

Patientsäkerhetsberättelse

2021

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	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	Avvikelser	19
5.3	Klagomål och synpunkter	23
5.4	Händelser och vårdskador	24
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. 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 2021 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 våren 2022.

Arbetet med att utbilda och få säkerhet i dokumentationssystem Combine har under året pausats men är nu åter uppstartat. Det kommer att vara ett arbete som hela tiden måste finnas med för att utveckling och säkerhet ska hållas aktuellt.

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.
- Utbildning för omvårdnadspersonal har utförts gällande bemötande vid demenssjukdom.
- BPSD-utbildning - grundutbildning har på grund av pandemin inte varit möjlig att genomföra.
- En administrationsutbildning i BPSD-registret har kunnat genomföras under året.
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin som nu ändrats till varje månad. Vårdhygienisk information och utbildning har genomförts kontinuerligt under året för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer.
- Spol-och diskdesinfektorer har installerats under året.
- Ny handlingsplan är skapad under året för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Den omfattar MAS, MAR, sektorchef, verksamhetschef produktion, enhetschefer, vård och omsorgspersonal och legitimerad personal som arbetar inom vård och omsorg.
- På varje särskilt boende finns en handlingsplan för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa som ska uppdateras årligen.
- 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. Utbildning har utförts under året
- 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.

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/sektorchefer 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. Avvikelser tas upp gemensamt och analyseras i patientsäkerhetsgruppen som bland annat består av MAS och MAR i länets kommuner, regionens chefsläkare och representanter från patientnämnden.

Utvecklingsgrupper arbetar med bland annat utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget 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.

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.

Nu görs uppföljningar på patienter som skrivs ut från slutenvården av fast vårdkontakt på regional primärvård inom 72 timmar efter utskrivning. På såbo för äldre och korttidsplatser sker uppföljningen av boendets sjuksköterska och läkare.

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.

Kvartalsrapporter från avvikelssystemet analyseras och presenteras i nämnd av verksamheten.

Externa avvikelser hanteras i DF respons av MAS och MAR.

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.

Kvartalsrapporter på synpunkter analyseras och presenteras i nämnd av verksamheten.

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	Kontinuerligt	Journal
Patientens klagomål och synpunkter	4 ggr/år	Kommunens synpunktshantering, Journal, Patientnämnden och 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 återrapporering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschef. Läkemedelsrutinen och blanketter uppdateras årligen vid behov 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 finns möjlighet att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från varje hemtjänstområde.

Under hela 2021 har digital signering skett i Appva MCSS (Medication Care Support System) för att upprätthålla patientsäkerheten. Under året har totalt 1 282 737 insatser som är delegerade/ordinerade utförts.

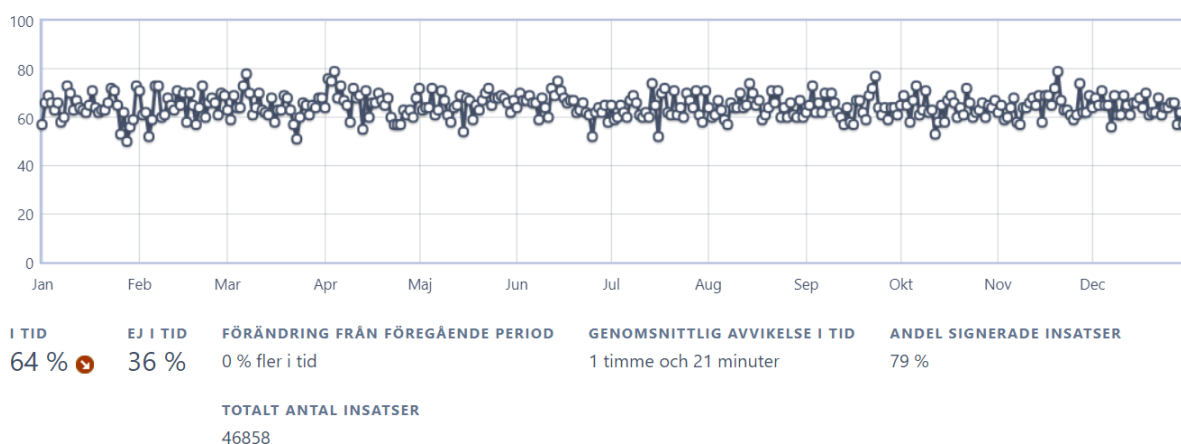
Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning genomför en

webbutbildning inför delegering av läkemedel och insulin. Det innebär att lika information ges till all delegerad personal. Sedan ges en skriftlig lokalt anpassad information av sjuksköterska på hemsjukvårdsområdet.

