

Patientsäkerhetsberättelse

Patientsäkerhetsberättelse för vård- och omsorgsnämnden 2015

Diarienummer VON 2016/0124 770

Dokumentet antogs 2016-02-03 av:

Tina Allert Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Anita Ottosson Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Lena Todnem Svanström Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Karin Ingbrant Medicinskt ansvarig för rehabilitering

VÅRD- OCH OMSORGSKONTORET

→ www.norrkoping.se

Innehållsförteckning:

Patientsäkerhetsberättelse för vård- och omsorgsnämnden 2015	1
1 Inledning och sammanfattning	3
2 Övergripande mål och strategier	6
3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	7
4 Struktur för uppföljning och utvärdering	10
5 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	12
6 Uppföljning genom egenkontroll	21
7 Samverkan för att förebygga vårdskador	24
8 Riskanalys	27
9 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet & hantering av klagomål och synpunkter	29
10 Sammanställning och analys	31
11 Samverkan med patienter och närstående	31
12 Resultat.....	32
13 Övergripande mål och strategier för kommande år.....	70

1 Inledning och sammanfattning

Vårdgivaren ska den första mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Patientsäkerhetsarbetet utgör en integrerad del i vård- och omsorgsnämndens styrning, ledning och utveckling. Arbetet utgår från ledningssystemets systematiska förbättringsarbete genom riskanalyser, egenkontroller och utredningar av avvikelser.

Vård- och omsorgsnämnden har identifierat och prioriterat utvecklingsområden för patientsäkerhetsarbetet. Övergripande mål har upprättats för att minska risk för smittspridning i vården, att alla patienter får förebyggande åtgärder utifrån identifierade behov för fall, undernäring, trycksår och munhälsa samt mål för att alla patienter som bor i särskilt boende årligen ska få en säkrad läkemedelsbehandling. Vid uppföljningen av de övergripande målen framkom att de endast delvis är uppfyllda.

Aktiviteter i vård- och omsorgsnämndens verksamheter för att öka patientsäkerheten har under året omfattat

- patientsäkerhetsdialoger,
- registrering i kvalitetsregister,
- punktprevalensmätning för trycksår, fall samt vårdrelaterade infektioner
- nationella enkätundersökningar
- egenkontroller,
- observationer,
- granskningar,
- metoder för kommunikation och informationssäkerhet,
- utredningar av avvikelser.

Resultaten från aktiviteterna har analyserats och använts som underlag i det fortlöpande systematiska kvalitetsarbetet. Under år 2015 har patientsäkerhetsdialog som metod utvecklats och även införts inom ordinärt boende.

Patienten och närstående ska ses som en viktig resurs i planering och genomförande av den enskildes vård och behandling. För att kunna tillvarata patientens och närståendes upplevelser ska de erbjudas delaktighet vid utredningar i samband med synpunkter och klagomål och utredningar enligt lex Maria.

Risker, negativa händelser och tillbud identifieras genom hälso- och sjukvårdspersonalens avvikelserapportering samt genom enskilda synpunkter och klagomål. Utredning av inträffade avvikelser görs genom metoden händelseanalys både på enhetsnivå, verksamhetsområdesnivå samt på förvaltningsövergripandenivå.

Antalet rapporterade avvikelser uppgick till 15564 vilket i stort är samma nivå som föregående år. Ett nytt verksamhetssystem där ett IT-stöd för avvikelshantering ingår har medfört svårigheter att kunna analysera årets resultat. Majoriteten av de vårdskador som rapporterats har uppkommit vid fall och läkemedelshantering. Under året bedömdes tre avvikelser vara så allvarliga att de anmäldes enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg.

Under året inkom 185 synpunkter och klagomål till vård- och omsorgskontoret. Till Inspektionen för vård och omsorg inkom åtta klagomål varav sju berörde hälso- och sjukvårdens område och till patientnämnden inkom elva ärenden.

Under kommande år behöver nya strategier och arbetssätt prövas för att uppnå kraven och målen för en god vård med hög patientsäkerhet.

