

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Sektor omsorg

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|------------------------------------------------------|----|
| 1 | SAMMANFATTNING | 3 |
| 2 | GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD | 4 |
| 2.1 | Engagerad ledning och tydlig styrning | 4 |
| 2.2 | En god säkerhetskultur | 6 |
| 2.3 | Adekvat kunskap och kompetens | 7 |
| 2.4 | Patienten som medskapare | 8 |
| 3 | AGERA FÖR SÄKER VÅRD..... | 8 |
| 3.1 | 1. Identifiering..... | 8 |
| 3.2 | 2. Analys | 9 |
| 3.3 | Öka kunskap om inträffade vårdskador | 19 |
| 3.4 | Tillförlitliga och säkra system och processer | 19 |
| 3.5 | Säker vård här och nu | 19 |
| 3.6 | Stärka analys, lärande och utveckling..... | 20 |
| 3.7 | Öka riskmedvetenhet och beredskap..... | 24 |
| 4 | MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR | 25 |

1 SAMMANFATTNING

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet 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.

Uppföljning har under året skett genom granskning av journaldokumentation på superanvändarträffar. Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering har genomförts av extern farmaceut. Delegerad personal både på särskilt boende och i 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 tvärprofessionella team-träffar på enheter där man systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser, detta har under 2022 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. 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 året har kommunikationsverktyget Prator övergått till Cosmic Link.

Arbetet med att utbilda och få säkerhet i 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.

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

Arbetet med stärkt patientsäkerhetsarbete påbörjades under hösten och kommer fortgå under 2023.

2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

2.1.1 Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

- Förebygga vårdskador genom fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen för 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.
- Tre administratörsutbildningar i BPSD-registret har kunnat genomföras under året.
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin varje månad. Vårdhygienisk information och utbildning har genomförts kontinuerligt under året för befintliga och nya hygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer.
- Spol-och diskdesinfektorer har installerats under året.
- En handlingsplan för att förebygga utbrott och hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa finns på varje särskilt boende och 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 ska 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.
- BPSD-utbildning - ingen grundutbildning har genomförts under 2022.

2.1.2 Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, 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 sektor omsorg.

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

Sektorchef har tillsammans med verksamhetschef 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 verksamhetschef, 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).

Enhetschef ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens, förutsättningar och behörighet för att utföra sina uppdrag på ett säkert sätt samt att det finns 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.

2.1.2.1 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Den övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län, tjänstemannaberedningen inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO), där bland annat kommunernas socialchefer/sectorchefer 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 avvikelshantering i samband med in- och utskrivning, så att identifierade brister kan återrapporteras och åtgärdas. Skriftlig återkoppling sker i eventuella avvikelser i informationsöverföringen. Avvikelse 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 utveckling av exempelvis det elektroniska kommunikationsverktyget samt med riktlinjer 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, biståndshandläggning samt chefer arbetar lokalt på varje ort gemensamt för trygg och säker utskrivning för patienter från slutenvården.

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

2.1.2.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Journalföring

Kollegial journalgranskning har under året genomförts av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården. 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 av journalsystemet som genomfördes 2020 pågår arbete med att förbättra de brister som uppmärksammats.

2.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

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.

Tertialrapporter från avvikelssystemet analyseras och presenteras i nämnd av verksamheten. Externa avvikelser hanteras i DF respons av MAS och MAR.

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.

Tertialrapporter på synpunkter analyseras och presenteras i nämnd av verksamheten.

2.3 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

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.

Utbildning för omvårdnadspersonal har utförts gällande bemötande vid demenssjukdom. Tre administratörsutbildningar i BPSD-registret har kunnat genomföras under året.

Vårdhygienisk information och utbildning har genomförts kontinuerligt under året för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.

Utbildning i validerad smärtskattning har utförts under året.

Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar.

Hjälpmiddelsverksamheten har genomfört utbildning i Grundläggande förskrivningsrätt vid 9 tillfällen under året.

Hygiengenomgång i Hjälpmedelsförrådet har utförts med hygienombud och Vårdhygien.

Våra särskilda boenden Parkvägen 7-9 och Edsvägen 16 har under 2022 erhållit Silviacertifiering.

Två heldagsutbildningar i klinisk bedömning steg 1 har genomförts för sjuksköterskor, fysioterapeuter/sjukgymnaster och undersköterskor inom hemsjukvården.

2.4 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 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.

Hjälpmedelsverksamheten har tillsammans med rehabenheten och arbetsmarknadsenheten genomfört sex st turnéer med rollatortäkt. Där har patienter fått information samt service/reparation av sin rollator för att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.

3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

3.1 1. Identifiering

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. Personalen använder sedan 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.

3.2 2. Analys

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

Granskning av läkemedelshantering och lokala rutiner inom hemsjukvården har utförts tillsammans med en extern farmaceut. Delegerad omvårdnadspersonal deltog och fick inför granskningen svara på ett antal frågor i en enkät. Nytt för året är att LSS grupp- och servicebostäder inkluderas i granskningen. 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 verksamhetschef. Läkemedelsrutinen och blanketter uppdateras årligen vid behov 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 finns möjlighet att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från varje hemtjänstområde.

Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har

pågått under året. Installation av Spol- och diskdesinfektorer pågår.

Läkemedel

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

Hjälpmiddel och förebyggande arbete

Skriftlig förebyggande information har ersatt fysiska hembesök under året till följd av pandemin. Qigong har erbjudits för gruppen anhöriga vid 3 tillfällen under året.