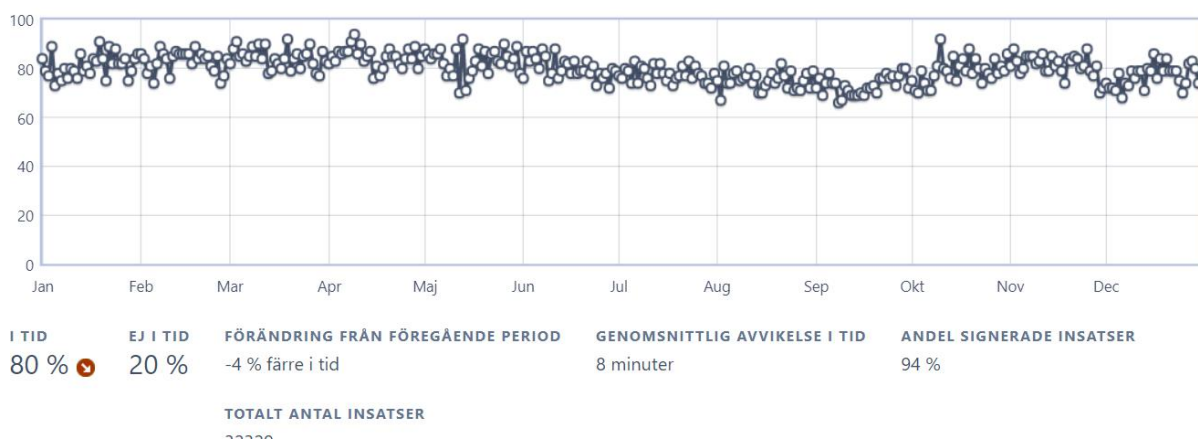
Fortbildningsmöten i digital form mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett under året. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt chefer under året. Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har pågått under året. Spol- och diskdesinfektorer är installerade under 2021.

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

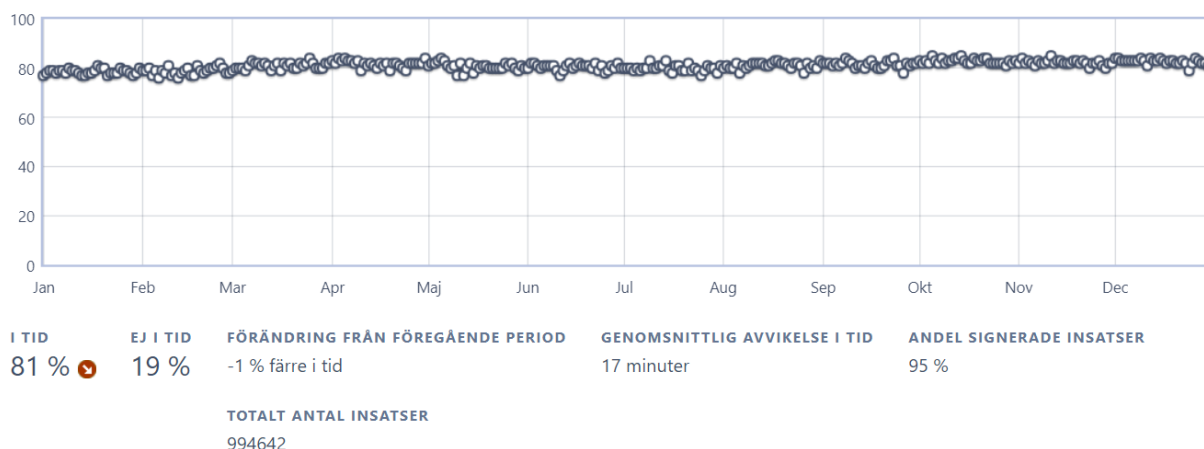
Tabell avser rehabinsatser som exempelvis ståträning ordinerade/delegerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 210101-211231.



Tabell avser insulindelegerade insatser ordinerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 210101-211231.



Tabell avser delegerade läkemedelsinsatser av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 210101-211231.

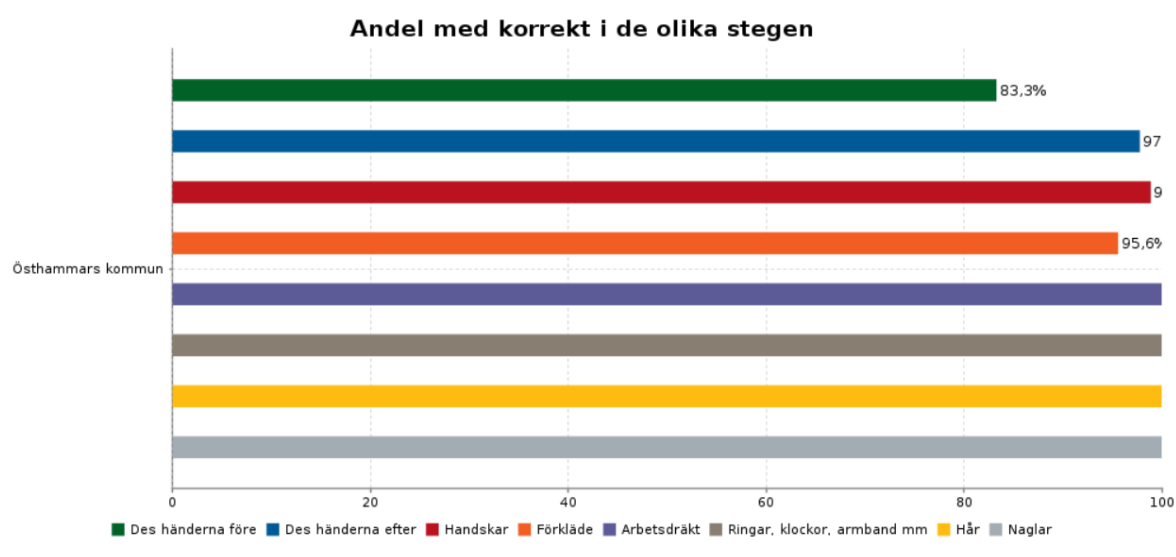


Basala hygienrutiner

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Under 2021 infördes enhetsspecifika rutiner för självskattning en gång per månad. 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 särskilda boenden, LSS-gruppbostäder, korttidsenheten och närvårdsenheten genomförs 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. Utifrån en hälsokontroll som genomfördes 2020 så pågår arbete med att förbättra de brister som uppmärksammats.