Definitioner

Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada	Socialstyrelsens termbank
Patientsäkerhetsarbete	Arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser	Socialstyrelsens termbank
Egenkontroll	Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem	Patientsäkerhetslag (2010:659) 1 kap. 5§, SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa	Socialstyrelsens termbank
Riskanalys	Systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang I riskanalys ingår: riskinventering uppskattning av sannolikheten för att den befarade händelsen eller situationen ska inträffa eller uppstå. bedömning av konsekvenserna av den befarade händelsen eller situationen	Socialstyrelsens termbank
Riskområde	Område inom vilket skada på människor, miljö eller egendom kan befaras, eller där ytterligare skada kan ske	Socialstyrelsens termbank
Avvikelsehantering	Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.	Socialstyrelsens termbank
Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården	Patientsäkerhetslag (2010:659) 1 kap. 5§, SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Allvarlig vårdskada	Vårdskada som 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit	Patientsäkerhetslag (2010:659) 1 kap. 5§, SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Författning	Ett gemensamt namn för lag, förordning och föreskrift	Socialstyrelsen
Kvalitet Vårdgivarperspektiv	Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård.	SOSFS 2011:9
Kvalitet Patientperspektiv	Kvaliteten bestäms av hur den enskilde upplever tjänsten.	VoN uppdragsplan

2 Övergripande mål och strategier

Patientsäkerhetsarbetets syfte är att minska risken för att patienter drabbas av en undvikbar vårdskada. Allt säkerhetsarbete ska bedrivas systematiskt och vara en del av det dagliga arbetet.

I den årliga uppdragsplanen uttrycker vård- och omsorgsnämnden den politiska ambitionen inom patientsäkerhetsområdet. Inför framtagandet av uppdragsplanen genomförs en risk- och väsentlighetsanalys på samtliga nivåer som ligger till grund för nämndens mål och interna kontroll.

Vård- och omsorgsnämndens prioriterade utvecklingsområden 2015 för patientsäkerhet:

- risken för smittspridning i vården ska minska,
- alla patienter får förebyggande åtgärder utifrån behov som framkommit vid riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munhälsa,
- alla patienter som bor i särskilt boende ska årligen få en säkrad läkemedelsbehandling.

Utifrån författningar, nämndens uppdragsplan, ekonomiska förutsättningar och aktuella styrdokument samt resultat från det systematiska förbättringsarbetet bryter verksamheten ner de övergripande målen till verksamhetsområdesnivå och enhetsnivå i en verksamhetsplan. Planen beskriver hur verksamheten ska följas upp genom egenkontroller.

Vård- och omsorgsnämnden som vårdgivare ska svara för att

- patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- det finns rutiner så att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras,
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning och på det sätt som föreskrivs i patientdatalagen,
- beslut om att delegerat ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
- rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande,
- anmälan och utredning görs enligt lex Maria.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Beskrivning av roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Vård- och omsorgsnämnden, vårdgivare

Ansvar för riskanalys innebär att

- riskanalyser genomförs och att resultaten ligger till grund för planering och ledning av verksamheten
- fastställa övergripande uppdragsplan för verksamheten med hjälp av risk- och väsentlighetsanalys.

Ansvar för egenkontroll innebär att

- systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten genomförs med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Ansvar för avvikelser innebär att

- avvikelshantering genomförs och att resultaten ligger till grund för planering och ledning av verksamheten,
- avge yttrande i hälso- och sjukvårdsärenden på förfrågan från IVO och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Vård- och omsorgsdirektör

Ansvar för riskanalys innebär att

- riktlinjer och direktiv finns för att identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten,
- riskanalys genomförs inför fastställande av internkontrollplan och uppdragsplan,
- initiera och besluta att riskanalyser genomförs vid organisations förändringar eller väsentliga förändringar i verksamheten,
- kompetensförsörjningsplanen omfattar riskanalysmetoder,
- ledningen genom den övergripande ”kvalitets-, utvecklings- och lärande gruppen” genomför en samlad analys av samtliga riskanalyser som leder till förbättringar via verksamhetsplaner eller handlingsplaner.

