



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-14

Titti Kendall, verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen,
Ingela Mindemark, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	10
Utredning av händelser - vårdskador	10
Informationssäkerhet	10
RESULTAT OCH ANALYS.....	11
Egenkontroll.....	11
Avvikelse.....	11
Klagomål och synpunkter.....	13
Riskanalys.....	13
Digital signering.....	13
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.....	13
Förebyggande arbetssätt.....	14
Demensvård.....	15
Hygien och smitta.....	16
Palliativ vård i livets slutskede.....	16
Sammanfattande bedömning.....	17
Mål och strategier för kommande år	16

Sammanfattning

Det här har vi uppnått:

- Vård och omsorgsnämndens mål om att antal dagar från utskrivningsklar till hemgång efter sjukhusvistelse i genomsnitt inte ska överstiga 3 år uppnått.
- All personal inom äldreomsorgen har fått utbildning inom palliativ vård
- Hjälpmiddelsombud och ersättare har återinförts.
- En hög andel av omvårdnadspersonalen har genomfört webb-utbildningen Demens ABC.
- Björntorp och Sjötången har fått utbyggt wifi.
- Utbildning om rehabiliterande förhållningssätt för omvårdnadspersonal
- BPSD-utbildning för nya chefer och administratörer inom äldreomsorgen
- Metodrum för att träna på omvårdnad har använts vid inskolningar
- Specialistutbildningar inom demens pågår

Det här är vi bra på:

- Trygg hemgång och effektiv samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård i Sörmland
- Demensvård
- Palliativ vård i livets slutskede
- Digital signering

Det här kan vi förbättra:

- Kontinuitet och bemanning av legitimerad personal
- Systematiska uppföljningar
- Kompetens om hjälpmedelsanvändning
- IT kompetens
- Teamträffar
- Digital signering av utförda ordinerade insatser
- Trygg hemgångsprocessen

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.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier för 2019

Nämndens mål	Ingångsvärde 2018	Målvärde 2019	Resultat 2019
Trygg och effektiv planering vid utskrivning från slutenvård- (Antal dagar från utskrivningsklar till faktisk hemgång från slutenvård)	1,38	≤3	1,10

Strategier

Fokus på trygg hemgång och effektiv samverkan, vardagsrehabilitering, palliativ vård och vård i livets slut

Utförda aktiviteter är markerade med grön text

Rehabilitering

- Utse intresserade rehabombud inklusive ersättare
- Tid för information från rehabombud på arbetsplats-/verksamhetsträffar
- Fortsatt utbildning om rehabiliterande förhållningssätt

Trygg hemgång och effektiv samverkan

- Fortsatt arbete med Trygg hemgång och effektiv samverkan (Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland)
- Skapa en hållbar plan för utbildning om Prator och SIP
- Göra fler SIP:ar
- Använda digital teknik vid utskrivningsplanering
- Införa digital teknik vid planering i hemmet
- Bli producenter i NPÖ – Nationell patientöversikt

Avvikelser

- Införa digital avvikelshantering i Treserva
- Använda NITHA, ett digitalt verktyg för händelseanalys
- Systematisk uppföljning av avvikelser

Demenssjukdom

- Registrera i BPSD-registret
- Göra uppföljningar i Svedem på särskilt boende
- Genomföra aktiviteter för att leva upp till Plan för vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Oxelösunds kommun
- Uppföljning av utvecklingsarbetet för en kvalitetssäkrad demensomvårdnad

Förebyggande arbetssätt

- Registrering i Senior alert av riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen
- Teamträffar
- Mäta dygnsfasta på särskilt boende

Dokumentation

- Planera för införande av Hälsoärende
- Mobil dokumentation
- Läskopia av Treserva

Hygien

- Deltagande i Svenska HALT (inställt 2019)
- Hygienrund på två enheter inklusive uppföljning

Inkontinens

- Ta fram rutiner för kontinensarbetet, utse ansvarig

Läkemedelshantering

- Kvalitetssäkra nyckelhantering (läkemedelsskåp)

Palliativ vård och vård i livets slut

- Införa palliativa ombud
- Fortsätta med webbutbildning Palliation ABC och utbildning om palliativ vård

Övrigt

- Införa diabetessjuksköterskor för att kvalitetssäkra vården av patienter med diabetes
- Ta fram rutiner för klagomålshantering
- IT-kompetens och -resurs i förvaltningarna

Organisation och ansvar

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare enligt HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) och områdeschefen för äldreomsorg är verksamhetschef enligt HSL. Ansvaret innebär att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs. Nämnd och verksamhetschef ska också tillse att riktlinjer och rutiner finns, är kända i hela verksamheten och att dessa tillämpas.