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Hjälpmedel och förebyggande arbete

Förebyggande information har skickats ut istället för fysiska hembesök under året till följd av pandemin. Qigong har utförts för gruppen anhöriga vid 5 tillfällen under året.

Statistik från Kolada visar att under år 2020 var det 46 fallolyckor om ledde till slutenvård, jämfört med 42 st 2019 i Östhammars kommun. Vi i Östhammar har fortfarande ett lågt antal fallskador som leder till slutenvård i jämförelse med övriga kommuner i länet. 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.

5.1 Egenkontroll

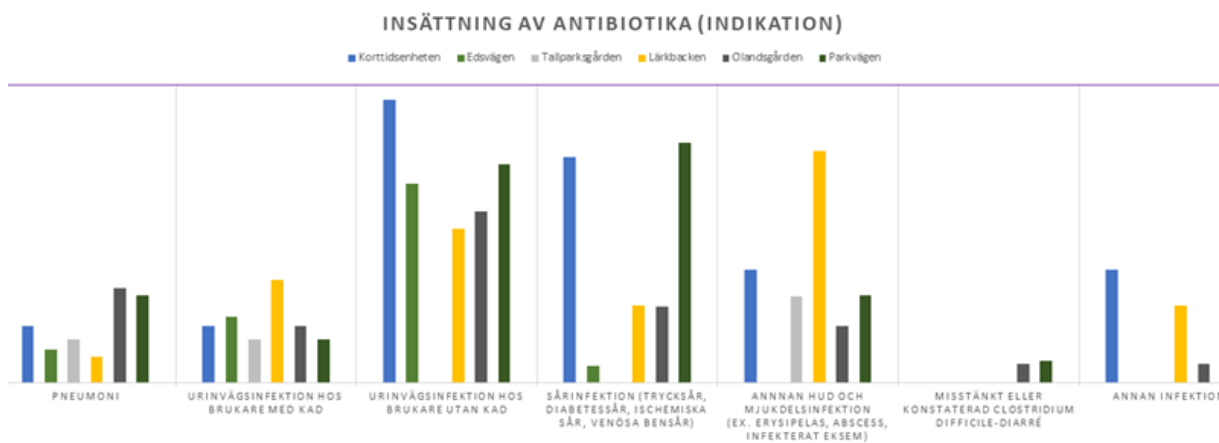
Vårdrelaterade infektioner

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

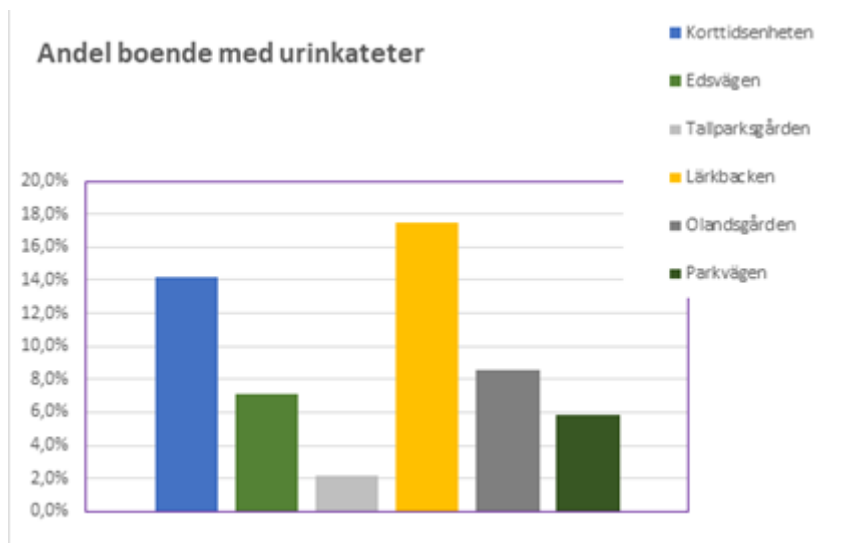
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e i månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport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

Lite korta fakta utifrån data:

