska uppnås i det nu gällande journalsystemet Combine.
- VISAM beslutsstöd är ett bra stöd anser sjuksköterskorna att använda vid bedömningar till vilken vårdnivå patienten ska. Uppföljning kontinuerligt att beslutsstödet enligt rutin efterföljs.
- Framtagande av en utbildningsplan för vårdpersonal
- 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.
- 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.