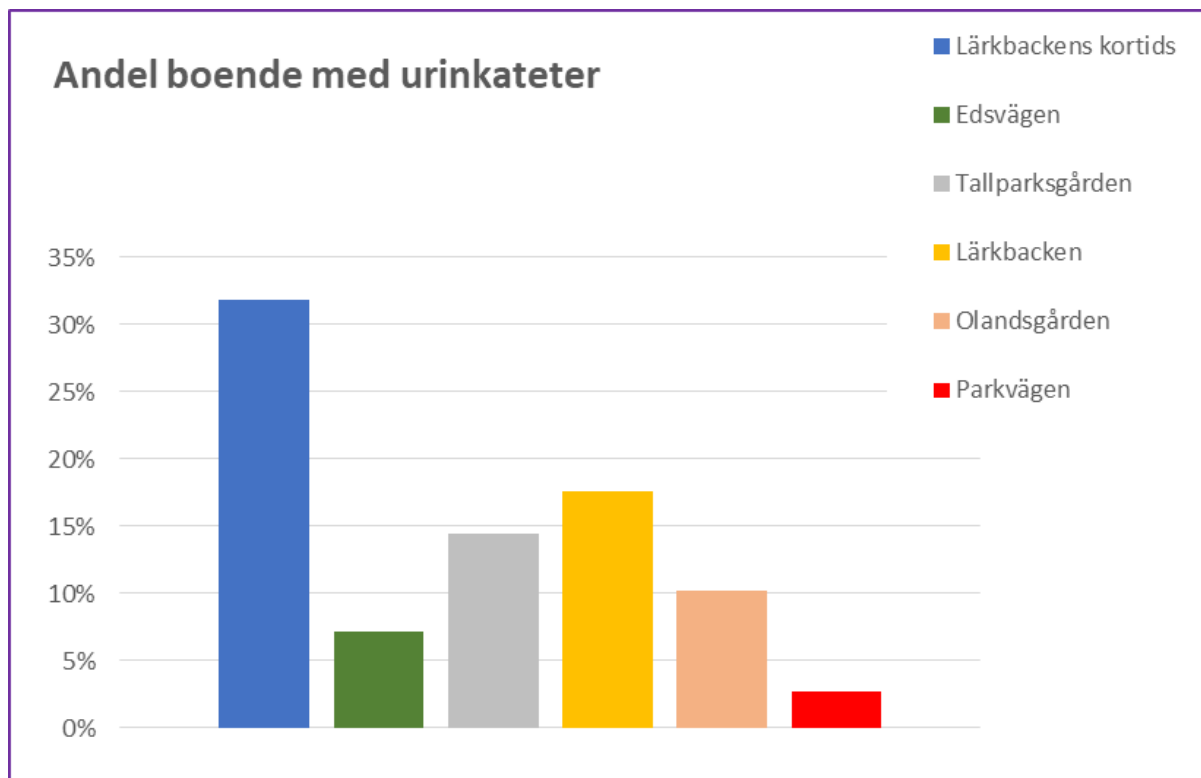
Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

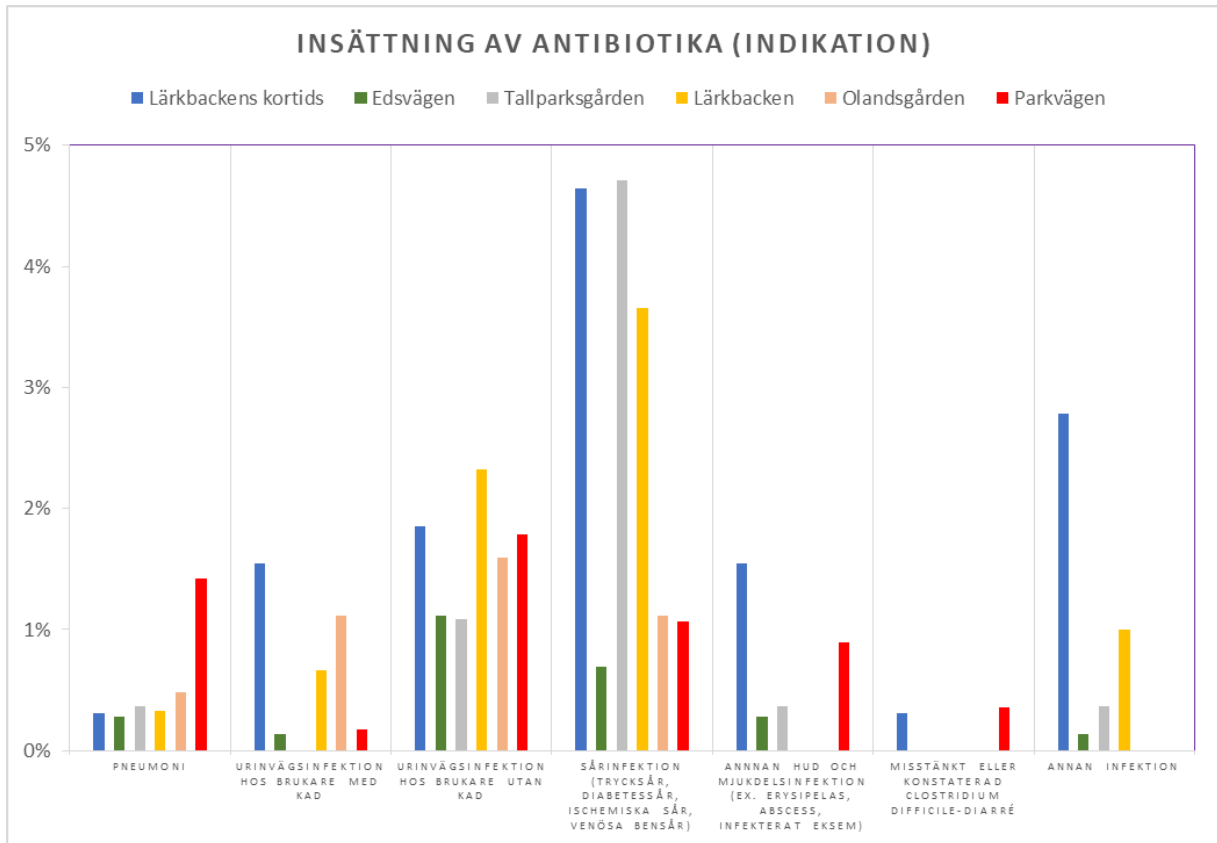
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e i månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport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

Lite korta fakta utifrån data:

- Underlaget: 2809 registreringar har utförts
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Tallparksgården och Lärkbacken inklusive Korttidsenheten avviker också procentuellt för sårinfektioner.
- Lärkbackens Korttidsenhet avviker procentuellt med att fler får antibiotika för annan hud - och mjukdelsinfektion.

Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten ökat från 14% 2021 till 32% 2022.





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

Resultat Qualid

För att kunna mäta livskvalitet hos personer med demensdiagnos och utveckla förståelse och kunskap används Qualid som mätinstrument. Det innebär att omvårdnadspersonal observerar en person med demens under en vecka och får sedan svara på ett antal frågor som sammanställs. Qualid-mätning har genomförts en gång 2022.