Enhetscheferna i verksamheten är ansvariga för att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom sin respektive enhet och områdescheferna har ansvaret för att leda och fördela enhetschefernas arbete, samordna, följa upp och initiera förändringar.

I vård- och omsorgsförvaltningens ledning ingår förvaltningschefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Förvaltningsledningen träffas regelbundet flera gånger per månad och varje område har ledningsgrupper där enhetschefer strategier ingår.

Hälso- och sjukvårdsledning är verksamhetschef enligt HSL, medicinskt ansvarig sjuksköterska, enhetschefer för ledgitimerad personal och enhetschef för korttidsboende. Hälso- och sjukvårdsledningen träffas regelbundet och samverkar med vårdcentralen i lokal närvårdsledning.

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), svarar för verksamheten och har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. I verksamhetschefens ansvar ingår inte de uppgifter som medicinskt ansvarig sjuksköterska har. I Oxelösund är förvaltningschefen för äldreomsorg verksamhetschef för hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett särskilt medicinskt ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att utfärda riktlinjer och rutiner och se till att dessa efterlevs.

MAS rapporterar avvikelser en gång om året till Vård och omsorgsnämnden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Länsgemensam struktur för Närvård i Sörmland. Förvaltningen deltar i Styrgrupp för Närvård, Arbetsgrupp södra äldre, Beredningsgrupp äldre, Arbetsgrupp södra barn och Arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder, Beredningsgrupp psykiatri och funktionshinder.

Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. På medicinska grunder görs hembesök i ordinärt och särskilt boende av läkare. Tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt. Dygnet runt finns också tillgång till tjänstgörande sjuksköterska på särskilt boende och i hemsjukvård. Arbetet styrs, leds och följs upp i lokal närvårdsledning.

Avtal med Smittskydd/Vårdhygien. Två kommunala hygiensjuksköterskor delas med de andra kommunerna i Sörmland.

Avtal med Tandvårdenheten i landstinget Sörmland om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal.

Avtal med ApoEX om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i särskilt boende, hemsjukvård, bostäder med särskild service och boendestöd.

Samverkan med andra vårdgivare vid allvariga händelser.

MAS deltar i nätverk för Masar i Sörmland

Patienters och närståendes delaktighet

Vid ankomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering inbjuds patient/brukare och i många fall även anhöriga att delta i att planera omvårdnaden.

För att förebygga vårdskador informeras om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Inför registrering i BPSD-registret involveras patienter och anhöriga i bedömningar och bemötandepplaner för att minska BPSD och behov av begränsningsåtgärder.

Brucar- och anhörigträffar har genomförts inom ordinärt och särskilt boende.

Brukarråd inom särskilt boende: Här tas de ämnen upp som är viktiga för patienterna.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

En avvikelse ska rapporteras av den som upptäcker avvikelsen, denna skyldighet har alla oavsett yrkeskategori. Det kan exempelvis gälla läkemedel, fallskador, omvårdnad och informationsöverföring. Lokal rutin finns "Rutiner för avvikelserrapportering inom hälso- och sjukvård".

Respektive enhetschef har ansvar för att följa upp och avsluta avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder och sammanställer avvikelserrapporterna samt anmäler allvarliga avvikelser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid vårdskada gör MAS en händelseanalys tillsammans med enhetschef och personal. Efter analysen tas en åtgärdsplan fram med åtgärder, ansvarsfördelning och uppföljningsplan. Återkoppling till berörd enhet och områdeschef/verksamhetschef enligt HSL.

Klagomål och synpunkter

Ledningssystemet fastställer att klagomål som inkommer från patienter och anhöriga besvaras av enhetschef. Klagomål som inkommer via patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg besvaras av verksamhetschef och MAS. En utredning av händelsen påbörjas snarast och återkopplas till den enhet som berörs. Patient, anhöriga, patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg får återkoppling/analys efter utredning. Medicinskt ansvarig sjuksköterska rapporterar till Vård och omsorgsnämndens arbetsutskott.