Ansvar för egenkontroll innebär att

- förvaltningsgemensam riktlinje finns för egenkontroll,
- ta fram en internkontrollplan,
- initiera och besluta att egenkontroller genomförs,
- kommunen medverkar i nationella jämförelser,
- ledningen genom den övergripande ”kvalitets-, utvecklings- och lärande gruppen” genomför en samlad analys av samtliga egenkontroller som leder till förbättringar via verksamhetsplaner eller handlingsplaner,
- kompetensförsörjningsplanen omfattar egenkontrollmetoder.

Ansvar för avvikelser innebär att

- riktlinjer och direktiv finns för avvikelshantering,
- ledningen genom den övergripande ”kvalitets-, utvecklings- och lärande gruppen” genomför en samlad analys av samtliga avvikelser som leder till förbättringar via verksamhetsplaner eller handlingsplaner,
- kompetensförsörjningsplanen omfattar avvikelshantering.

Medicinskt ansvariga*Ansvar för riskanalys innebär att*

- initiera och analysera riskanalyser samt följa upp åtgärdernas effekt på övergripande nivå,
- ta fram direktiv för riskanalys för att säkra patientsäkerhet och förebygga vårdskador.

Ansvar för egenkontroll innebär att

- det i direktiv och instruktioner framkommer hur egenkontroll sker inom hälso- och sjukvårdens område,
- initiera och genomföra uppföljning och kontroll inom hälso- och sjukvårdens område
- kommunen medverkar i regionala och nationella kvalitetsregister,
- sammanställa och analysera genomförda uppföljningar och kontroller samt följa upp åtgärdernas effekt på övergripande nivå.

Ansvar för avvikelser innebär att

- ta fram direktiv för hantering av synpunkter, klagomål och rapporterade avvikelser utifrån patientsäkerhet,
- anmäla lex Maria till IVO när någon i samband med hälso- och sjukvårdsinsatser drabbats av eller utsatts för risk att drabbas för allvarlig skada eller sjukdom,
- sammanställa och analysera avvikelshanteringen på hälso- och sjukvårdens område samt följa upp och kontrollera åtgärdernas effekt på övergripande nivå inom kommunen och i samverkan med landstinget.

Verksamhetschef, områdeschef, enhetschef*Ansvar för riskanalys innebär att*

- initiera och genomföra riskanalyser och riskbedömningar,
- upprätta handlingsplaner och följa upp åtgärders effekt,
- resultat redovisas till ledning,
- chefer och medarbetare har kompetens om riskanalys.

Ansvar för egenkontroll innebär att

- planera och genomföra egenkontroll av den egna verksamheten,
- upprätta handlingsplaner och följa upp åtgärders effekt,
- sammanställa och analysera genomförda egenkontroller,
- resultat redovisas till ledning,
- chefer och medarbetare har kompetens om egenkontroll.

Ansvar för avvikelser innebär att

- ansvara för avvikelshantering i verksamheten,
- genomföra händelseanalys, upprätta handlingsplan och följa upp åtgärders effekt,

- fortlöpande sammanställa och analysera avvikelser i verksamheten,
- erfarenheter från avvikelshantering används i det förebyggande arbetet,
- resultat redovisas till ledning,
- chefer och medarbetare har kompetens om avvikelshantering.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Ansvar för riskanalys innebär att

- påtala risker,
- följa upprättade riktlinjer, direktiv och rutiner,
- vara delaktig vid riskanalyser och riskbedömningar,
- utföra beslutade åtgärder,
- delta vid utveckling av arbetsrutiner och metoder.

Ansvar för egenkontroll innebär att

- följa upprättade riktlinjer, direktiv och rutiner,
- vara delaktig vid egenkontroll,
- utföra beslutade åtgärder,
- delta vid utveckling av arbetsrutiner och metoder.

Ansvar för avvikelser innebär att

- följa upprättade riktlinjer, direktiv och rutiner,
- hantera synpunkter, klagomål och skyldighet att rapportera avvikelser,
- analysera avvikelser och vidta åtgärder och följa upp åtgärdernas effekt,
- vara delaktig i händelseanalys av avvikelser och vidta åtgärder,
- delta vid utveckling av arbetsrutiner och metoder.

