2018-04-27 08:40

HÅBO KOMMUN

VON 2018/00005 nr 2951

Patientsäkerhetsberättelse, 2017

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning 3
2 Övergripande mål och strategier 3
3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet 3
4 Struktur för uppföljning och utvärdering 4
5 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 5
6 Uppföljning genom egenkontroll 7
7 Samverkan för att förebygga vårdskador 9
8 Riskanalys 10
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 10
10 Hantering av klagomål och synpunkter 11
11 Resultat 12
12 Mål och strategier för år 2018 13

1 Sammanfattning

Under året har ett stort arbete lagts ner på förebyggande insatser för att undvika fall, undernäring, tryckskada och ohälsa i munnen. All personal på särskilt boende för äldre har fått utbildning i kvalitetsregistret Senior Alert och kring förebyggande insatser. För personer med insatser av hemsjukvård i ordinärt boende startade ett projekt under hösten med två hemtjänstgrupper där målet var att påbörja arbete med riskbedömningar i ordinärt boende. I samarbete med Familjeläkarna har man ökat fokus på fall, fallskador och läkemedel i och med att alla fallhändelser tas upp på rond med läkaren. Kompetensen vid läkarronden har också utökats med fysioterapeut.

16 personer har drabbats av en fraktur efter fall, 14 av dem bor på särskilt boende för äldre. Tio personer har drabbats av tryckskada (som rapporterats i form av en avvikelse) i sex fall har skadan uppkommit hos oss och i två fall hos annan vårdgivare. I den riskbedömning som utförs och registreras i Senior Alert anges dock att 24 personer någon gång under året drabbas av tryckskada.

Nästan alla enheter har hygienombud och har utfört egenkontroll av basala hygienrutiner. De flesta personer med intyg för nödvändig tandvård och som bor på särskilt boende för äldre och funktionsnedsatta och har fått en kostnadsfri munhälsobedömning. 37 personer i ordinärt boende har också fått munhälsobedömning. En stor del av omsorgspersonalen har fått utbildning i munhälsa under året, vilket är en stor förbättring jämfört med föregående år då ingen fick utbildning.

Antalet rapporterade avvikelser har ökat under året; från 1684 år 2016 till 1939 år 2017. Tre klagomål på brister i vård och omsorg har kommit från närstående till personer som har insatser från kommunen. Berörda chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska har utrett klagomålen. Fem händelser har rapporteras som Lex Maria, varav en bestod i ett av klagomålen från närstående.

Samlad bedömning

Resultatet från patientsäkerhetsarbetet under år 2017 visar på en förbättring jämfört år 2016 vad gäller de olika åtgärder vi genomfört. Ett omtag har genomförts med riskbedömningar och vi har kommit igång även i ordinärt boende. Omsorgspersonalen har fått utbildning i munhälsa, hygienkontroller genomförs av personalen och patienter med intyg för nödvändig tandvård får en munhälsobedömning. Däremot så har inte antalet frakturer eller tryckskador minskat enligt mål. Åtgärderna påbörjades förra året och kan ses som ett långsiktigt arbete att öka patientsäkerheten. Parallellt behövs dialog kring strukturer och arbetssätt mellan olika yrkesgrupper och i det praktiska omsorgsarbetet.

2 Övergripande mål och strategier

De personer som får insatser av hälso- och sjukvård ska inte drabbas av vårdskada eller riskera att göra det. Den främsta strategin är avvikelsehantering och riskbedömningar av multiprofessionella team för att förebygga vårdskada. Utifrån olika händelser kan förebyggande arbete och rutiner ändras för en ökad patientsäkerhet.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård. De ansvarar också för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

(SOSFS 2011:9). Socialnämnden godkände i juni 2013 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, kvalitetsmanual 2013-2017”. Dokumentet kan ses som ett ramverk för hur arbetet ska bedrivas och ett ledningssystem som stöd för verksamheten finns ännu inte.

Verksamhetschefens ansvar

- Att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalité.
- Samordning med andra enheter.
- Att det finns rutiner och processer beskrivna i ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Att personalens kompetens upprätthålls genom utbildningsinsatser.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har enligt 4 kap. 6§ första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), nedan HSF, ansvar för:

1.patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalité.
2. patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
a) läkemedelshantering
b) rapportera enligt 6 kap. § 4 patientsäkerhetslagen
c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det

Medicinskt ansvarig för rehabilitering har på motsvarande sätt ansvar inom rehabiliteringsområdet samt ansvar för att hantering av medicintekniska produkter är säker och ändamålsenlig.