Förvaltningschefs ansvar:

Säkerställa att det finns rutiner för att hantera synpunkter och klagomål. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera avvikelser enligt SoL, LSS och HSL, missförhållanden eller risk för missförhållanden. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Enhetschefs ansvar:

Hantering av synpunkter, klagomål och avvikelser enligt SoL, LSS och HSL.

Verksamhetschefs ansvar (HSL):

Händelseanalys – Avvikelsehantering enligt HSL.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar:

Händelseanalys – Avvikelsehantering enligt HSL. Utredning av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	Årligen	Rapport från granskare
Hygienrond	2 enheter per år	Protokoll
Journalgranskning	2 gånger per år	Internkontrollplan, Rutiner för journalgranskning
Avvikelser	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Patientnämnden, IVO, "Säg vad du tycker"
Kvalitetsregister	Kontinuerligt	Svedem, BPSD-registret, Senior alert, Svenska palliativregistret
Trygg hemgång och effektiv planering vid utskrivning från slutenvård	Kontinuerligt	Prator, kontinuerlig uppföljning med regionen

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Trygg hemgång och effektiv samverkan:

Månatlig uppföljning av personer som varit inskrivna i slutenvård.

Samverkan med Oxelösunds vårdcentral. Uppföljning av lökal överenskommelse om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård.

Videoplanering.

Hygien:

All personal ska ha undertecknat att de har fått information om basala hygienrutiner och klädregler och att de ska följa dem.

Hygienrond på en enhet.

Inköp av Handcheck, 2 st för kontroll av korrekt utförd handdesinfektion

Förebyggande arbetssätt:

Regelbundna teamträffar på vissa enheter. Teamträffen syftar till att tvärprofessionellt utforma och följa upp det aktuella hälso- och sjukvårdsbehovet. Syftet är också att följa upp hur vård- och rehabplaner samt riskbedömningar fungerar i vardagen för brukaren.

Kvalitetsregister: Senior alert

Vård i livets slutskede:

Utbildning i palliativ vård inom äldreomsorgen för att öka kvaliteten vid palliativ vård i livets slut. Samtliga arbetsgrupper har genomfört Palliation ABC (webbutbildning) och en träff för att ta fram hur man på enheten ska kvalitetssäkra vården i livets slutskede. Fyra sjuksköterskor har lett arbetet med fortbildningsinsatsen. Satsningen har finansierats av Omställningsfonden.

Kvalitetsregister: Svenska palliativregistret

Demenssjukdom:

Aktivitetsplan utifrån Plan för vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Utbildning om demenssjukdomar – Demens ABC för att öka kvaliteten på demensvården.

Strukturerat arbete med BPSD-bedömningar inom demensvården för att minska beteende- och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Handlings- och bemötandeplaner vid oro

Nollvision – undvika tvångs- och begränsningsåtgärder

Kvalitetsregister: Svedem och BPSD-registret

Specialistutbildning inom demensområdet för en sjuksköterska, fem undersköterskor och en fysioterapeut.

Avvikelse:

Uppföljningar på arbetsplatsträffar

Analyser av orsak till många osignerade insatser

Bildstöd för att signera rätt

Händelseanalyser

Läkemedelshantering:

Extern kvalitetsgranskning

Uppdaterade lokala rutiner för läkemedelshantering

Digital signering på alla enheter utom en (där annan vårdgivare har läkemedelsansvar)

Munvård

Reviderad överenskommelse med Region Sörmland om munhälsobedömning och nödvändig tandvård

Utbildning om munvård

Rehabilitering och hjälpmedel:

Utbildning om rehabiliterande förhållningssätt

Träffar för hjälpmedelsombud

Uppföljning av åtgärdsplan gällande bristande hantering av hjälpmedel

Dokumentation:

Rutin och checklista för journalgranskning

Samverkan:

SIP (Samordnad Individuell Plan) när insatser behövs från flera vårdgivare.
Samverkan med legitimerad personal.

Värmebölja:

Arbetat enligt rutiner.

Installerat kylanläggning i läkemedelsrummet på Björntorp.

Risikanalyt

Risk för vårdskada ska rapporteras som en avvikelse.

Risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen bedöms i standardiserade riskbedömningsinstrument i kvalitetsregistret Senior alert. Vid risk ska en bedömning av möjliga orsaker göras och åtgärder sättas in.