4 Struktur för uppföljning och utvärdering

Genom en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalité säkras processer och rutiner utifrån styrande mål och krav. Egenkontroller ska göras med en frekvens och omfattning som krävs för att säkra att verksamheten bedriver en Hälso- och sjukvården som uppfyller kraven på en god vård. Vård- och omsorgsnämnden följer hälso- och sjukvårdens kvalité genom internkontroll, verksamhetens egenkontroll samt förvaltnings övergripande uppföljning och kontroll.

Patientsäkerhetsdialog

Medicinskt ansvariga följer fortlöpande upp kvalitet och patientsäkerhet genom patientsäkerhetsdialoger tillsammans med berörda chefer i verksamheten i såväl kommunal som privat regi. Syftet med patients kerhetsdialogen  r att genom gemensam uppföljning och dialog kring resultat, stödja utvecklingen av kvalitet och patientsäkerhet. Dialogen görs utifrån kommunens samlade hälso- och sjukvårdsansvar.

Nationella kvalitetsregister

Verksamheten ska medverka i f r kommunen aktuella nationella kvalitetsregister. Resultaten användas för lärande i det fortlöpande förbättringsarbetet med syfte att minska risk för vårdskada. Analys av resultat genomförs av verksamheterna fortlöpande och tas upp i samband med patients kerhetsdialogen. Analys av kvalitetsregistrens resultat genomförs även på en förvaltningsövergripande nivå av medicinskt ansvariga och rapporteras till vårdgivaren.

Nationell kvalitetsportal

I den Nationella kvalitetsportalen presenteras rapporter som antingen mer översiktligt eller lite mer i detalj baserade på nationella indikatorer berör slutenvård, förebyggande insatser, läkemedelsförskrivning till äldre, demenssjukvård och vård i livets slut. Regeringen och Sveriges kommuner och landsting ingick en överenskommelse om insatser för att utveckla v rden och omsorgen om de mest sjuka äldre. Syftet med överenskommelsen var att stimulera, utveckla och stärka ett mer långsiktigt arbete kring en sammanhållen vård och omsorg f r de mest sjuka äldre. Resultaten från satsningen presenterades i en utdataportal som sedan byggdes om till en kvalitetsportal. Resultat från kvalitetsportalen har till viss del använts i patientsäkerhetsarbetet under året.

Nationell punktprevalensmätningar - PPM

Samtliga kommuner erbjuds att delta i den nationella punktprevalensm tningen (PPM) avseende trycksår och fall två gånger per år samt den nationella punktprevalensm tningen av vårdrelaterade infektioner, en gång per  r.

Öppna jämförelser – Nationell rapport

Öppna Jämförelser är en nationell sammanställning av resultat som belyser kvaliteten på vård- och omsorg utifrån olika perspektiv och områden. Resultaten utg r underlag för

uppföljning av medicinska resultat och kvalitet. Utfallet analyseras och förbättringsområden identifieras.

Nationell brukarundersökning

Brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* genomförs årligen av Socialstyrelsen. Sammanställning av enkätsvaren följs upp på förvaltningsövergripande nivå och i verksamheterna. Patienten är en resurs i planering och genomförande av den egna vården och bidrar till det systematiska patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer i vården genom att delta i enkäter.

Nationell kommunal enkätundersökning

Varje år på uppdrag av Socialstyrelsen erbjuds verksamhetsansvariga inom kommunernas, hemtjänstverksamheter och särskilda boenden inom äldreomsorgen att svara på frågor om verksamheternas innehåll i en nationell kommunenkät. Enhetsundersökningen redovisar resultat på enhetsnivå för hemtjänst respektive för särskilt boende.

Observationer

Verksamheterna genomför hygienobservationer av följsamhet till klädregler och basala hygienregler. Enhetschefen för varje enhet ansvarar för att årligen genomföra en egenkontroll med syfte att säkerställa en god hygienisk standard. Vård- och omsorgskontorets hygiensjuksköterska genomför tillsammans med ansvariga enhetschefer en fördjupad hygienrond på utvalda enheter under året.