Enhetscheferna har ansvar för att det finns en ändamålsenlig organisation och att personalen har kompetens för sina arbetsuppgifter. De är vidare ansvariga för avvikelsehanteringen och att basala hygienregler följs.

Legitimerad personal är bland annat ansvarig för att arbetet utförs i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal.

Omsorgspersonalen avses som hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder en legitimerad personal och utför delegerade arbetsuppgifter och har då ansvar för att de utförs korrekt.

4 Struktur för uppföljning och utvärdering

Avvikelser registreras och behandlas i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva enligt riktlinjen om avvikelsehantering. Enhetscheferna ansvarar för att kalla till avvikelsemöten en gång per månad med legitimerad personal och gruppledare. Diskussion förs om olika åtgärder. Dokumentation om åtgärder sker både i patientjournal samt social journal inklusive avvikelsemodulen. Återkoppling sker också till hela personalgruppen. Vid allvarligare avvikelser eller avvikelser som berör andra vårdgivare så informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering som utreder och/eller skickar vidare avvikelsen.

För att stärka kvalitetsarbetet på enheterna finns det lokala ledningsgrupper per enhet som leds av enhetschefen. Där ska aktuella frågor inklusive eventuella vårdskador tas upp. Alla enheter har inte genomfört lokala ledningsgruppsmöten under året. En bidragande orsak kan vara att avdelningschefstjänsten för äldre och funktionsnedsatta

vara vakant mellan juni och november. Formerna behöver utvecklas ytterligare, bland annat vad gäller att använda sig av befintlig statistik från kvalitetsregistret Senior Alert och BPDS (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom).

Medicinskt ansvariga sjuksköterska sammanställer avvikelser till nämnden tre gånger per år. Hon utreder också allvarliga avvikelser och gör anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för Vård och Omsorg. Berör händelsen rehabilitering och/eller medicintekniska produkter utreder medicinskt ansvarig för rehabilitering och gör en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg samt till läkemedelsverket om det handlar om hjälpmedel. I sammanställningen av avvikelser till nämnden ingår också en övergripande analys för att se förändringar och hitta orsaker. Medicinskt ansvariga sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering följer också upp mål och strategier för patientsäkerheten.

5 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Avvikelsehanteringen

Det grundläggande i patientsäkerhetsarbetet är hanteringen av avvikelser ute i verksamheten. Enligt riktlinje för avvikelsehantering ansvarar enhetschef för att kalla till träffar med berörd personal för hantering av avvikelser. Det innebär att avvikelser diskuteras, åtgärder föreslås och vid behov ändras rutiner.

Förebyggande insatser

Riskbedömningar avseende risk för tryckskada, fall, undernäring och av ohälsa i munnen.

Dalängen, Solängen, Pomona hus 4, Pomona hus 2, korttidsboendet har under året genomfört riskbedömningar och åtgärder avseende risk för tryckskada, fall, undernäring och ohälsa i munnen. Bedömningen och åtgärder görs av ett team bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut och omsorgspersonal. Som ett stöd i arbetet används kvalitetsregistret Senior Alert.

Under våren genomfördes en utbildningsinsats för all personal som arbetar med registret i samband med att en ny version lanserades. I maj så genomfördes också en punktprevalensmätning för fall och tryckskador i kommunens regi. Resultatet visade att av 106 bedömda personer så hade 8 % en tryckskada och 17 % hade registrerade fall under perioden. Det är en liten ökning av tryckskador jämfört den nationella punktprevalensmätningen i november år 2016.

För att komma igång med riskbedömningar för personer med hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende startades ett projekt under hösten med syfte att finna en bra metod för arbetet. En kommunal hemtjänstgrupp och en privat hemtjänstgrupp deltog.

Minska tryckskador

För att minska risken för tryckskador för personer som bor på särskilt boende för äldre inklusive vistas på korttidsplats så beslutades i ledningsgruppen för äldre och funktionsnedsatta år 2015 att de vanliga madrasserna skulle bytas ut mot en madrass som förebygger tryckskada grad 1. På Korttidsplatserna, som startade upp sin nya verksamhet med korttidsplatser och trygg hemgång i maj år 2016, så byttes alla madrasser ut till de som är förebyggande mot tryckskada grad 1. Under år 2017 så har madrasserna successivt byts ut på resterande enheter. Pomona hus 2 kommer att byta ut de om är kvar i början av 2018.