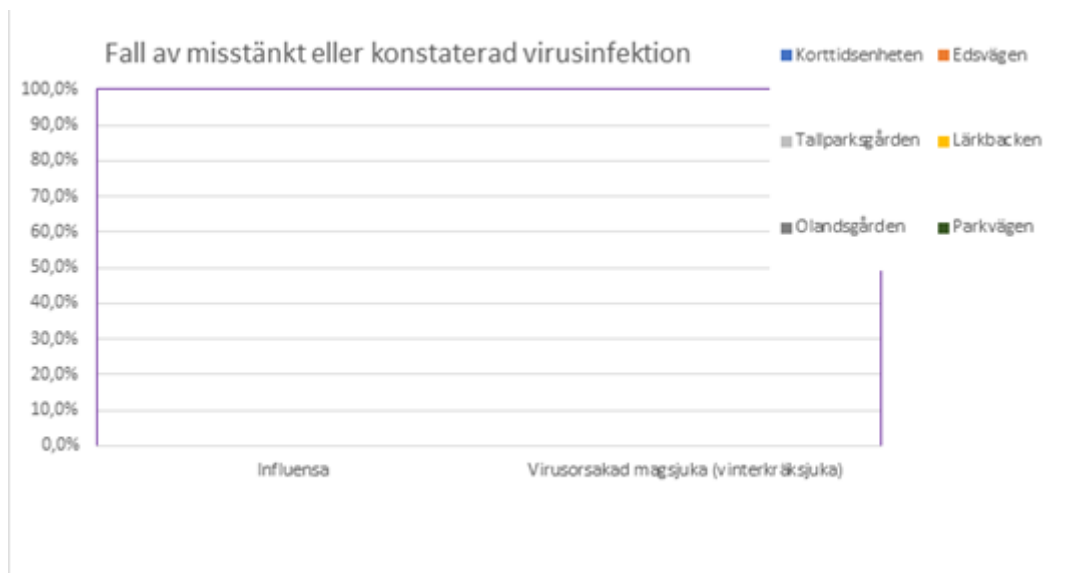
- Underlaget: 2844 registreringar
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Korttidsenheten och Parkvägen avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan.
- Korttidsenheten och Parkvägen avviker också procentuellt för sårinfektioner.
- Lärkbacken avviker procentuellt med att fler får antibiotika för annan hud - och mjukdelsinfektion.



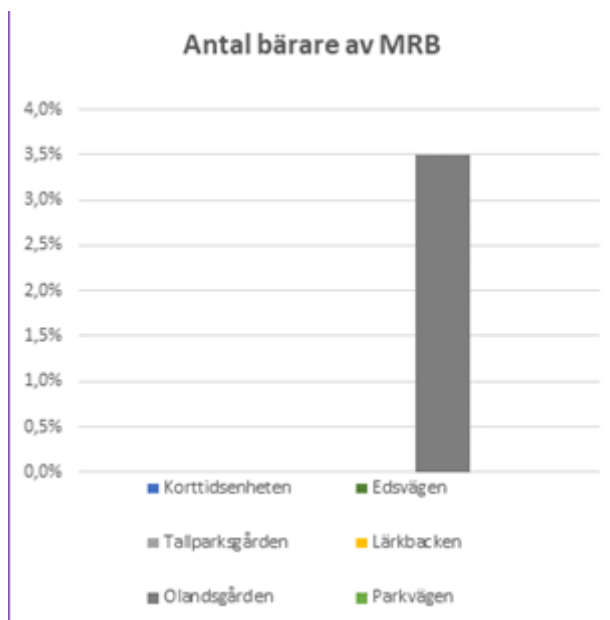
Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten minskat från 2020 då 28,6% hade urinkateter mot årets 14%.



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, 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. 2020 och 2021 fanns inga registrerade fall av magsjuka och influensa i Östhammars kommun.



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.



COVID-19

Antal registrerade positiva fall av covid 19 hos patienter/brukare under 2021.

Särskilt boende: 10 st

Gruppboendestäder: 2 st

Hemtjänst: 20 st

Personlig assistans: 1 st

Närvårdsenheten: 1 st

5.1.1 Resultat BPSD

Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minskar 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 2019 utfördes 177 registreringar, 2020 utfördes 176 registreringar och 2021 utfördes 199 registreringar.

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 36817 personer	21.3 poäng	20.8 poäng	20.7 poäng
Uppsala län 973 personer	23.3 poäng	23.1 poäng	21.6 poäng
Östhammar 199 personer	21.1 poäng	21.5 poäng	19.9 poäng