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

| Boende | Antal boende med diagnos | Medeltal | Högsta grad av livskvalitet | Lägsta grad av livskvalitet |
|---------------------|--------------------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| Edsvägen 16 | 59 | 21 | 12 | 31 |
| Olandsgården | 21 | 25 | 18 | 35 |
| Parkvägen 7-9 | 42 | 21 | 14 | 30 |
| Lärkbacken | 13 | 18 | 14 | 29 |
| Tallparksgården | 9 | 21 | 13 | 29 |
| | | | | |
| Alla boenden | 144 | 21 | 14 | 31 |

Resultat Senior Alert

Riskbedömning enligt Senior alert erbjuds till samtliga som flyttar in på särskilt boende, personer i ordinärt boende som bedöms vara riskpersoner eller har tre eller fler insatser per dygn. Målet är att trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen ska förebyggas. Östhammars kommun jämförs med riket för att se hur vi ligger till med riskbedömningar med risk, bakomliggande orsaker, åtgärdsplan och utförda åtgärder vid risk procentuellt.

Covid -19

Vaccinering av patienter och medarbetare inom vård och omsorg har pågått under hela 2021 och 2022- upp till fem doser har erbjudits samtliga över 65 år.

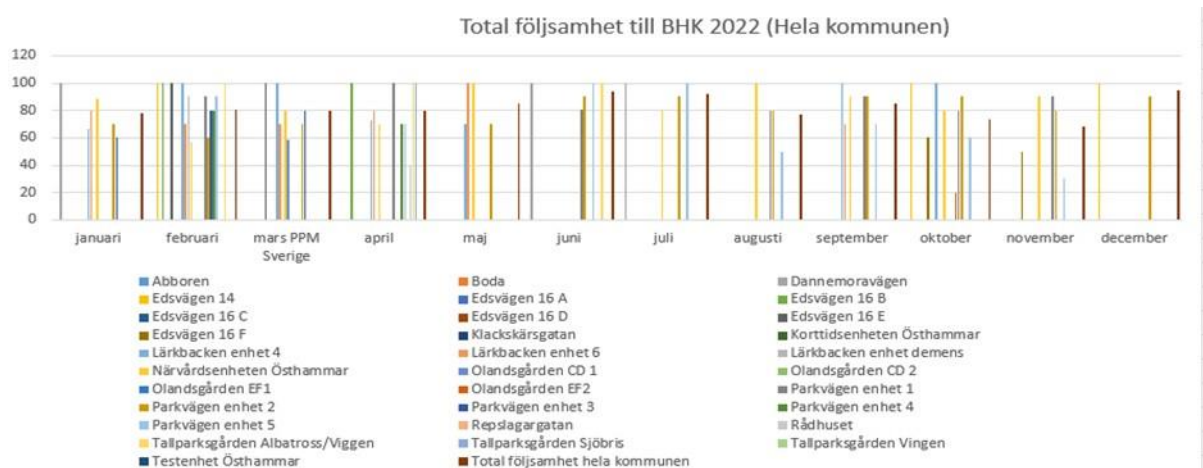
Risikanalyt

Utifrån identifierade brister i dokumentationssystemet Combine utfördes en hälsoanalys av leverantören tillsammans med förvaltningsledare, objektspecialister MAS och MAR under första kvartalet 2020. En handlingsplan har tagits fram och arbetet har pågått under 2022 och fortsätter även 2023.

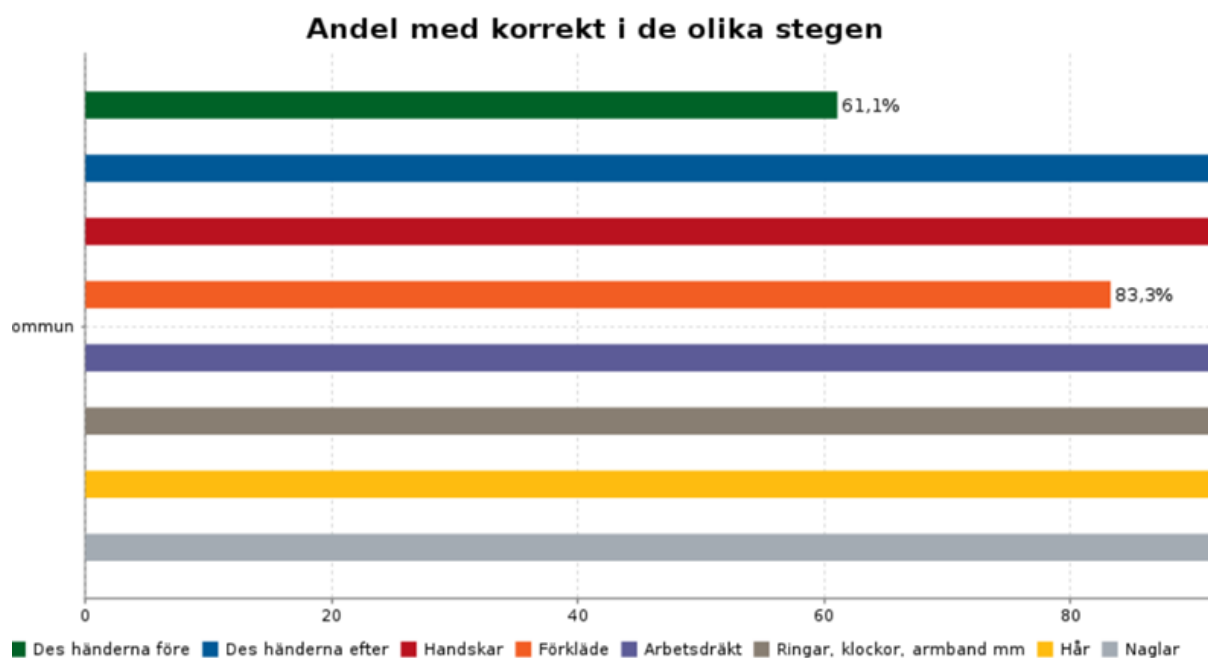
Basala hygienrutiner

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Självskattning sker enhetsspecifikt en gång per månad och utfall av självskattning ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Under året har tre träffar (varav en digitalt som var läns-gemensamt) genomförts med hygienombud, MAS och Vårdhygiens sjuksköterska från Region Uppsala.

På våra särskilda boenden, LSS-gruppboendestäder, korttidsenheten och närvårdsenheten genomförs kollegial granskning varje månad vilket inrapporteras till Sveriges Kommuner och Regioners databas för basala hygien- och klädrutiner (BHK).