Fallprevention, särskilt boende för äldre

Alla personer som flyttar in på särskilt boende för äldre erbjuds riskbedömning för att undvika fall senast inom fyra veckor efter inflyttning. Bedömning, åtgärder och uppföljning sker i team bestående av omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Läkare konsulteras vid behov. I februari i år påbörjades en gemensam arbetsmetod med Familjeläkarnas vårdcentral med syftet att minska antalet fallolyckor och frakturer. Arbetsmetoden innebär att riskbedömningar för fall görs inom en vecka efter inflyttning och att alla fallavvikelser tas upp med läkare på rond där förutom sjuksköterska även fysioterapeut deltar. Fysioterapeut ansvarar för att sammanställa fallavvikelserna och skicka till Familjeläkarna för återrapportering med jämförande statistik till oss. Familjeläkarna har ett 40- tal särskilda boenden i Stockholm och Uppsala som arbetar enligt metoden. Återrapporteringen från Familjeläkarna har inte fungerat alls trots flertalet kontakter, därmed har enheterna inte kunnat ta del av sin egen statistik vilket är ett värdefullt instrument för att se hur den egna enhetens tendenser ser ut i jämförelse både med sig själv och andra.

I redovisning av helåret från Familjeläkarna av fallfrekvens kan man konstatera att Solängens demensboende har högst fallfrekvens per månad av alla anslutna boenden. Ser man till antalet unika personer som fallit per månad Solängen är siffran i genomsnitt 10 personer. På kommunens övriga boenden är antalet unika individer i genomsnitt per månad är där 3-4. Totalt har 456 fallhändelser inträffat på särskilda boenden för äldre där Solängen står för 266 fall, Pomona hus 4, 75 fall, Dalängen 65 fall och Humana 50 fall på ett år. 14 personer har drabbats av en fraktur som en konsekvens av fall.

Fallprevention, ordinärt boende

Under året har hemsjukvården, rehab-enheten och aktivitetscenter Pomona deltagit i den nationella kampanjen Balansera Mera som syftar till att medvetandegöra fall/ fallolyckor och hur de kan förebyggas. Under kampanjveckan som infaller varje år i oktober arrangerades tematillfällen på Pomona äldreboende och i Skokloster. En öppen föreläsning på temat med information om vikten av fysisk aktivitet, bra mat och vikten av att se över sina läkemedel genomfördes. Syftet med kommunens deltagande är att preventivt informera målgruppen seniorer om vad man själv kan och behöver göra för att förebygga risk att falla och skada sig. I samband med temadagarna bjuder man också in till rollatorcafé där man erbjuder enklare service och byte av rollatorer som är slitna för att minska risken att skada sig på grund av trasiga/slitna hjälpmedel.

Fysioterapeuter har under året genomgått utbildning i konceptet Otago Exercise programme (OEP) som är ett egenträningsprogram som utförs i hemmet med handledning av fysioterapeut. Det är ett standardiserat, evidensbaserat och individuellt utformat balans- och styrketräningsprogram för äldre med fallrisk som visar hur man med rätt träning minskar risken för fall och fallrelaterade skador. Patienter som är motiverade och som klarar att genomföra träningen på egen hand med handledning av fysioterapeut erbjuds att delta i programmet som sträcker sig över ett år. Hittills har man 6 patienter som deltar i träningsprogrammet, målsättningen är att man fram till halvåret 2018 ska ha minst 9 patienter.

BPSD (beteendemässiga och psykiska störningar hos demenssjuka)

Demensboendena Dalängen och Solängen har arbetat med att lindra och minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom genom olika insatser, främst kring bemötande. Som stöd i arbetet används kvalitetsregistret BPSD. Bedömningarna görs av ett team bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut/fysioterapeut och omsorgspersonal. I den statistik som går att se på BPSD:s hemsida för år 2017 kan man se att 90 % av personerna på Dalängen och

Solängen har fått en läkemedelsöversyn. 51 % har ändå olämpliga läkemedel jämfört med 37 % för Uppsala län. 50 % av personerna verkar smärtfria jämfört med 65 % i Uppsala län.

Hygien, förebygga utbrott av influensa och magsjuka

Enhetscheferna på särskilt boende för äldre har under hösten deltagit i en utbildning för att förebygga utbrott av influensa och magsjuka. Utbildningen anordnades av sektionen för vårdhygien i samarbete med smittskydd i länet. Enhetscheferna skulle också göra handlingsplaner för åtgärder i händelse av utbrott, vilket de flesta har gjort.

Dokumentation

Ett systematiskt arbetssätt med riskbedömningar och åtgärder för att förebygga fall, undernäring, tryckskada och ohälsa i munnen ska bidra till att färre vårdskador uppstår. För att säkerställa att förebyggande insatser görs och för att möjliggöra uppföljning på individnivå ska insatserna dokumenteras i patientjournal. Ett utvecklingsarbete har gjorts i patientjournalen med att implementera särskilda riskvårdplaner där legitimerad personal skriver i samma vårdplan.