Uppsala län ▼

Östhammar ▼

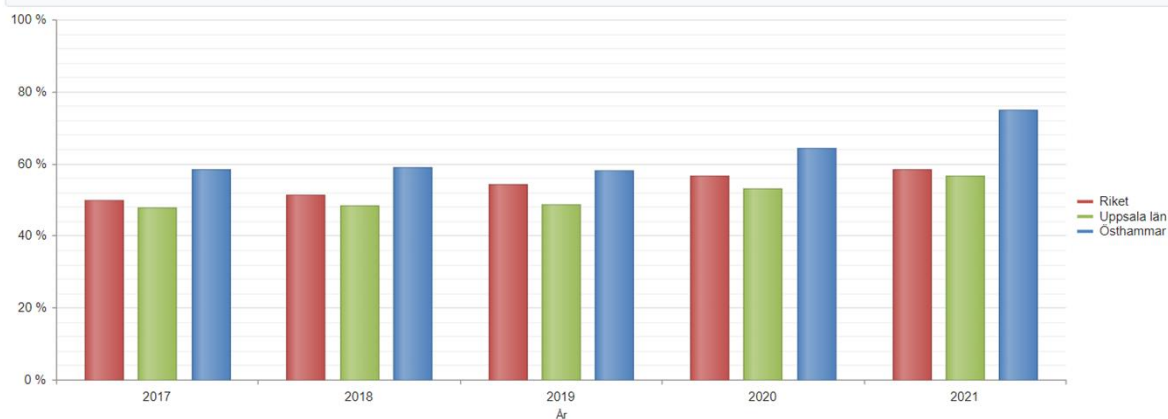
-- Välj stadsdel -- ▼

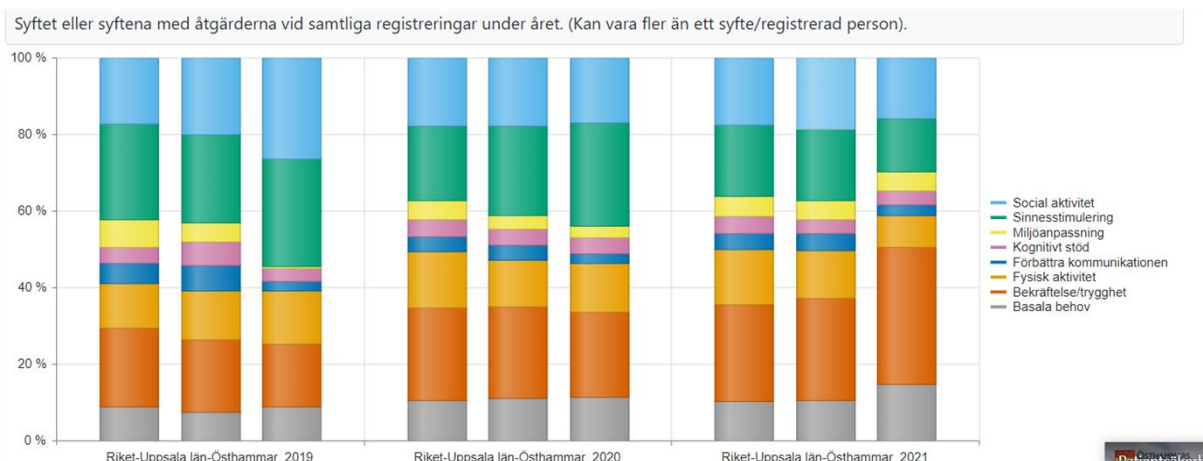
föregående

2021

nästa

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	55	22	12	37
Tallparksgården	10	20	12	30
Parkvägen 9-11	36	19	13	29
Olandsgården	21	24	14	39
Lärkbacken	16	21	13	33
Totalt	138	21	13	34

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

Tabell. Resultat Qualid-mätning särskilt boende 2021.

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 ska kunna 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 2021

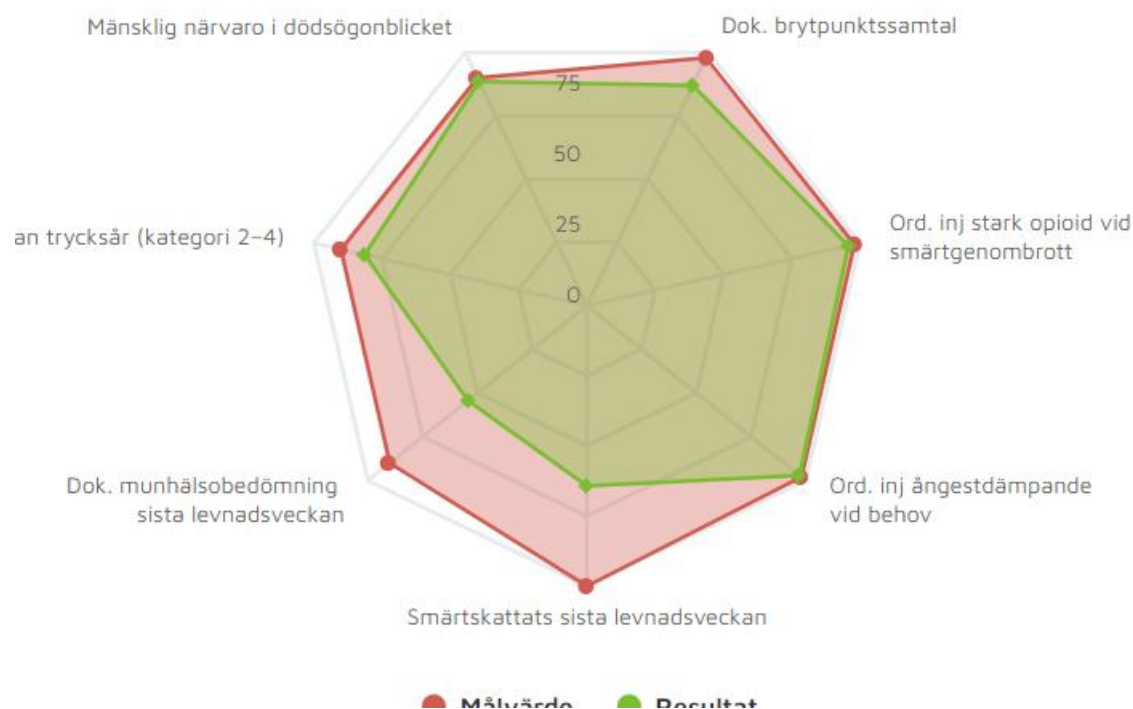
Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Östhammars kommun	189	97% 213 av 220	87% 186 av 213	95% 202 av 213	90% 162 av 181	52 34 personer	67 personer	3 3 personer	54 personer
Trycksår		31% 68 av 220	91% 62 av 68	93% 63 av 68	84% 43 av 51				
Undernäring		83% 182 av 220	91% 166 av 182	98% 178 av 182	93% 142 av 153				
Fall		86% 189 av 220	93% 175 av 189	98% 185 av 189	91% 146 av 161				
Munhälsa		65% 78 av 120	79% 62 av 78	88% 69 av 78	88% 50 av 57				

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Sverige	90839	89% 119 845 av 135 253	79% 94 554 av 119 845	92% 110 309 av 119 845	74% 79 524 av 107 392	12965 9 281 personer	31867 personer	34510 11 305 personer	29491 personer
Trycksår		28% 38 305 av 135 253	81% 30 868 av 38 305	93% 35 748 av 38 305	74% 25 272 av 34 205				
Undernäring		57% 77 359 av 135 253	82% 63 204 av 77 359	94% 72 753 av 77 359	76% 52 728 av 69 454				
Fall		75% 100 824 av 135 253	83% 83 995 av 100 824	95% 95 295 av 100 824	76% 69 087 av 90 421				
Munhälsa		43% 47 917 av 111 606	80% 38 568 av 47 917	91% 43 436 av 47 917	72% 30 351 av 42 218				

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.