Risikanalyt som borde ha genomförts:

Omorganisering av hemtjänsten som medförde oväntade ändringar i versamhetssystem.

Utredning av händelser - vårdskador

Två händelseanalyser har genomförts.

1. Avvikelse där bristande hantering av hjälpmedel varit orsak till händelsen.

Analys: Omvårdnadspersonal har bristande kunskaper om hantering av hjälpmedel. Det saknades också följsamhet till gällande rutiner för kontakt med legitimerad personal, rutiner för avvikelserapportering och hantering av fysiska begränsningsåtgärder.

Åtgärder beslutade sedan tidigare händelseanalyser: Återinföra hjälpmedelsombud, årlig information om avvikelsehantering, revidera rutiner för avvikelserapportering, införa digital avvikelserapportering, revidera rutiner för dokumentation i patientjournal och social dokumentation.

Uppföljning av åtgärderna har utförts har gjorts, men brister kvarstår.

2. Avvikelse gällande brister i informationsöverföring vid planering av och utskrivning från sjukhus. Brister fanns både i regionen och kommunen.

Åtgärd: Se över Trygg hemgångsprocessen. Arbete pågår.

Informationssäkerhet**Genomförda uppföljningar av informationssäkerheten:**

Loggkontroller har genomförts i NPÖ (Nationell patientöversikt), APPVA (digital signering) och Svevac (Vaccinationsregister). Inga allvarliga brister har noterats. Resultatet av loggkontrollerna finns i Castor.

Genomförda riskanalyser och åtgärder:

Digital signering: Risk för att omvårdnadspersonal inte kunde se planerade åtgärder hos patienter vid utlåning av personal mellan enheter. Risken åtgärdades genom att utöka delegeringar.

Genomförd egenkontroll:

MAS har granskat patientjournaler enligt Vård och omsorgsnämndens intern kontrollplan 2 gånger 2019. 5 slumpvis utvalda patientjournaler granskades utifrån om de innehöll planer

med åtgärder för aktuella problem/diagnoser, planer på aktuella begränsningsåtgärder, registrerat samtycke till begränsningsåtgärder och uppföljning i plan av omvårdnadspersonal. Resultatet är redovisat till vård och omsorgsnämnden.

I nämndens internkontrollplan ingår också att kontrollera om riktlinjer är aktuella och uppdaterade. Under året har MAS reviderat de riktlinjer som finns.

RESULTAT OCH ANALYS

Övergripande mål för 2019

Nämndens mål	Ingångsvärde 2018	Målvärde 2019	Resultat 2019
Trygg hemgång och effektiv planering vid utskrivning från slutenvård- (Antal dagar från utskrivningsklar till faktisk hemgång från slutenvård)	1,18	≤3	1,10

Analys: Det finns en omfattande medvetenhet i verksamheterna om vikten av att ha snabba processer för att ta emot utskrivningsklara personer så att onödig slutenvård undviks. Fortsatt arbete tillsammans med kommunens olika funktioner och regionen för att kvalitetssäkra hemgångsklar och kommunklar. Begreppen innebär att respektive huvudman ska göra rätt runt patienten för bästa förutsättningar till en trygg hemgång och effektiv planering.