Hjälpmedel

Hjälpmedel förskrivs av legitimerade arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor enligt riktlinjer och rutiner för individuellt förskrivna hjälpmedel. Alla individuellt förskrivna hjälpmedel registreras i hjälpmedelssystem för spårbarhet.. För att säkerställa god kompetens deltar arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor i obligatoriska förskrivarutbildningar inom sitt kompetensområde. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har dessutom under året genomgått Socialstyrelsens webbutbildning i förskrivningsprocessen. Omvårdnadspersonal genomgår regelbundet förflyttningsutbildning som även innehåller personlyftsförflyttningar och kunskap om hjälpmedel.

6 Uppföljning genom egenkontroll

Hygienrutiner

Egenkontroll av basala hygienrutiner och klädregler, hygienombud

Alla enheter utom två inom vård och omsorg har utfört egenkontroll 1-2 gånger per år. Det är en klar förbättring jämfört med föregående år då endast hälften hade utfört egenkontroll. Alla enheter utom två har också hygienombud, varav några är nya och kommer att få utbildning under året.

Hygienronder

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har besökt enheterna där hygiensköterskan gjort hygienronder år 2016 och följt upp de rekommenderade åtgärderna. Dessutom har hygienrond utförts med hygiensköterskan på Solängen i september på grund av en ombyggnation tidigare under våren. Sköljrummen på avdelningarna byggdes om till tvättstugor för att det var mer ändamålsenligt för personalen. Tyvärr kontaktades inte vårdhygien innan ombyggnation och resultatet blev att ren och smutsig hantering (spoldesinfektor eller diskdesinfektor och tvättmaskin) nu står i samma rum. Det är inte förenligt med god vårdhygienisk standard. Hygiensköterskan förordade en lösning så att rent och smutsigt inte blandas. Det som är gjort idag är att sjuksköterskorna får använda den diskdesinfektor för sina instrument som finns på Dalängen istället för den som finns i en av tvättstugorna på Solängen.

Nationell punktprevalensmätning vårdrelaterade infektioner och

antibiotikaförbrukning, inklusive förekomst av tryckskador

Kommunens särskilda boenden för äldre deltog under november i den nationella punktprevalensmätningen om vårdrelaterade infektioner och antibiotika förbrukning, HALT 2017. Nytt för i år är att de data som registreras också tjänar som underlag för en mätning av tryckskador. Mätningen genomförs i en modul i kvalitetsregistret Senior Alert. Folkhälsomyndigheten håller i mätningen och den utförs också inom äldreomsorgen i Europa.

I Sverige deltog 153 av 290 kommuner. Resultat för Håbo:
Andelen patienter med förvärvad infektion på särskilt boende vård och omsorg var 0 % jämfört med 1 % i riket. Andelen patienter med förvärvad infektion på särskilt boende demens var 5 % jämfört med 1 % i riket. Andelen patienter på särskilt boende vård och omsorg som använda antibiotika var 4 % hos oss jämfört med 3 % i riket. Andelen patienter på särskilt boende demens som använde antibiotika var 7 % jämfört riket 2 %.

Jämfört med år 2016 så är det oförändrade siffror på totalen. Ser man däremot till demensboendena för sig så har en ökad andel infektioner förvärvade på boendet. Antibiotika användning var dock något lägre än året innan, men siffrorna ligger över riket både år 2016 och 2017.

Andel patienter på särskilt boende vård och omsorg med tryckskada var 0 % jämfört riket 4,6 %. Andel patienter på särskilt boende demens med tryckskada var 7,3 % jämfört med riket 3,4 %.

Infektionsregistrering

Under året har sjuksköterskorna registrerat infektioner som krävt antibiotikabehandling. De har också registrerat andra faktorer av betydelse för infektioner till exempel förekomst av multiresistenta bakterier och influensa. Sektionen för vårdhygien, Akademiska sjukhuset i Uppsala sammanställer sedan uppgifterna för diskussion och återkoppling till verksamheterna i kommunerna. För första halvåret 2017 finns en sammanställning för länet. Håbo och Knivsta tillhör de kommuner som har högst andel patienter med antibiotikabehandlad lunginflammation och urinvägsinfektion utan urin kateter. Familjeläkarnas vårdcentral kommer att få information om siffrorna och även besök av Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) för att diskutera åtgärder.