Granskningar

Granskningar utförs med olika syften. Val av granskning utgår från föregående års resultat och relaterat till risk för vårdskada och patientsäkerhet.

Förvaltningsövergripande – Kvalitet, utveckling och lärande, KUL

En samlad analys av verksamhetens resultat genomförs av kvalitets- utvecklings- och lärandegruppen (KUL). De utvecklingsområden som identifieras och prioriteras omsätts i verksamhetsplaner eller i särskilda uppdrag.

Utredning av avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskada samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en motsvarande rapporteringsskyldighet även när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamhetens. Inkomna rapporter, synpunkter och klagomål ska snarast hanteras och åtgärdas i verksamheten som en grund i verksamhetens systematiska förbättringsarbete. På en förvaltningsövergripande nivå sammanställs och analyseras avvikelser två gånger per år för att identifiera mönster och trender som indikerar brister i hälso- och sjukvårdens kvalitet.

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

Under 2015 har flera aktiviteter genomförts med syfte att öka patientsäkerheten. Även aktiviteter som pågått sedan tidigare år har fortsatt.

Patientsäkerhetsdialog

Patientsäkerhetsdialogen belyser alla områden som ingår i det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Framtagen mall har under året utvecklats och används nu vid patientsäkerhetsdialoger inom alla verksamhetsområden samt med privata utförare.

Avvikelsehantering - Utredning avvikelser

Alla avvikelser, det vill säga inkomna synpunkter och klagomål och rapporterade vårdskador eller risk för vårdskador, ska utredas. Utifrån identifierade bakomliggande orsaker till händelser planeras och genomförs adekvata åtgärder för att eliminera eller minska risk att liknande händelser inträffar igen. Verksamheten ska genom egenkontroll följa upp åtgärders effekt i det fortlöpande förbättringsarbetet. Förvaltningsövergripande sammanställs avvikelser vid del- och helårsuppföljning för att påvisa trender och identifiera förbättringsområden.

Nationella kvalitetsregister

Vårdprevention – Riskbedömning fall, trycksår, undernäring och munhälsa

Ett av vård- och omsorgsnämnden prioriterade utvecklingsområden är att säkra arbetet med att erbjuda patienter riskbedömning för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Som stöd i arbetet används det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Alla personer över 65 år, men även yngre med risk, ska erbjudas riskbedömning. Patienter med risk ska erbjudas förebyggande åtgärder utifrån identifierade behov samt en uppföljning för att säkerställa genomförda åtgärders effekt. Nya riskbedömningar ska göras fortlöpande enligt individuell planering.

En styrgrupp finns och representeras av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, enhetschefer och medicinskt ansvariga. Gruppen har tagit fram en struktur för att organisera, följa upp och kvalitetssäkra arbetet. Resultat sammanställs och ligger till grund för verksamhetens arbete med att uppnå kvalitetsmål inom respektive område.

Senior alert är ett kvalitetsregister för personer som är 65 år eller äldre. Med hjälp av registret underlättas identifieringen av patienter med risk för att falla, få trycksår, bli undernärda eller få försämrad munhälsa. Registret bidrar till att verksamheterna arbetar med patienten utifrån en vårdpreventiv process som liknar omvårdnadsprocessen.

Vård i livets slutskede

Norrköpings kommun arbetar utifrån *Nationella vårdprogrammet för palliativ vård 2012-2014* och *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård*. Alla särskilda boenden registrerar i *Svenska Palliativregistret* och målet är att alla som avlider på särskilt boende (inklusive privata vårdgivare) ska registreras i registret. Norrköpings kommun följer nationella målvärdena som är framtagna utifrån kvalitetsområden i Svenska Palliativregistret. I kommunens särskilda boende finns palliativa ombud med uppdrag att vidareutveckla den palliativa vården inom kommunen. På grund av svårigheter att upprätthålla kontinuitet bland de palliativa ombuden kommer ett Palliativt team istället inrättas. Uppdrag och ansvar för nuvarande styrgrupp kommer i samband med detta att ses över.

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivaren 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. Resultatet i registret används för att mäta, förbättra och följa upp kvaliteten i vården.