Egenkontroll

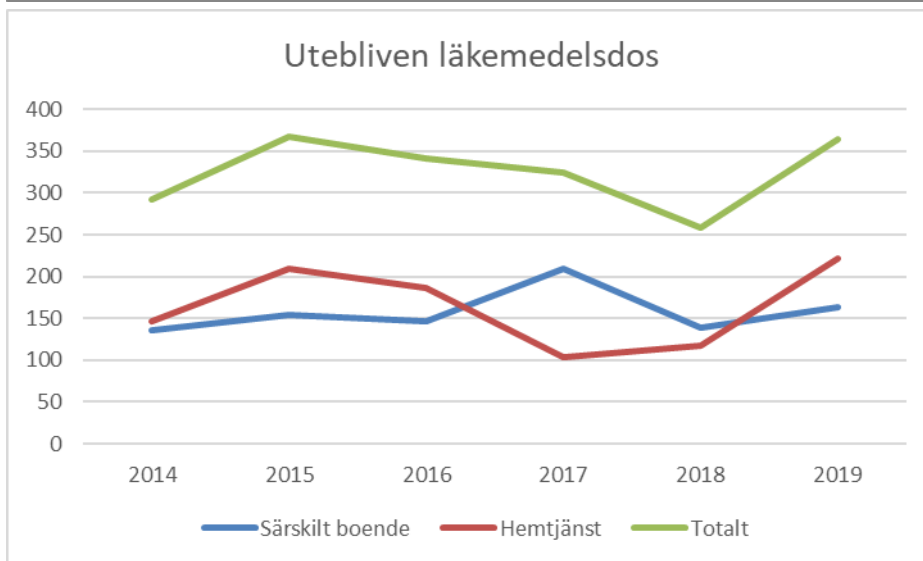
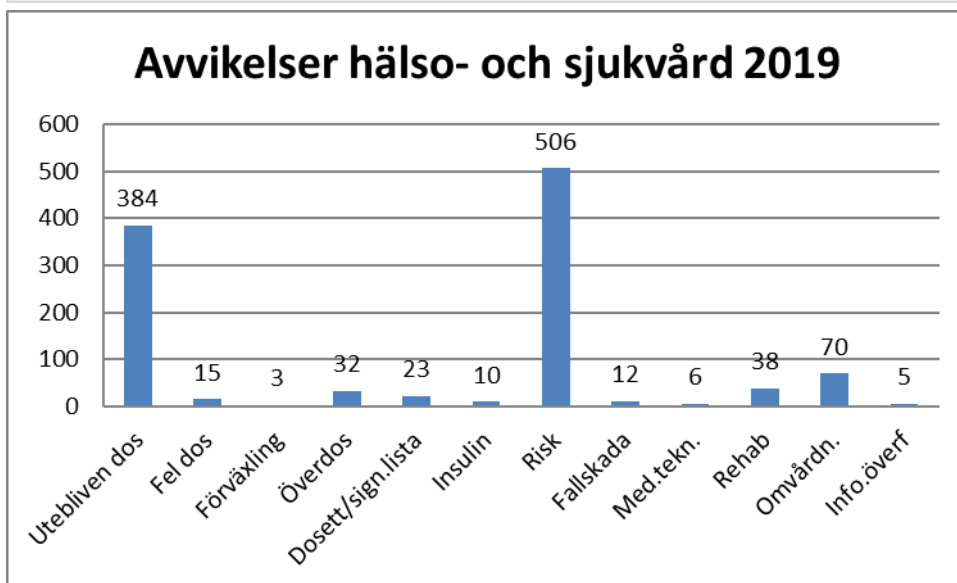
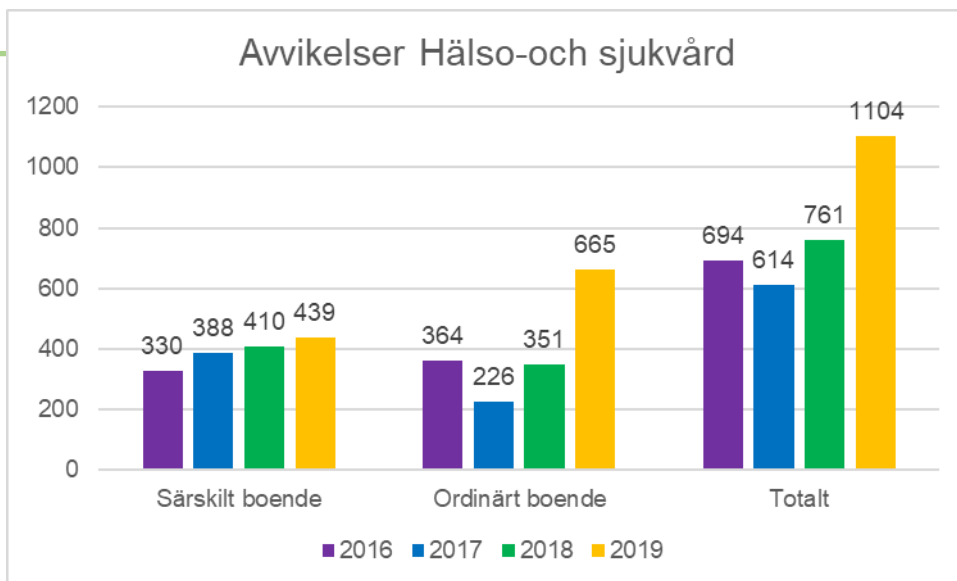
Avvikelser