Munhälsa

Munhälsobedömning

Nästan alla patienter/brukare med intyg för nödvändig tandvård på särskilt boende för äldre har fått en kostnadsfri munhälsobedömning under året. I gruppen patienter/brukare med intyg för nödvändig tandvård i ordinärt boende så har cirka 30 personer fått en kostnadsfri munhälsobedömning under året.

Utbildning i munhälsa

Enligt landstinget i Uppsala läns avtal med utföraren av munhälsobedömning (Folktandvården sedan 2016-01-01) så ingår också utbildning av personalen i munhälsa. Under året en stor del av personal inom vård och omsorg fått utbildning enligt avtal.

Läkemedel

Sjuksköterskorna på särskilt boende för äldre har utfört egenkontroll på läkemedelshanteringen 1-2 gånger under året. Kontrollen var utan anmärkning. Egenkontroll av läkemedelshanteringen på gruppbostäder har inte genomförts och i ordinärt boende har den genomförts till viss del. Lokala rutiner för läkemedelshantering har reviderats på flertalet enheter.

Medicintekniska produkter inklusive individuella hjälpmedel

Periodiska uppföljningar/kontroller görs för både individuella hjälpmedel och basutrustning som en del av egenkontroll.

Individuella hjälpmedel

Under året har alla förskrivna lyftselar inspekterats enligt rutin vid två tillfällen. Alla elrullstolar har följts upp. Alla individuellt förskrivna hjälpmedel på särskilt boende för äldre har följts upp.

Basutrustning

Man har på alla enheter god kännedom om vilket ansvar man har vilket är en förbättring mot tidigare år. Man har på de flesta enheter upprättade inventarieförteckningar för den basutrustning man har. Alla enheter utom Solängen och Dalängen har haft sina lyftar besiktigade. På de enheter som inte haft besiktning planerar man att inom första kvartalet 2018 genomföra detta. Alla enheter utom Solängen, Dalängen och korttidsboendet har haft besiktning av sängar enligt angivet intervall, vartannat år. I de verksamheter där man inte genomfört sängbesiktning planerar man för att det ska ske under 2018.

Förebyggande insatser för att undvika fallskada, tryckskada, undernäring och ohälsa i munnen

Vårdprevention och utfall, från kvalitetsregistret Senior Alert

I den sammanställning som finns i registret av utförda bedömningar under år 2017 så framgår att totalt har 146 unika personer fått en riskbedömning. Sammanställning i kvalitetsportalen visar att Håbo har högst antal riskbedömningar i länet.

Av dessa 146 personerna så har 98 % en eller flera risker inom något av områdena. För 70 % har de bakomliggande orsakerna angetts, 87 % har fått en åtgärdsplan och för dessa har 68 % fått sina åtgärder utförda.

Antalet personer som någon gång under året haft en tryckskada är 24. Antalet trycksår är 45, varav 9 uppstod på annan enhet, 20 på egen enhet och 15 saknas uppgift.

Dokumentation

Kollegial granskning bland sjuksköterskorna visar att 50-75 % av de granskade journalerna är godkända enligt mall. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering har också granskat journaler. Ett slumpmässigt urval har gjorts på patienter med nya insatser under första halvåret 2017. Granskningen visar att 72 % av journalerna som sjuksköterskorna fört är godkända enligt mall. För arbetsterapeuter och fysioterapeuters är cirka 50 % av journalerna godkända enligt mall. Det framkommer också tydligt av granskningen att strukturen i patientjournalen inte är tydlig och ändamålsenlig, vilket till viss del kan förklara det låga värdet på granskningen av journalerna. Nytt stödmaterial i form av vägledning av hur vårdprocessen ska dokumenteras har tagits fram.

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

För att hantera information om patientens hälso- och sjukvårdsbehov vid in- och utskrivning på sjukhus finns det webbaserade programmet Prator. Det är till för de personer som redan har insatser från kommunens socialtjänst och/eller hemsjukvård eller bedöms behöva det efter utskrivningen. I länet finns gemensamma riktlinjer för detta och varje kommun ska utarbeta lokala rutiner. Medicinskt ansvarig sjuksköterska,

medicinskt ansvarig för rehabilitering, biståndsbedömare och fysioterapeut eller arbetsterapeut från kommunen har under första halvåret träffat representanter från Enköpings lasarett samt kommun för att diskutera frågor kring samverkan med Prator.

Från 2018-01-01 gäller en ny lag om utskrivning från slutenvården. Med anledning av den har en projektgrupp med representanter från närvården i Håbo arbetet med att förbereda oss inför lagen. En rutin kring samverkan har utarbetats och godkänns av styrgruppen för närvård. Uppföljning kring samverkan vid utskrivning kommer att ske i närvårdsgruppen.