Period 2021-01 - 2021-12



Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	87,1	98	61	70
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	95,7	98	67	70
Ord. inj ångestdämpande vid behov	97,1	98	68	70
Smärtskattats sista levnadsvecka	64,3	100	45	70
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	54,3	90	38	70
Utan trycksår (kategori 2-4)	81,4	90	57	70
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88,6	90	62	70

Under 2020 hade vi 77 väntade dödsfall och en smärtskattning med resultat på 31 %

En satsning under året har gjorts tillsammans med palliativa konsultteamet som har utbildat kommunens palliativa ombud om ca 60 deltagare vilket resulterat i en smärtskattning på 64,3% för 2021 - fortsatt arbete förväntas öka resultatet.

5.1.5 Covid 19

Covid -19

Vaccinering av patienter och medarbetare inom vård och omsorg pågått under hela 2021 - upp till 3 doser har erbjudits samtliga.

5.2 Avvikelser

Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2019, 2020 och 2021. 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 3 083 avvikelser rapporterats in inom vård och omsorg. 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	2021
Fall	826	1325	1285
Läkemedel	458	448	733
Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL)	59	77	91
Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö	42	38	24
Brist i/utebliven tillsyn	98	306	690
Brist/utebliven personlig hygien	12	28	63
Brist i/uteblivna servicetjänster	15	31	41
Brist i/utebliven fritid/motion	5	1	5

Typ av avvikelse	2019	2020	2021
Brist i/uteblivna sociala aktiviteter	1	7	5
Brist i rehabilitering	0	1	39
Brist i information, kommunikation, samverkan	63	120	134
Brist i/utebliven dokumentation	23	96	80
Brist i trygghet	16	52	64
Brist i handläggning	15	85	67
Hot och våld	10	12	15
Brist i mathållning	8	11	10
Tryckskada/trycksår	5	12	9
Övergrepp/oegentlighet	5	9	5
Ovärdigt bemötande	4	12	15
Bruten sekretess	2	10	6
Själv mord	0	0	0
Övrigt	101	131	122
Summa:	1768	2812	3.503

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	2021
Vårdkedja till (annan huvudman)	30	47	62
Vårdkedja från (annan huvudman)	7	13	9

Tabell . Fördelning avvikelser i vårdkedjan 2019, 2020 och 2021.