Antalet avvikelserapporter inom hälso- och sjukvård har ökat sedan 2018. Fel/risk/incident i läkemedelshanteringen utgör 88% av alla avvikelser. Antalet uteblivna läkemedelsdoser har ökat. Antalet rapporter gällande avsaknad av digital signatur på signeringslista/för sen signering har ökat dramatiskt. Där har patienten troligen fått sina läkemedel eller andra insatser men ingen signatur finns som styrker detta. 36 668 insatser saknar signering. Detta kan utgöra en risk för att patienten till exempel får en överdos av läkemedel. Risk/incident i läkemedelshandling kan också vara brister/svinn i narkotikahandling, ej låsta läkemedelsskåp, utgången datum på läkemedel. Inom omvårdnad rapporteras utebliven provtagning, utebliven eller felaktig sårvård, utebliven omvårdnad, brister i handtering av rörelselarm, trycksår. Utebliven träning, rehabilitering, kontrakturprofylax eller felaktig handtering av signeringslistor innebär brister och risker för patientsäkerheten.

Ingen händelse har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Avvikelser från annan vårdgivare har varit 7, samtliga är besvarade.

Avvikelser till annan vårdgivare har varit 12 varav 4 har besvarats.



Analys: Åtgärder har vidtagits för att minska antalet osignerade insatser. Antalet utebliven läkemedelsdos har ökat, åtgärder behöver vidtas.

Klagomål och synpunkter

Två klagomål har inkommit från Patientnämnden, svar har skickats. Ett klagomål har inkommit från anhörig, detta har besvarats. Två enskildas klagomål har inkommit från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och har besvarats.

Risikanalyis

Genom att arbeta med kvalitetsregister (Senior alert, Svedem, BPSD-registret och Svenska palliativregistret) kan risker upptäckas och åtgärdas innan vårdskada uppstått.

Kvalitetsregistren innehåller arbetssätt, verktyg och stöd för arbetet.

Förbättringsområde: IT.

Vid införande av ny teknik krävs kompetens och resurser för support, felsökning och stöd på plats.

De flesta anställda inom förvaltningen har inte den kompetens som krävs för att hantera de problem som kan uppstå.

Förvaltningen behöver teknisk kompetens inom IT.

Digital signering

733 753 insatser har signerats digitalt, 87% i tid. Genomsnittlig avvikelse i tid var 13 minuter. 95% av insatserna blev signerade.

Analys:

Björntorp och Sjötången har fått utbyggt kommunnät sent under 2019. Det har varit vissa tekniska problem med uppgradering av iPads och appen, täckningsgraden var inte optimal.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar, häftet "Läkemedelshantering i Sörmland 2013 uppdaterad 2017" samt enheternas lokala rutiner.

Fokusområden har varit lokala instruktioner, signeringslistor (Appva) narkotika, läkemedelsavvikelser och värmebölja.

Enligt avtalet mellan Oxelösunds Kommun och ApoEx AB ska årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ske på de enheter där kommunen har ett hälso-och sjukvårdsansvar.

Under kvalitetsgranskningen har vi:

- i ett kvalitetsmöte träffat omvårdnadspersonal, enhetschefer och sjuksköterskor/distriktssköterskor och där diskuterat frågor kring årets fokusområden.
- gjort en uppföljning av föregående års rapport
- tittat övergripande i Akut- och Buffertläkemedelsförråd, kortvårdsförråd och i brukares läkemedelsskåp
- genom stickprov gjort kontrollräkning av narkotika i Akut- och Buffertläkemedelsförråd, kortvårdsförråd och i brukares läkemedelsskåp
- tagit fram en åtgärdsplan - Tanken med åtgärdsplanen är att den tydligare skall belysa de områden som kan utvecklas eller arbetas vidare med samt att den kan användas som hjälpmedel för det fortsatta kvalitetsarbetet
- lämnat återkoppling i form av en skriftlig rapport. De förslag till förbättringar som framkom under granskningen skrev enheten ned i en åtgärdsplan som sedan tagits

med som en del i rapporten.