Vård av personer med demenssjukdom - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)

Vård och Omsorgskontoret arbetar utifrån *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Kommunen är anmäld till BPSD-registret som utgår från de nationella riktlinjerna. Målsättningen är att det ska finnas ett BPSD-team på varje enhet där det bor en person med beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens kan t.ex. vara aggressivitet, hallucinationer, sömnstörningar, apati och oro. I Norrköpings kommuns egen verksamhet finns det tre certifierade BPSD utbildare och inom den privata verksamheten finns en certifierad utbildare

BPSD är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att kvalitetssäkra vården, minska BPSD och lidandet som detta innebär och att genom detta öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. BPSD registret ger stöd i implementeringen av de Nationella Riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. De nationella riktlinjerna och BPSD-registret utgår från ett teambaserat arbetssätt.

Handlingsplanen för god demensvård, god vård i livets slutskede, preventivt arbetssätt, god läkemedelsanvändning och sammanhållen vård och omsorg - Nationell kvalitetsportal

I den Nationella kvalitetsportalen presenteras rapporter som antingen mer översiktligt eller lite mer i detalj baserade på nationella indikatorer berör slutenvård, förebyggande insatser, läkemedelsförskrivning till äldre, demenssjukvård och vård i livets slut.

Äldre personer med omfattande och komplexa vård- och omsorgsbehov är en växande grupp och har behov av en sammanhållen vård och omsorg. Regeringen och Sveriges kommuner och landsting ingick en överenskommelse om insatser för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre som gällde fram till och med år 2014. Syftet med överenskommelsen var att stimulera, utveckla och stärka ett mer långsiktigt arbete kring en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. En strategisk handlingsplan togs fram för Östergötland som reviderades inför 2014. Fokus i revidering var att säkerställa att det systematiska

arbetssättet skulle finnas kvar även efter att den statliga satsningen avslutades i december 2014. Handlingsplanen innehåller de olika delarna som den statliga överenskommelsen byggde på.

Nationella punktprevalensmätningar - PPM

Punktprevalensmätning trycksår och fall

Uppföljning genomförs två gånger under året och ligger till grund för förbättringsarbetet med att förebygga och minska trycksår och fallskador. Under en vecka bedöms förekomsten av antal trycksår och andelen fallskador. Mätningen består av observation, riskbedömning och journalgranskning på ett strukturerat sätt. Resultaten förs in i kvalitetsregistret Senior alert.

Vård och omsorgskontoret har tagit ett förvaltningsövergripande beslut att genomföra punktprevalensmätning avseende trycksår och fall två gånger per år. Inför årets mätningar bestämdes att särskilda boenden med tillräcklig sjuksköterskebemanning skulle delta.

Punktprevalensmätning vårdrelaterade infektioner

Uppföljningen genomförs en gång per år och ger en bild av vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling. Resultaten förs in i kvalitetsregistret Senior alert. Mätningen ligger till grund för förbättringsarbete som ska leda till färre vårdrelaterade infektioner och förbättrad antibiotikaanvändning.

Vård och omsorgskontoret har tagit ett förvaltningsövergripande beslut för att genomföra punktprevalens mätning (PPM) avseende vårdrelaterade infektioner. I årets mätning beslutades att två särskilda boenden inom äldreomsorg samt två särskilda boenden, inom funktionsnedsättningsområdet skulle delta.

Öppna jämförelser – Nationell rapport

Öppna jämförelse - Vård och omsorg om äldre belyser kvaliteten på vård och omsorg utifrån olika perspektiv och områden avseende särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende. Resultaten är bland annat hämtade från nationella kvalitetsregister så som Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD, nationell brukarundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* och nationell *Kommun- och enkätundersökning*, en enkät som vänder sig till verksamhet.

Kommunerna har med hjälp av *Öppna jämförelser* möjlighet att analysera sina resultat på enhetshets- och verksamhetsnivå samt jämföra den egna verksamheten med andra utifrån ett antal indikatorer och bakgrundsmått. Syftet med *Öppna jämförelser* är att stimulera kommuner och landsting att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Verksamheten ansvarar för sina resultat.