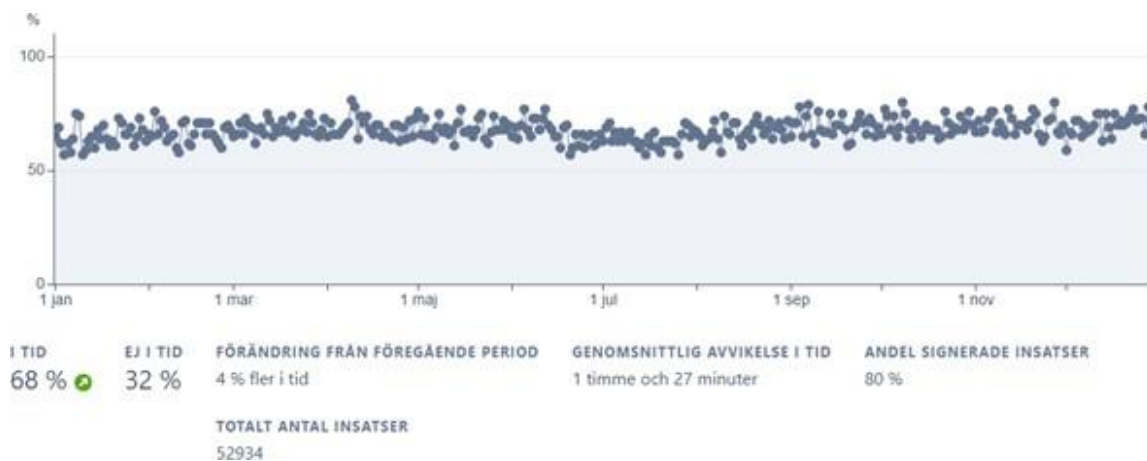
Tabell BHK visar samtliga enheter under december månad



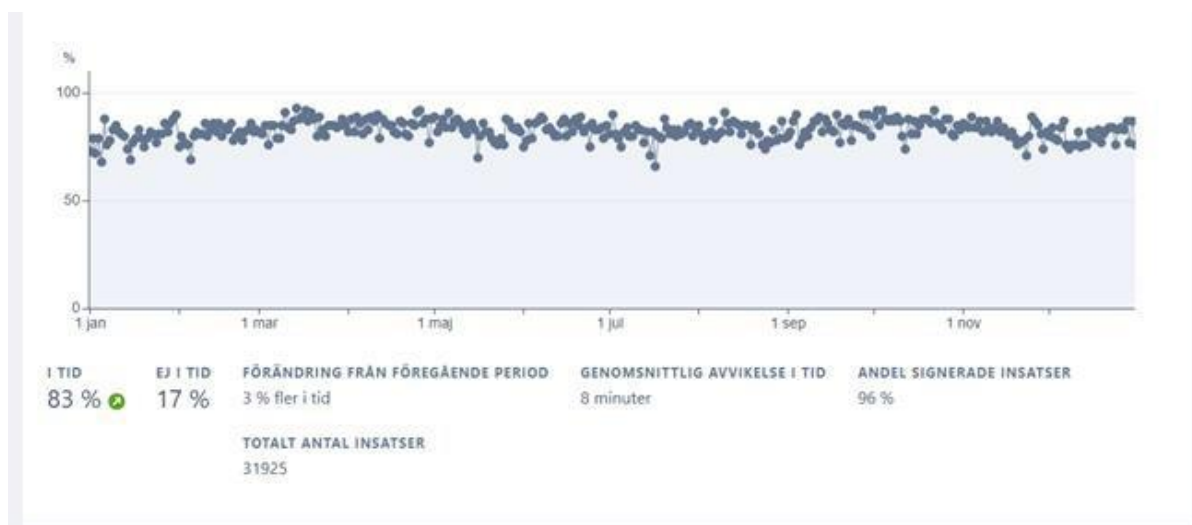
Medication Care Support System - MCSS

Digital signering sker i MCSS (Medication Care Support System) för att upprätthålla patientsäkerheten. Under året har totalt 1 371 790 insatser som är delegerade/ordinerade utförts. Motsvarande siffra för 2021 var 1 282 737 delegerade insatser.

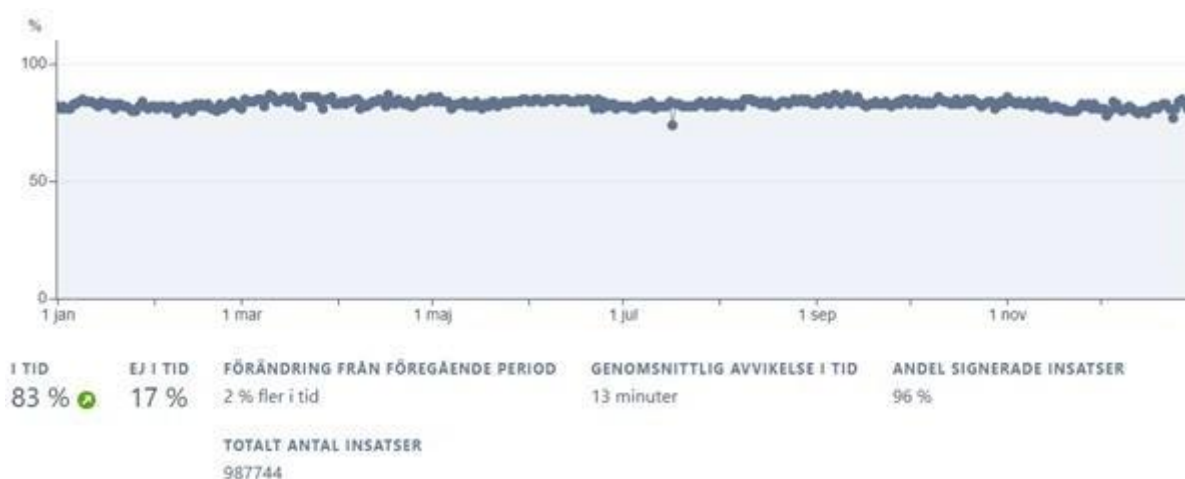
Tabell avser rehabinsatser som exempelvis ståträning ordinerade/delegerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 220101-221231.



Tabell avser insulindelegerade insatser ordinerade av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 220101-221231.



Tabell avser delegerade läkemedelsinsatser av legitimerad personal till omvårdnadspersonal under perioden 220101-221231.



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. Se tabell för antal registreringar och antal personer.