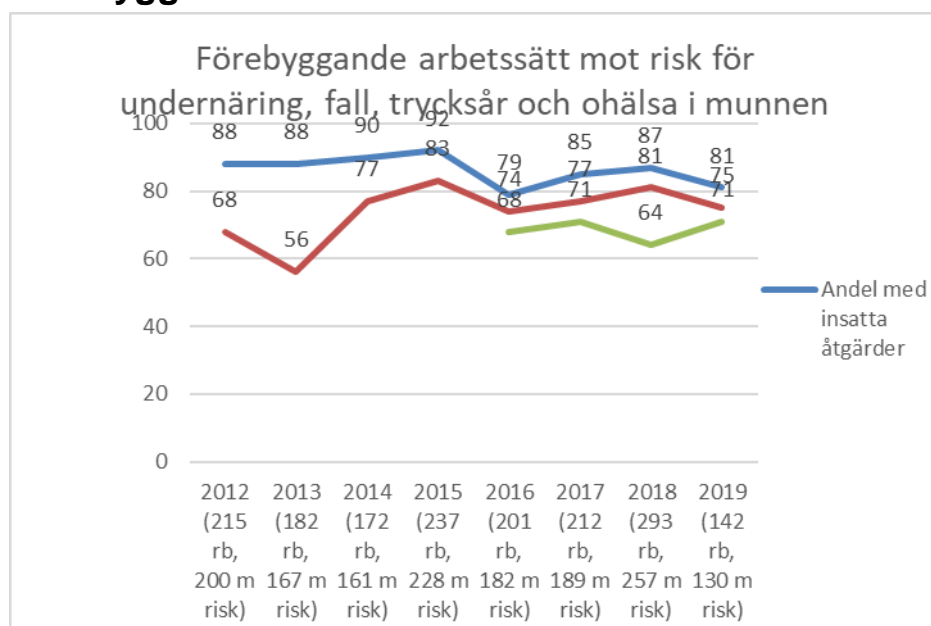
Godkända områden:

- Stickprov narkotika utan anmärkning
- Uppdaterade lokala skriftliga instruktioner för läkemedelshantering finns
- Förvaring
- Digital signering/signeringslistor

Förbättringsområden:

- Tydliggöra vad som ingår i städning av läkemedelsskåp och hållbarhetskontroll
- Dokumentation av månatlig städning och hållbarhetskontroll
- Förvaring i kylskåp, kontroll av temperatur
- Förvaring enligt tillverkarens föreskrifter
- Endast förvaring av läkemedel i de boendes läkemedelsskåp
- Brytdatum på läkemedel med kort hållbarhet
- Nyckelhantering

Förebyggande arbetssätt



Analys: På grund av rådande brist på sjuksköterskor har arbetet med Senior alert inte varit prioriterat. 113 unika personer har fått en riskbedömning för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Demensvård

Mål (enligt plan för vård och omsorg för personer med demenssjukdom):

God och säker demensvård utifrån kommunmålet - Trygg och värdig ålderdom.

Planen tar upp fyra aktivitetsområden, *samverkan vårdgivare, kunskap och kompetens, uppföljning och utvärdering samt anhörig och närstående.*

Till planen hör en aktivitetsplan med aktiviteter, mål, ansvarig, tillvägagångssätt och uppföljningsansvarig inom de valda områdena.

Svedem är ett kvalitetsregister för personer med demenssjukdom. Registreringen startar vid utredning och diagnos. Uppföljningar sker årligen först på vårdcentral och senare i särskilt boende.

BPSD-registret

Att arbeta med BPSD-registret bidrar till:

- Ökad livskvalitet för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden och bidra till en verksamhetsutveckling

Mål: God och säker demensvård utifrån kommunmålet- Trygg och säker ålderdom

BPSD-registret

-Under 2019 är 77 personer på SÄBO registrerade i registret. (79st 2018).

-Övriga områden (demenshemtjänst, hemtjänst och gruppboende): 8st personer är registrerade (2018: 11st).

-Antal skattningar som gjorts under 2019 är 119st. I hela Sörmlands län är 1777 skattningar gjorda.

Mål för 2020 : Att alla personer med demensdiagnos som ger sitt godkännande, ska få en grundregistrering i BPSD-registret.

Åtgärder under 2020:

-Fortsätta att utbilda all legitimerad personal i BPSD-registret samt omvårdnadspersonal som ska vara BPSD-administratör

-Regelbundna uppföljningar för administratörer

-Bokningsbara tider erbjuds till hemtjänstpersonalen där skattningar i BPSD-registret görs med stöttning av demenssjuksköterska eller sjuksköterskan i teamet .