Öppna jämförelser för 2015 har inte offentliggjorts i skrivande stund. Resultat från Kommun- och enhetsundersökningen och Brukarundersökningen redovisas under respektive kapitelrubrik i denna berättelse

Nationell brukarundersökning – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen

Socialstyrelsen undersöker årligen genom *Brukarundersökningen* de äldres uppfattning om vård och omsorg. Undersökningen vänder sig till alla personer över 65 år med hemtjänst i ordinärt boende eller boende på särskilt boende. I undersökningen ingår frågor om hur lätt eller svårt det är att få träffa läkare och sjuksköterska vid behov samt få kontakt med personal

på äldreboendet eller hemtjänstpersonal vid behov. Förutom frågor kring tillgänglighet ingår frågor omkring hälsa, hjälpens utförande, bemötande och trygghet. Även dessa frågor kan vara relaterade till hälso- och sjukvård. Verksamheten ansvarar för sina resultat.

Under kapitlet 12 Resultat, redovisas resultatet för tillgängligheten till vård och omsorg i särskilt boende och hemtjänst.

Nationell kommunal enkätundersökning

I årets undersökning erbjöds verksamhetsansvariga för hemtjänstverksamheter och särskilda boenden att svara på enkäten. I undersökningen ingår flera frågor som rör hälso- och sjukvårdens område bland annat om det på enheten finns tillgång till träningslokal, tillgång till styrke- och balansträning, andel personer över 65 år med behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder, andel personer som har namngiven kontakt med en legitimerad personal, andel personer med aktuell vårdplan, andel personer över 65 år i särskilt boende med basal utredning avseende urinläckage, andel personer över 65 år i särskilt boende med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel och andel personer vid enheten som fått en enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång det senaste året. Verksamheten ansvarar för sina resultat.

Observationer

Hygien - Minska vårdrelaterade infektioner

Arbetet för att förhindra vårdrelaterade infektioner samt motverka utvecklingen och spridningen av smitta är ett av vård- och omsorgsnämnden prioriterade utvecklingsområden.

Målet i vård- och omsorgsnämndens uppdragsplan för 2015 är att risken för smittspridning i vården ska minska. Måluppfyllelsen är att basala hygien- och klädrutiner efterföljs till 100 procent enligt registrerade observationsstudier.

Med vårdrelaterad infektion (VRI) menas infektion som uppkommer hos person under sluten vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning
Socialstyrelsens termbank

Hygienobservationer

Varje våning/avdelning/enhet ska genomföra minst 10 hygienobservationer varje månad. Enheterna har hygienobservatörer som genomför observationer och registrerar resultaten i en databas. Resultaten publiceras löpande på vård- och omsorgskontorets intranät och följs upp på alla ledningsnivåer. Medicinskt ansvariga har i samverkan med Vårdhygien inom Region Östergötland beslutet att acceptabla mål värden för följsamhet till klädregler är 95 procent och 90 procent för följsamhet till basala hygienregler. Värdet är fastställt på studier som påvisat att smittspridning minskar vid dessa nivåer.

Egenkontroll av enhetens hygieniska standard – hygienrund genomförda av enhetschef

Enhetschefer på kommunala enheter och verksamhetschefer för privat enheter ska tillsammans med någon/några medarbetare genomföra egenkontroll av enhetens hygieniska standard en gång per år. Egenkontrollen utgår från frågeställningar som tagits fram i samverkan med Vårdhygien, Region Östergötland. Identifierade förbättringsåtgärder sammanställs till en åtgärdsplan. Uppföljning görs i samband med nästkommande egenkontroll/rond.

Hygienronder – genomförda av hygiensjuksköterska

Hygiensjuksköterskan ska genomföra ett antal hygienronder under året tillsammans med enhetschefer i kommunal regi och verksamhetschefer i privat regi. I samband med ronden kontrolleras följsamhet till hygiendirektiv och lokaler kontrolleras ur ett vårdhygieniskt perspektiv. Efter varje rond sammanställs de åtgärder som behöver vidtas för att säkra hygienkraven. Enhetschef/verksamhetschef ansvarar för att upprätta en åtgärdsplan och att samtliga åtgärder genomförs. Resultaten förvaltas av enheterna och följs upp vid kommande hygienrond.