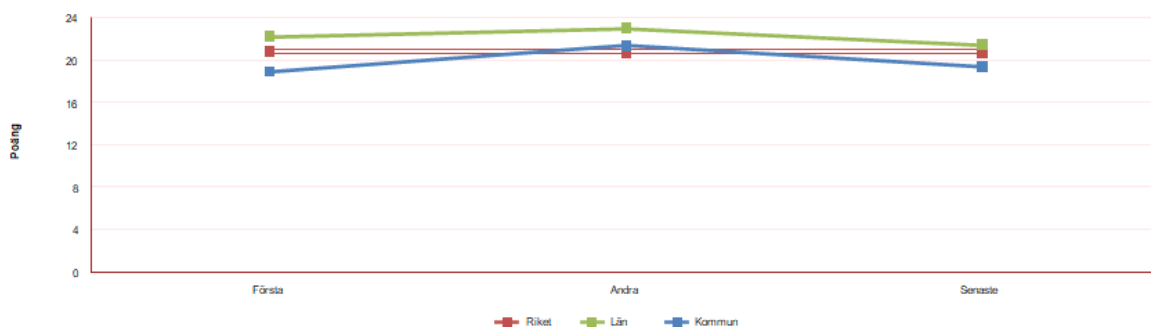
NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD) vid olika demenssjukdomar. Frekvensen och svårighetsgraden av de olika symptomen skattas genom intervju med närstående (anhörig eller vårdare). Frekvensen (1-4 poäng) och svårighetsgraden (0-3 poäng) för varje delsymptom multipliceras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

NPI POÄNG ÖVER TID (JÄMFÖRELSE RIKE, LÄN OCH ÖSTHAMMARS KOMMUN)

I takt med att demenssjukdomen fortskrider brukar förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD öka och personen med demenssjukdom får allt svårare att tolka sin omgivning och att kommunicera. När BPSD ökar, syns det i BPSD-registret då poängen i NPI-skalan ökar.

Genom personcentrerat bemötande, stöd och åtgärder som är anpassade till personens förmåga, behöver det inte vara så. Detta kan vi se i BPSD-registret när vi jämför data över tid.

(Grafen visar medelvärdet för samtliga registrerade personer; första, andra och den senaste registreringen, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna).

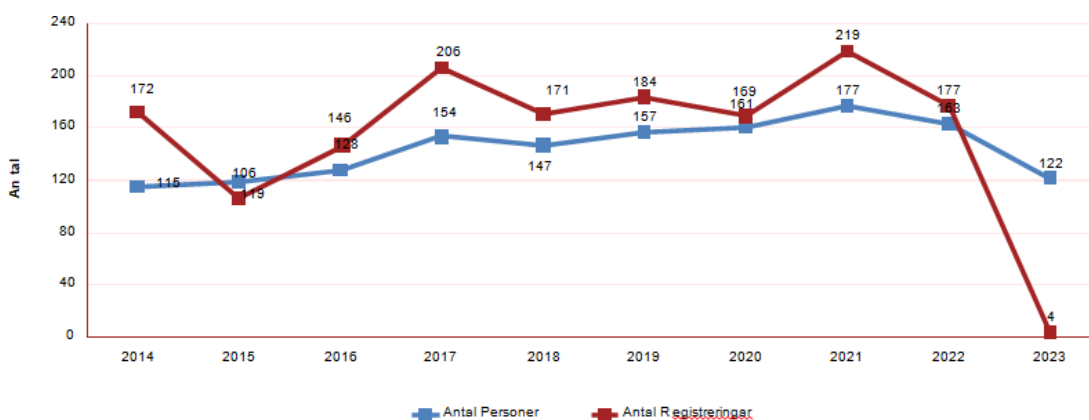


ANTAL REGISTRERADE PERSONER I ÖSTHAMMARS KOMMUN OCH ANTAL REGISTRERINGAR

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS, 2017) anges att alla personer med demenssjukdom har rätt till bedömning av förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD minst 1 gång/år. För att minska BPSD krävs det dock kontinuerliga uppföljningar/utvärderingar av insatta åtgärder för att säkerställa att dessa är korrekta.

Rekommendationen från BPSD-registret är att man bör göra uppföljningar regelbundet och oftare än 1 gång/år, dels för att få en regelbundenhet i bedömningarna, men också för att arbeta in bättre rutiner och därigenom få en högre säkerhet och kvalitet i bedömningarna.

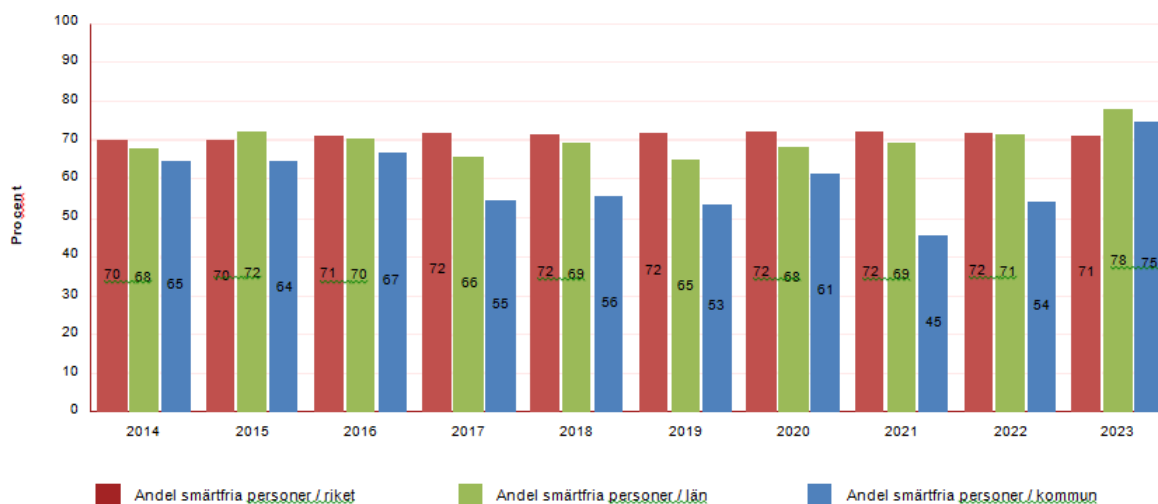
I diagrammet visas antalet registrerade personer i din kommun samt antalet registreringar inkl. uppföljningar.



ANDEL PERSONER SOM BEDÖMTS VARA SMÄRTFRIA

Personer med demenssjukdom är oftast äldre och kan ha flera olika sjukdomar, vilka kan ge smärta. Samtidigt kan det för personen vara svårt att uttrycka smärta på grund av nedsatt kommunikationsförmåga till följd av demenssjukdomen. Detta kan leda till oro, sömnproblem etc.

I BPSD-registret ingår det att personalen gör en bedömning av smärta. Det registreras om personen verkar vara smärtlös; ju högre stapel, desto fler personer bedöms vara smärtlösa.