Enhetschef för hälso- och sjukvård och medicinskt ansvarig sjuksköterska har träffat chefen för familjeläkarnas vårdcentral ett flertal gånger för att följa upp samverkan med hemsjukvården.

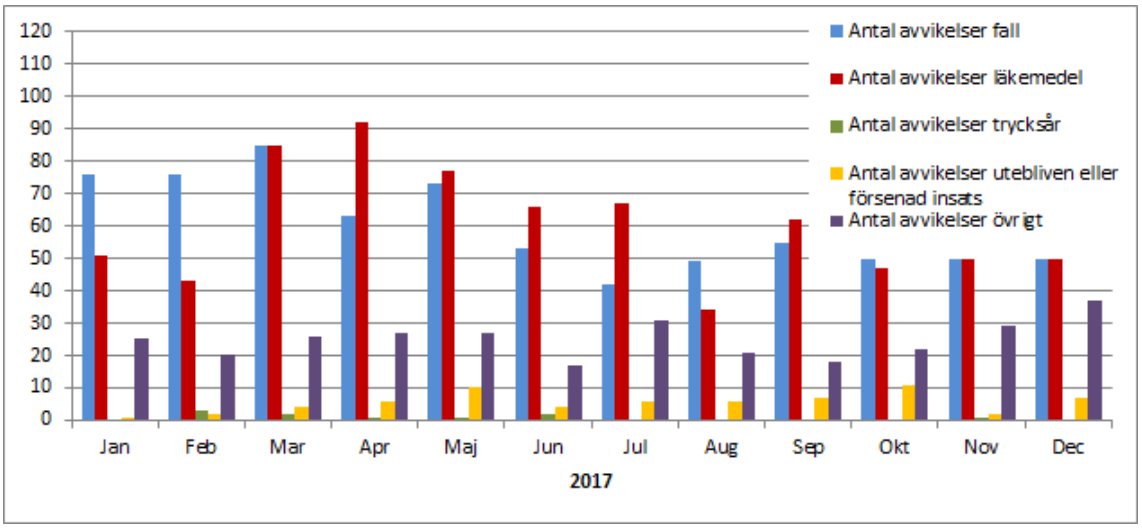
Totalt under året har slutenvården (Enköpings lasarett och Akademiska sjukhuset) kallat till samordnad utskrivningsplanering cirka 137 tillfällen. Det är i stort samma antal som under år 2016. Drygt hälften av de 30 avvikelser som berör andra vårdgivare handlar om brister i samband med utskrivningen. Det innebär att avvikelser inträffar i drygt 13 % av alla samordnade utskrivningsplaneringar. Andelen avvikelser var lika stor under år 2016.

8 Riskanalys

I arbetet med att hantera avvikelser ute på enheterna ingår att också bedöma risker och göra riskanalyser vid behov. Enhetscheferna har inte rapporterat om utförda riskanalyser under året.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering har inte heller utfört riskanalys på övergripande nivå kring hälso- och sjukvårdshändelser.

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet



Diagrammet ovan visar det totala antalet avvikelser som inträffat i kommun, hos såväl kommunens utförare som privata utförare. Även avvikelser som andra vårdgivare skickat till oss räknas in här. Antalet har ökat jämfört med år 2016, från 1684 år 2016 till 1939 år 2017.

Enligt riktlinjen för avvikelser så är varje personal som upptäcker en icke förväntad

händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för den enskilde, skyldig att rapportera det som en avvikelse. Avvikelsen registreras i avvikelsemodulen i Treserva. Riktlinjen reglerar vidare att legitimerad personal regelbundet går in och hanterar avvikelser i Treserva. Enhetscheferna ansvarar för att leda arbetet med avvikelsehanteringen. De har regelbundna avvikelseträffar med berörd personal och går igenom åtgärder och beslutar om eventuella ändrade rutiner eller arbetssätt för att öka patientsäkerheten.

Det totala antalet avvikelser har ökat år 2017 jämfört med år 2016. De områden som ökat mest är läkemedelsavvikelser (23 %) och övriga avvikelser (25 %). Antalet fall har ökat med 7 % och utebliven eller försenad insats har ökat med 13 %. Knappt hälften av ökningen av läkemedelsavvikelserna beror på att Pomona hus 2 nu registrerar händelsen utebliven signatur som avvikelse, vilket de inte gjort regelbundet tidigare. På särskilt boende för äldre har enhetschefer och sjuksköterskor vidtagit åtgärder för att minska antalet läkemedelsavvikelser. Flertalet av avvikelserna handlar om utebliven signatur vid givet läkemedel. Åtgärderna har gett resultat i form av färre läkemedelsavvikelser i slutet av året.