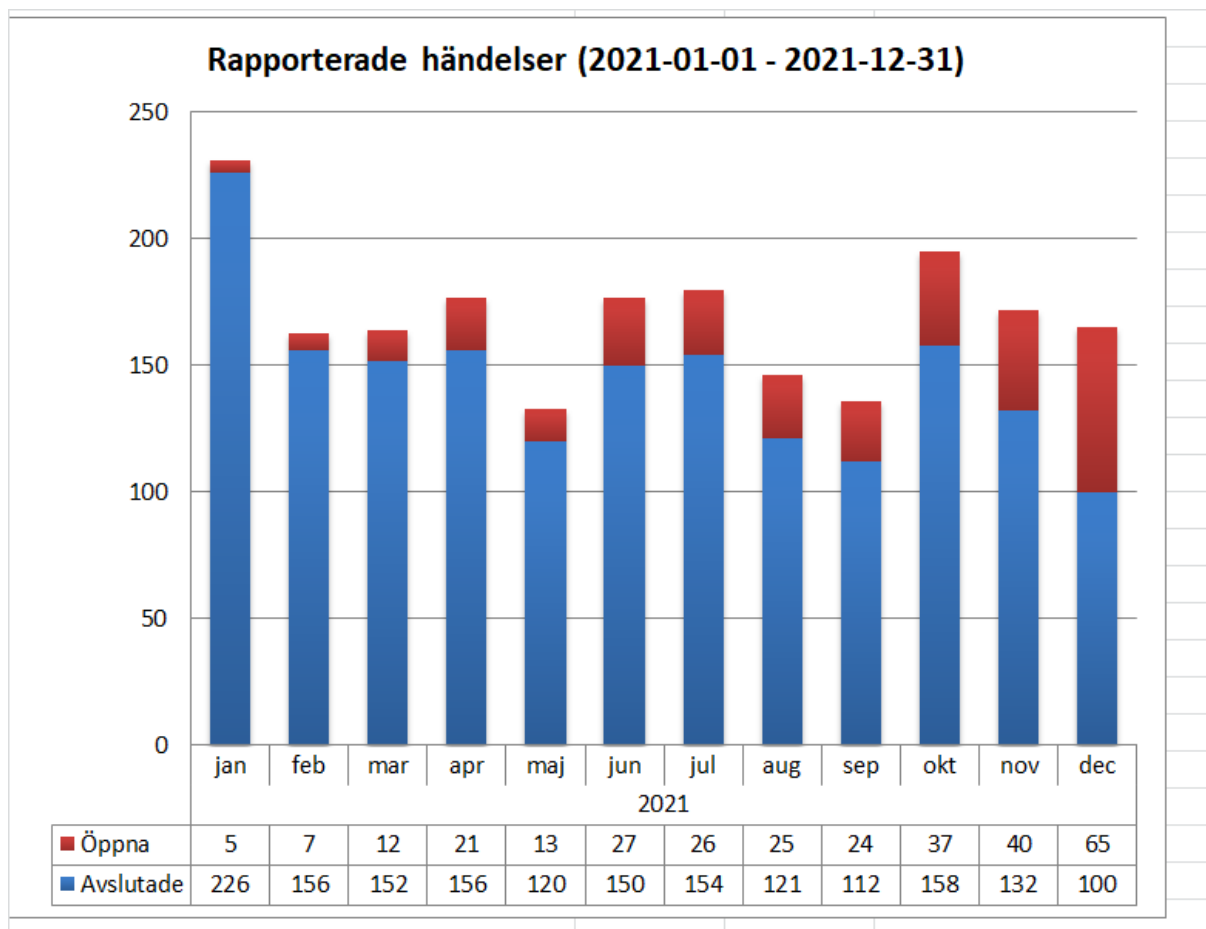
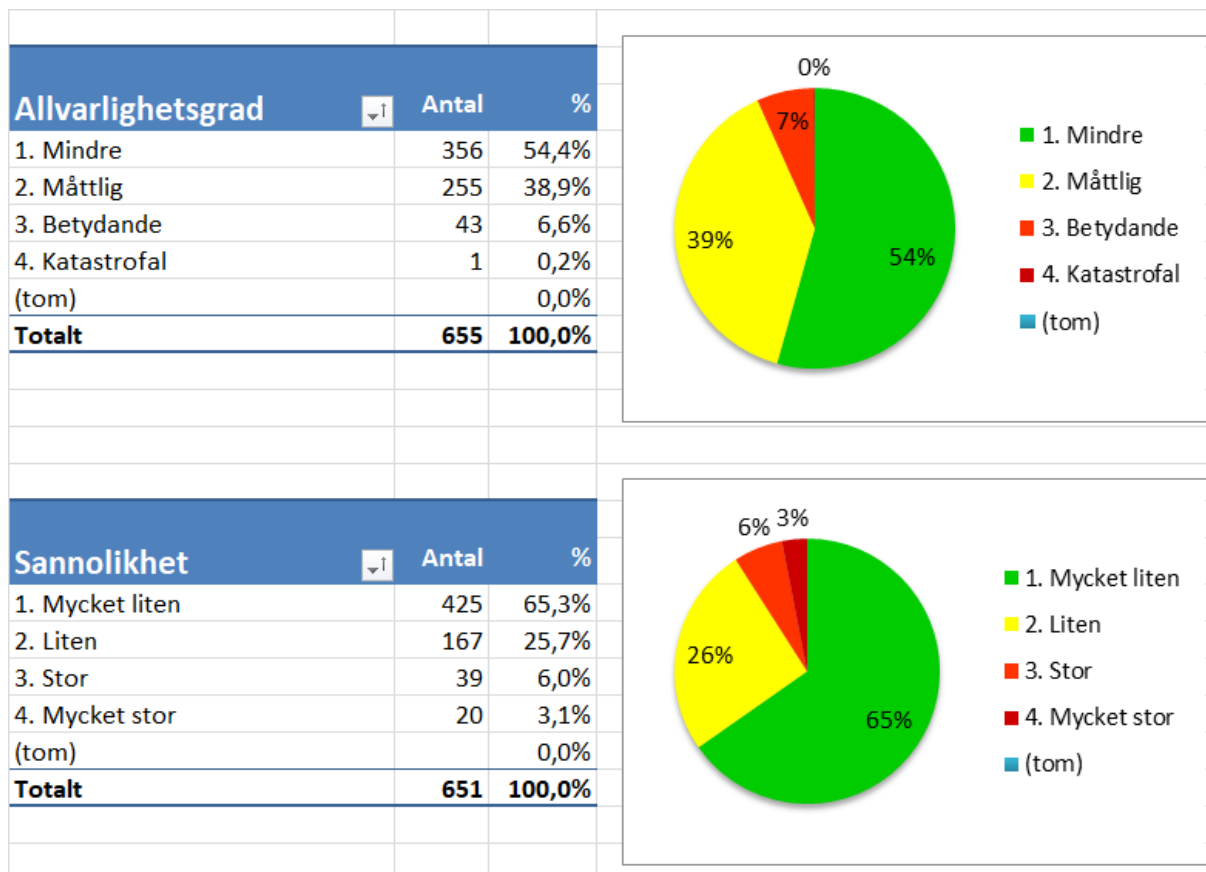