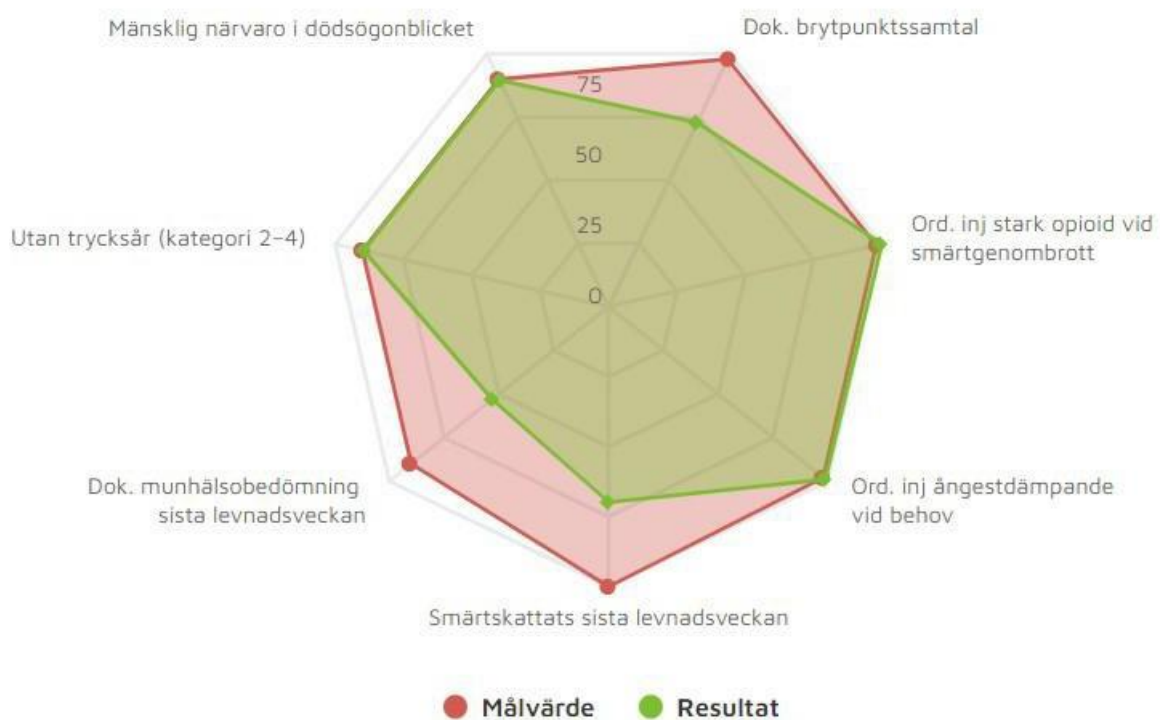
Resultat palliativa registret

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

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

En satsning under 2021 gjordes tillsammans med palliativa konsultteamet som utbildade kommunens palliativa ombud om ca 60 deltagare. Under 2021 hade vi 70 väntade dödsfall och en smärtskattning på 64,3%. År 2022 visar resultatet att 69,8% av 96 patienter blev smärtskattade

Period 2022-01 - 2023-01



Period 2022-01 - 2023-01

| Kvalitetsindikator | Resultat | Målvärde | Antal utförda | Antal väntade dödsfall |
|-------------------------------------------|----------|----------|---------------|------------------------|
| Dok. brytpunktssamtal | 72,9 | 98 | 70 | 96 |
| Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott | 100,0 | 98 | 96 | 96 |
| Ord. inj ångestdämpande vid behov | 99,0 | 98 | 95 | 96 |
| Smärtskattats sista levnadsvecka | 69,8 | 100 | 67 | 96 |
| Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka | 53,1 | 90 | 51 | 96 |
| Utan trycksår (kategori 2-4) | 89,6 | 90 | 86 | 96 |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket | 89,6 | 90 | 86 | 96 |

3.3 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

3.3.1 Har vården varit säker

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

3.4 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

3.4.1 Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vetenskapliga och beprövade metoder och mätinstrument används för att skapa tillförlitliga arbetsprocesser och system, som exempelvis handlingsplan VRI, BHK- mätningar och registreringar, läkemedelsgenomgångar och infektionsregistreringar, palliativa registret, BPSD registrering och Qualid mätning.

3.5 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

3.5.1 Är vården säker idag

Vi arbetar med vårdprevention genom exempelvis riskbedömningar enligt Senior Alert.

Beslutsstödet VISAM används vid förändrat/akuta hälsotillstånd för patienter inom kommunal vård och omsorg. Syftet är att patienten ska erhålla vård på rätt vårdnivå och att informationsöverföringen till nästa vårdgivare ska vara säker samt ge stöd vid val av transport.

3.5.1.1 Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risker och riskanalyser utförs i det digitala avvikelssystemet DF respons och under 2022 har 99 risker rapporterats, hanterats och åtgärdats.

3.6 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

3.6.1 Avvikelse

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Statistik från Kolada visar att under år 2021 var det 44 fallolyckor som ledde till slutenvård för patienter 80+, jämfört med 46 st 2020 i Östhammars kommun.

Typ av avvikelser

Under året har 2 765 avvikelser rapporterats inom vård och omsorg. Motsvarande siffra för 2021 var 3 083. 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 avvikelser ska hamna i rätt kategori.

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.

Läkemedelsavvikelser

Antal läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 12 st under 2022, varav 5 svinn/stöld. Sammanlagt var det 771 läkemedelsavvikelser, flera av dessa är öppna och inte kategoriserade.

Fallavvikelser

Antal fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 37 st under 2022.

Händelser och vårdskador

År 2021 utförde IVO en 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. Återkoppling från IVO kommer att ske under våren

2023.

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

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, för år 2020, 2021 och 2022.