I gruppen övriga avvikelser svarar avvikelsen annan händelse för 75 % av händelserna. Den har också dubblerats jämfört med år 2016. Händelsen annan händelse ska användas när det inte finns någon annan händelse som passar in på det som faktiskt inträffat. Det är anmärkningsvärt att förekomsten annan händelse ökat så mycket. Resterande händelser inom området består till lika delar av brister i åtkomst till Treserva, Prator, larm och bristande vård, omsorg och bemötande. Antalet händelser som rör brister i vård, omsorg och bemötande har fördubblats jämfört år 2016 medan brister i åtkomst Treserva, Prator och larm är oförändrade.

Att hantera avvikelser inom vård och omsorg är ett av våra viktigaste redskap för att få en god och patientsäker vård. Idag hanteras avvikelser främst på individnivå per enhet, medan vi har svårare för att hitta bra former för att samla erfarenheter och kunskap på en övergripande nivå. Syftet med att samla och sprida erfarenheter i avvikelsehanteringen är att få ett ökat lärande och i förlängningen en förbättrad vård och omsorg. Kunskap kring processen och förändring av arbetssättet är viktiga delar i det fortsatta arbetet.

10 Hantering av klagomål och synpunkter

Under året har tre klagomål om brister i hälso- och sjukvården inkommit. Det första berör en händelse på Solängen där en person fått uppsöka sjukhuset efter en växelvårdsvistelse på enheten. Personen avled senare på sjukhuset. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har anmält händelsen till inspektionen för vård och omsorg.

Det andra klagomålet kommer från närstående till en person som vistades på korttidsplats och handlar om att det dröjde för lång tid innan personen fick komma till sjukhus vid försämring. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har utrett händelsen och kan inte se att insatsen blivit fördröjd. Närstående har fått utredningen och blivit erbjudet samtal med enhetschef och Medicinskts ansvarig sjuksköterska men tackat nej.

Det tredje klagomålet berör en person där närstående anser att vården och omsorgen var bristfällig under den sista veckan i personens liv. Enhetschef har hanterat händelsen och samtalat med närstående.

11 Resultat

Mål år 2017

1. Antalet personer som drabbats av en fraktur eller tryckskada i verksamheten ska halveras genom:

- genomföra riskbedömningar, inklusive åtgärder för att undvika fallskada, tryckskada, undernäring och ohälsa i munnen två gånger per år. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom skattas två gånger per år. Bedömningarna görs i team och kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD används som stöd.
- Punktprevalensmätning i kommunens regi i maj,
- Byta ut alla madrasser på särskilt boende för äldre till madrasser som förebygger tryckskada grad 1 under året.

2. Personer som får insatser av vård och omsorg ska inte drabbas av ofrivillig viktnedgång.

- genomföra riskbedömningar, inklusive åtgärder för att undvika fallskada, tryckskada, undernäring och ohälsa i munnen två gånger per år. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom skattas två gånger per år. Bedömningarna görs i team och kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD används som stöd.
- Samordna kring kostnadsfri munhälsobedömning.
- Utbildning i munhälsa till personalen.

3. Förebygga vårdrelaterade infektioner

- Utbildade hygienombud finns på alla enheter och egenkontroll av basala hygienrutiner utförs två gånger per år
- Sjuksköterskorna på särskilt boende för äldre registrerar infektioner varje månad.
- Särskilt boende för äldre inklusive korttidsplatserna deltar i nationell punktprevalensmätning för vårdrelaterade infektioner.

4. Personer med hälso- och sjukvårdsinsatser ska ha en god och säker dokumentation i patientjournalen. 90 % av de granskade journalerna ska vara godkända enligt mall.

- Kollegial granskning av patientjournaler två gånger per år.
- Stickprovskontroll av patientjournaler av medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Resultat år 2017

1. Riskbedömningar utförs för de flesta patienterna särskilt boende för äldre, liksom skattning av BPSD-symtom. För personer i ordinärt boende har ett projekt genomförts med två hemtjänstgrupper för att komma igång med arbetet att utföra riskbedömningar. Punktprevalensmätningen genomfördes under maj.
Madrasserna har succesivt bytts ut under året, merparten mot slutet av året.