-Nära samarbete mellan demenssjuksköterska och omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Statistik från BPSD-registret 2019:

-Antal personer med olämpliga läkemedel : Oxelösund: 49%. Riket: 39%

-Andel personer som verkar smärtfria: Oxelösund: 60%. Riket: 89%

-Andel personer med Alzheimerssjukdom som fått symtomlindande läkemedel.

Oxelösund: 71% Riket: 63%

- Andel personer som fått läkemedelsöversyn: Oxelösund: 84%. Riket: 89%
- Andel personer med bemötandeplan: Oxelösund 100%. Riket. 100%

Svedem

Mål: Att åter aktualisera användandet av det nationella kvalitetsregistret under 2020

Då det varit brist på sjuksköterskor i verksamheten i Oxelösunds kommun så har arbetet med att registrera i Svedem ej prioriterats under 2019.

Hygien och smitta

Rapport efter hygienrund: En hygienrund har genomförts inom äldreomsorgen. Protokoll har skickats till enhetschef för åtgärd.

Palliativ vård i livets slutskede

När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. I den palliativa vården ingår även att ge anhöriga stöd i deras sorgearbete. Palliativ vård kommer från det latinska ordet pallium som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen om den döende människan. Den palliativa vården handlar mycket om att se över och stödja hela livssituationen och omfattar alla personer med sjukdom som inte går att bota. Detta gäller oavsett diagnos eller typ av sjukdom. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonalen kan gemensamt, utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. De kan då gemensamt sätta upp ett mål.

Under 2019 har 97 personer avlidit, varav 72 inom den egna verksamheten och 25 på lasarettet. 60 av dödsfallen var av vården förväntade.

Nedanstående diagram visar Oxelösunds kommuns resultat för de förväntade dödsfallen (grönt) i förhållande till Socialstyrelsens målvärden (rött) för fastställda kvalitetsindikatorer.



Analys: Personer som vårdas i livets slut inom Oxelösunds kommun får en god vård. Ingen som inte så önskar behöver dö i ensamhet. Förbättringsmöjligheter finns för brytpunktsamtal (läkares ansvar), munhälsobedömning och smärtskattning (sjuksköterskas ansvar).

Sammanfattande bedömning

Under 2019 har förvaltningen haft brist på legitimerad personal, främst sjuksköterskor. Detta har påverkat patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten har upprättat en prioriteringsordning, där det förebyggande arbetet fått stå tillbaka. Akuta bedömningar, akuta insatser, läkemedelshantering och delegeringar har prioriterats högst.

Mål och strategier för kommande år

Mål

God och säker vård

Strategier

Nära vård

- Fortsatt arbete med Trygg hemgång och effektiv samverkan
- Återuppta uppföljningar i samverkan med Region Sörmland
- Trygg hemgångsprocessen i kommunen
- Fortsatt omställningsarbete till Nära vård
- Skapa en hållbar plan för utbildning om Prator och SIP
- Göra fler SIP:ar
- Använda digital teknik vid utskrivningsplanering
- Införa digital teknik vid planering i hemmet
- Bli producenter i NPÖ – Nationell patientöversikt
- Samverka med vårdcentralen om hemmonitorering

Avvikelser

- Införa digital avvikelshantering i Treserva
- Använda NITHA, ett digitalt verktyg för händelseanalys
- Systematisk uppföljning av avvikelser

Demenssjukdom

- Registrera i BPSD-registret
- Göra uppföljningar i Svedem på särskilt boende
- Genomföra aktiviteter för att leva upp till Plan för vård och omsorg om personer med demenssjukdom i Oxelösunds kommun

-
- Uppföljning av utvecklingsarbetet för en kvalitetssäkrad demensomvårdnad

Förebyggande arbetssätt

- Registrering i Senior alert av riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen
- Teamträffar
- Mäta dygnsfasta på särskilt boende

Dokumentation

- Planera för införande av Hälsoärende
- Mobil dokumentation
- Läskopia av Treserva

Hygien

- Hygienrund på två enheter inklusive uppföljning

Läkemedelshantering

- Läkemedelsrum i hemsjukvården

Palliativ vård och vård i livets slut

- Planera för fortsättning efter utbildningsinsats (palliativa ombud?)
- Fortsätta med webbutbildning Palliation ABC

Övrigt

- Ta fram rutiner för klagomålshantering
- IT-kompetens och -resurs i förvaltningarna
- Tillräcklig bemanning av legitimerad personal i tjänst