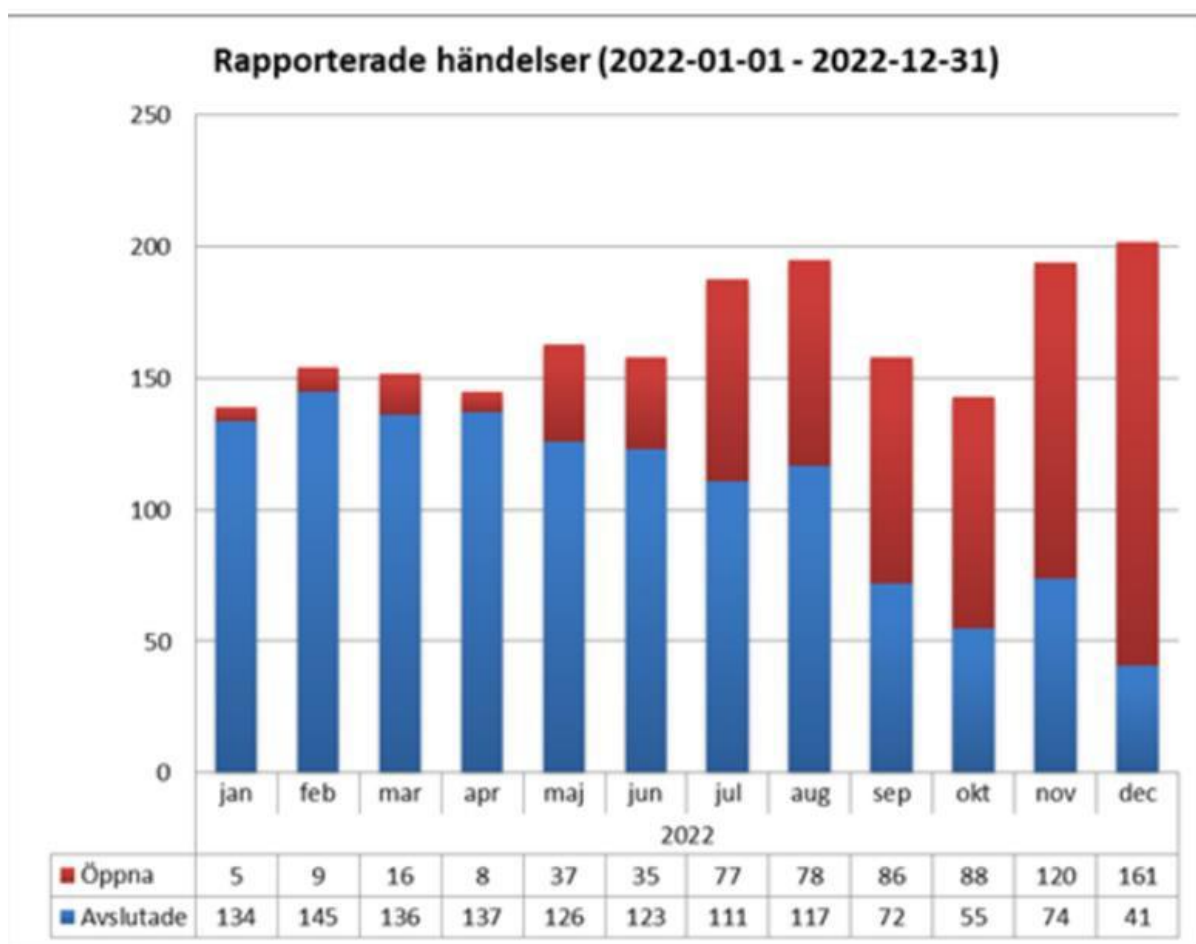
| Typ av avvikelse | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------------------------------------------|------|------|-------|
| Fall | 1325 | 1285 | 1 221 |
| Läkemedel | 448 | 733 | 771 |
| Brist i/utebliven vårdåtgärd (HSL) | 77 | 91 | 115 |
| Händelse med hjälpmedel, teknik och /fysisk miljö | 38 | 24 | 34 |
| | | | |
| Brist i/utebliven tillsyn | 306 | 690 | 349 |
| Brist/utebliven personlig hygien | 28 | 63 | 58 |
| Brist i/uteblivna servicetjänster | 31 | 41 | 45 |
| Brist i/utebliven fritid/motion | 1 | 5 | 5 |
| Brist i/uteblivna sociala aktiviteter | 7 | 5 | 12 |
| | | | |
| Brist i rehabilitering | 1 | 39 | 2 |
| Brist i information, kommunikation, samverkan | 120 | 134 | 127 |
| Brist i/utebliven dokumentation | 96 | 80 | 64 |
| Brist i trygghet | 52 | 64 | 73 |
| Brist i handläggning | 85 | 67 | 62 |
| Hot och våld | 12 | 15 | 21 |
| Brist i mathållning | 11 | 10 | 12 |
| Tryckskada/trycksår | 12 | 9 | 4 |
| Övergrepp/oegentlighet | 9 | 5 | 5 |
| Ovärdigt bemötande | 12 | 15 | 8 |

| Typ av avvikelse | 2020 | 2021 | 2022 |
|------------------|------|-------|-------|
| Bruten sekretess | 10 | 6 | 17 |
| Själv mord | 0 | 0 | 0 |
| Övrigt | 131 | 122 | 108 |
| Summa: | 2812 | 3.503 | 3.113 |

Tabell . Fördelning avvikelser i vårdkedjan 2020, 2021 och 2022.

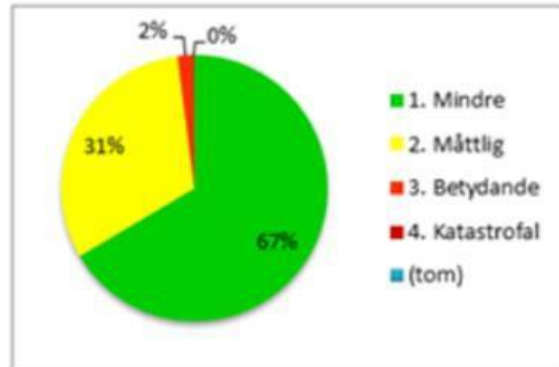
| Typ av avvikelse | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------------------------|------|------|------|
| Vårdkedja till (annan huvudman) | 47 | 62 | 53 |
| Vårdkedja från (annan huvudman) | 13 | 9 | 6 |