Resultat jämfört mål: Antal frakturer är 16 varav 14 på särskilt boende för äldre, vilket inte är en minskning jämfört föregående år (11 frakturer). Antalet tryckskador är svårt att få en tydlig bild av. Tryckskador rapporterade som avvikelser är 10 varav två från andra enheter. Enligt sammanställningen i Senior Alert har 24 personer under året någon gång haft en tryckskada.

2. Riskbedömningar utförs för de flesta patienterna särskilt boende för äldre, liksom

skattning av BPSD-symtom. För personer i ordinärt boende har ett projekt genomförts med två hemtjänstgrupper för att komma igång med riskbedömningar.
Flertalet personer på särskilt boende har fått en munhälsobedömning. Antal personer i ordinärt boende är cirka 30.
En stor del av omsorgspersonalen har under året fått utbildning i grundläggande munhälsa vilket är en klar förbättring jämfört med år 2016 då ingen personal fick utbildning.

Resultat jämfört mål: Endast ett fåtal personer har drabbats av ofrivillig viktnedgång. Däremot har 70 % en nedsatt munhälsa och 37 % risk för undernäring.

3. Utbildade hygienombud finns på alla enheter utom två.
Egenkontroll av basala hygienregler har genomförts på alla enheter utom två.
Alla enheter särskilt boende för äldre utom korttidsplatserna har registrerat infektioner.
Alla enheter särskilt boende för äldre har deltagit i den nationella punktprevalensmätningen (HALT).

Resultat jämfört mål: Fler enheter än förra året har genomfört egenkontrollen. Punktprevalensmätningen för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning visar en oförändrad andel infektioner men ökad andel antibiotikaförbrukning på boende vård och omsorg jämfört året innan. På boende demens är det en ökad andel infektioner och en minskad andel antibiotikaförbrukning jämfört året innan.

4. Kollegial granskning har genomförts en gång under året. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering har genomfört journalgranskning en gång.

Resultat jämfört mål: Den kollegiala granskningen visar att 50-75 % av de granskade journalerna är godkända enligt mall. Journalgranskning av MAS och MAR visar att cirka 70 % av patientjournalerna där sjuksköterskan dokumenterat är godkända enligt mall. Cirka 50 % av patientjournalerna där fysioterapeut och sjukgymnast dokumenterat är godkända enligt mall.

12 Mål och strategier för år 2018

Mål
att minska antalet fallskador, tryckskador, antal personer med undernäring samt antal personer med ohälsa i munnen. Särskilt fokus på fallskador och tryckskador.

Aktivitet

- Ansvara för att riskbedömningar för fall, undernäring, tryckskada och ohälsa i munnen genomförs samt att skattning av symtom på beteendemässiga och psykiska förändringar vid demenssjukdom utförs, minst två gånger per år. Åtgärder och uppföljning diskuteras i team, kvalitetsregistret Senior Alert och BPSD används som stöd.
    - Ansvar - enhetschef äldreomsorgen
- Ansvara för att en fortsatt implementering av riskbedömningar för fall, undernäring, tryckskada och ohälsa i munnen för patienter med insats av hemsjukvård i ordinärt boende.
    - Ansvar - enhetschef hemtjänsten
- Tydliggöra fördelning av hälso- och sjukvårdsansvar i förvaltningen genom att revidera riktlinjen kring hälso- och sjukvård.
    - Ansvar MAS och MAR

- Struktur för att utreda fall och tryckskador**.**
    - Ansvar MAS och MAR

Mål

En förbättrad vård och omsorg vid demenssjukdom, genom en individuell anpassning av vården

Aktiviteter

- Revidera riktlinjen kring skyddsåtgärder.
    - Ansvar MAS och MAR
- Påbörja ett arbete med Noll vision under året - för en demensvård utan tvång och begränsningar
    - Ansvar - avdelningschef för äldre och funktionsnedsatta

Mål

En ökad säkerhet kring läkemedelshanteringen

Aktiviteter

- Tydligare struktur och uppföljning kring egenkontroll av läkemedelshanteringen genom dialog med sjuksköterskor och enhetschefer.
    - Ansvar - MAS
- Införa extern kontroll av läkemedelshanteringen under året.
    - Ansvar - avdelningschef för äldre och funktionsnedsatta och MAS

Mål

Öka andelen patienter med insatser av hemsjukvård som får en samordnad individuell plan (SIP), både i samband med utskrivning från slutenvården och vid andra tillfällen då behov av samordning finns.

Aktivitet

- Utarbeta en lokal rutin för Samordnad individuell plan (SIP)
    - Ansvar- MAS och MAR
- Utbildningsinsats till legitimerad personal om Samordnad individuell plan (SIP) ska genomföras under året.
    - Ansvar – enhetschef hälso- och sjukvård