Diagram visar avvikelser läkemedel och fall 210101-211231

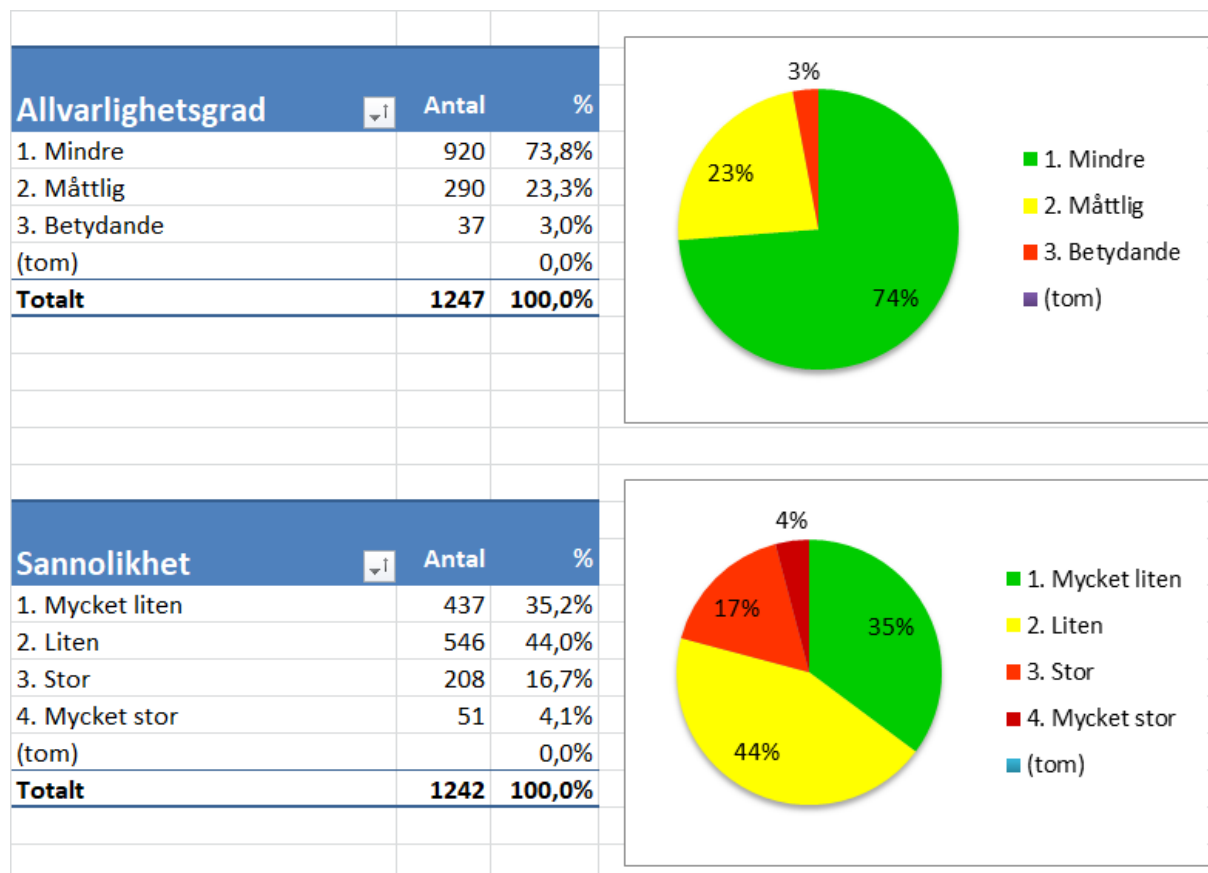
Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 43 st under 2021, varav 27 svinn/stöld. Sammanlagt var det 743 läkemedelsavvikelser, flera av dessa är öppna och inte kategoriserade - därav inte presenterade i cirkeldiagrammet.



Fallavvikelser

Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 37 st under 2021.



5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har tre ärenden anmälts till patientnämnden.

I ett av ärendena har närstående synpunkt på att det brister i journaldokumentation, bedömningar och omvårdnad.

I det andra ärendet har närstående synpunkt på en personals bemötande.

Det tredje ärendet visste inte patienten vart hon skulle få hjälp med sin kvarliggande KAD och blev hänvisad till vårdcentral.

Övriga synpunkter redovisas kvartalsvis till nämnd.

5.4 Händelser och vårdskador

Två lex Maria anmälningar gällande:

Läkemedelsordination från specialist där IVO har lämnat utredningsansvar till kommunen. Ärendet har lett till förändrad läkemedelsordination från specialistvården.

Tillsyn av förutsättningar för att ge medicinsk vård och behandling vid covid-19. Ärendet har lett till att utredning ska genomföras på ca 150 patientjournaler som har skickats in till IVO för granskning.

Utifrån IVO-anmälan som gjordes 2018 i dokumentationssystemet combine så fortsätter förbättringsarbetet med underlag från den hälsokontroll som genomfördes i combine HSL under 2022.

5.5 Riskanalys

Utifrån identifierade brister i Combine utfördes en hälsoanalys av leverantören tillsammans med förvaltningsledare, objektspecialister MAS och MAR under första kvartalet 2020. En handlingsplan har tagits fram. Arbetet har intensifieras under senare delen av 2021 och fortsätter under 2022.

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 .
- 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.

- Arbetet med palliativa ombud fortsätter att utvecklas. Utbildning sker kontinuerligt 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.
- Utbildning i DF-respons avvikelseprogram till alla verksamheter inom vård och omsorg.
- 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 första kvartal.
- Arbetsgruppen vuxna och äldre 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.
- Patientsäkerhetsarbetet för prioriterade patient/brukargrupper har legat till grund för hela vårdomställningen Effektiv och nära vård 2030. I det fortsatta arbetet med effektiv och nära vård 2030 och dess samtliga delprojekt kommer Östhammars kommun representeras av verksamhetsnära aktuell profession med syfte att se till individens behov. Prioriterat är det pågående projektet vårdcentrum Östhammar.