Diagram visar avvikelser läkemedel och fall 220101-221231

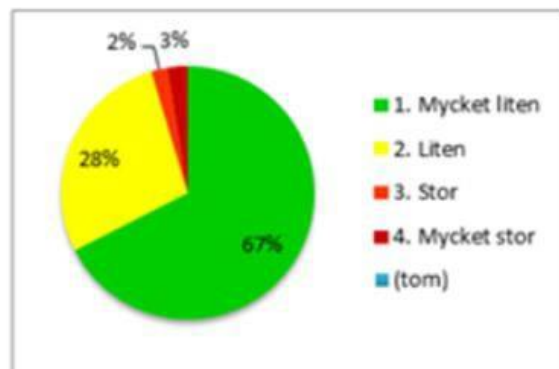


Läkemedelsavvikelser

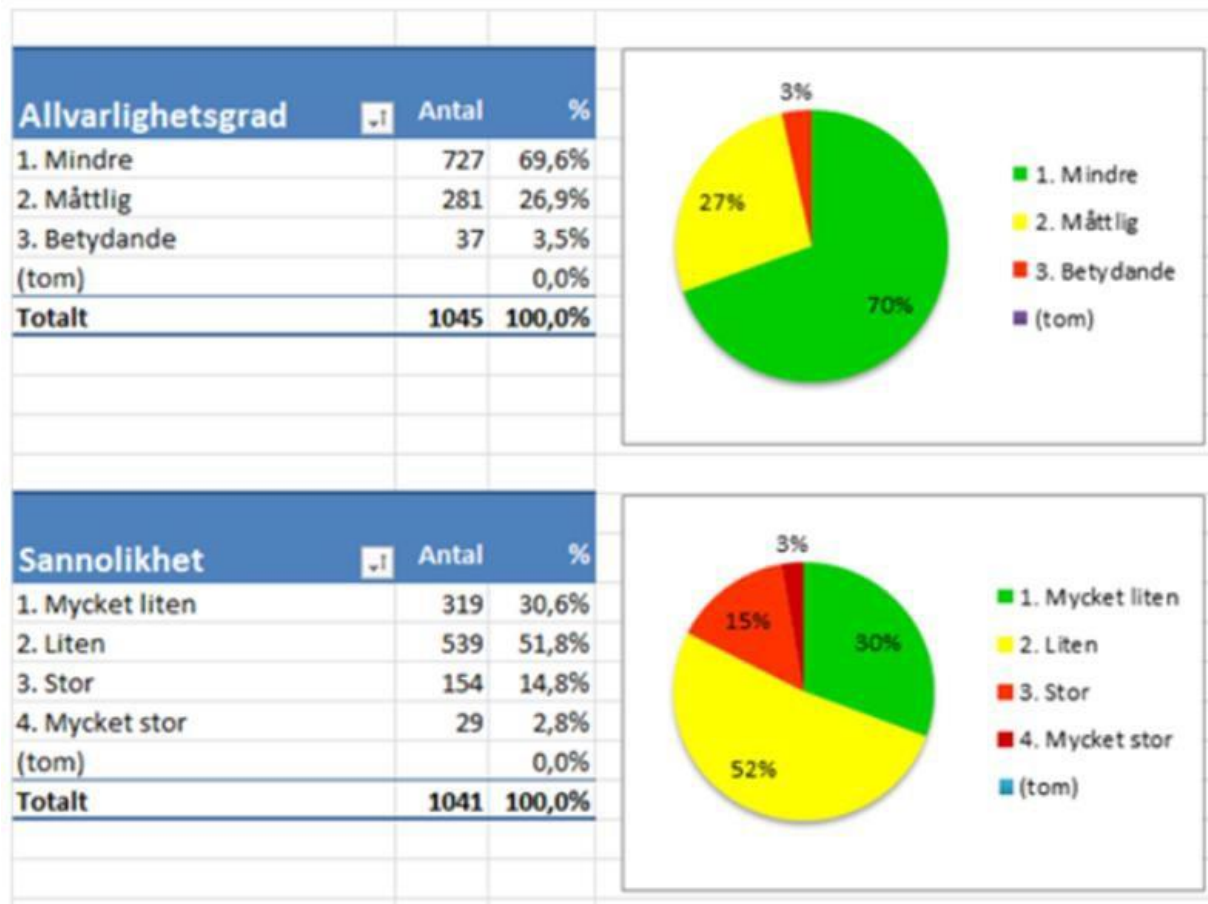
| Allvarlighetsgrad | Antal | % |
|-------------------|------------|---------------|
| 1. Mindre | 389 | 66,5% |
| 2. Måttlig | 184 | 31,5% |
| 3. Betydande | 11 | 1,9% |
| 4. Katastrofal | 1 | 0,2% |
| (tom) | | 0,0% |
| Totalt | 585 | 100,0% |



| Sannolikhet | Antal | % |
|-----------------|------------|---------------|
| 1. Mycket liten | 391 | 67,5% |
| 2. Liten | 161 | 27,8% |
| 3. Stor | 12 | 2,1% |
| 4. Mycket stor | 15 | 2,6% |
| (tom) | | 0,0% |
| Totalt | 579 | 100,0% |



Fallavvikelser



3.6.2 Klagomål och synpunkter

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

Under året har ett ärende anmälts till patientnämnden, det gäller ett klagomål på för kort vårdtid på Närvårdsenheten.

Övriga synpunkter redovisas tertialsvis till nämnd.

3.7 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

3.7.1 Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

För vård- och omsorgspersonal genomförs under 2023 utbildning i HLR

Säbodagar - utbildning för sjuksköterskor

Förskrivarutbildningar lokalt och externt för legitimerad personal.

Palliativa ombudsutbildningar genomförs kontinuerligt

BPSD administratörsutbildning och grundutbildning i demenssjukdomar, Webbutbildningar i exempelvis basala hygien och klädrutiner, hygienombudsutbildningar, specialistutbildningar undersköterskor, Silviasysterutbildningar.

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR 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 med demenssymtom eller demensdiagnos. Två BPSD-administratörsutbildningar ska genomföras.
- Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och nya 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 vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
- 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 fortsätter.
- 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 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 avvikelsesystem till alla verksamheter inom vård och omsorg.
- Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningssteam mellan

primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten.

- Arbetsgruppen vuxna och äldre är ett samarbetsforum mellan regional och kommunal primärvård, öppenvård psykiatri och ASH. Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar. Fortsätta samarbetet med medicinska vårdplaneringar med läkemedelsgenomgångar.
- Planering pågår gällande hur rehab ska kunna handleda och stötta de undersköterskor som genom Östhammars kommun fått vidareutbilda sig i rehabilitering. Målet är att dessa undersköterskor blir en resurs inom äldreomsorgen – dels när det gäller att handleda personalen i ett aktiverande/hälsofrämjande arbetssätt och dels när det gäller förflyttningsutbildning. Det är ett sätt att höja kompetensen för samtliga medarbetare.
- Förflyttningsutbildning planeras starta under våren 2023.
- Hjälpmedelsenheten planerar överta ansvaret för de hjälpmedel som finns på våra särskilda boenden, målet är att öka patientsäkerheten genom en säker och enhetlig hantering.
- Planering pågår för att utbilda hörselombud inom äldreomsorgen för att säkerställa att skötseln av de hörapparater som många av våra brukare har fungerar på ett tillfredsställande sätt.