Utbildning hygien

Hygiensjuksköterskan anordnar såväl grundutbildning samt utbildning i avancerad vårdhygien. Vid behov genomförs hygienutbildning riktade till enskilda enheter.

Region Östergötlands arrangerar kateterutbildning för sjuksköterskor med målet är att minska de vårdrelaterade infektionerna i samband med användandet av urinvägskateter. Norrköpings kommun utser representanter som efter avslutad utbildning ansvarar för att utbilda medarbetare inom sin verksamhet.

Granskning

Journalgranskning - Rehabiliteringsnivåbedömning i särskilt boende

Granskning genomförs i samband med uppföljning av kommunen skyldighet att tillgodose rehabiliteringsbehov hos personer i särskilt boende och inom daglig verksamhet. Alla som bor i särskilt boende ska erbjudas rehabiliteringsnivåbedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut i samband med att de flyttar till sin lägenhet. Därefter ska det erbjudas en ny bedömning om patientens hälsotillstånd förändras, eller det av annat skäl finns behov av en ny bedömning. Om patienten tackar nej till bedömningen har den fortfarande samma rätt till rehabiliteringsinsatser.

Inom äldreomsorgen ska 90 procent ha erbjudits en rehabiliteringsnivåbedömning inom tre veckor efter att de flyttat till särskilt boende och inom verksamhet för personer med funktionsnedsättning ska 80 procent ha erbjudits en rehabiliteringsnivåbedömning senast tre månader efter att de flyttat till ett särskilt boende. Inom korttidsverksamheten i äldreomsorgen ska 80 procent ha erbjudits en bedömning inom en vecka efter att patienten kommit till enheten

Journalgranskning – Uppsökande och nödvändig tandvård

Region Östergötland har ansvar för att personer som ingår i personkretsen för rätten till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds detta. Regionen tecknar avtal med tandvårdsutförare för den uppsökande verksamheten. I avtalet anges kvalitetsmål. En skriftlig överenskommelse finns mellan regionens tandvårdsenhet och länets samtliga kommuner där kraven kring samarbete tydliggörs. Tandvårdsenheten sammanställer årligen antalet personer som tackat ja till munhälsobedömning, erhållit bedömning samt utbildningar som genomförts av tandvårdsutföraren till omvårdnadspersonal.

Utredning av avvikelser

Inom verksamheterna genomförs händelseanalysutredningar för ärenden med hög allvarlighetsgrad. Händelseanalyserna har också legat till grund för att klargöra om händelserna varit så allvarliga att de skulle lex Maria anmälas. Omkring allvarliga händelser tas handlingsplaner fram, åtgärder planeras och genomförs för att förhindra att liknande

händelser åter inträffar. Uppföljning och riskanalys kring inträffade händelser är ett identifierat förbättringsområde.

Journalgranskning - läkemedelsbehandling - optimera läkemedelsbehandlingen och minimera förekomsten av läkemedelsrelaterade problem

Granskning genomförs i samband med uppföljning av läkemedelsbehandling. Ett av målen gällande patientsäkerhet i vård- och omsorgsnämndens uppdragsplan för 2015 är att alla patienter som bor i särskilt boende årligen ska få en säkrad läkemedelsbehandling.

Syftet med läkemedelsgenomgång är att optimera läkemedelsbehandlingen och minimera förekomsten av läkemedelsrelaterade problem. Alla patienter med hemsjukvård (omfattar ordinärt boende, särskilt boende och korttidsboende) ska årligen erhålla en enkel läkemedelsgenomgång. Region Östergötlands riktlinje *Enkel läkemedelsgenomgång inom hemsjukvård Östergötland*, är en länsövergripande riktlinje som är framtagen i samverkan med länets kommuner. I den överenskommelse om läkarmedverkan som boendet har med vårdcentral ska årlig läkemedelsgenomgång tydliggöras. Läkaren ansvarar för att läkemedelsgenomgång genomförs. Verksamheten ansvarar för att personalen har kompetens kring en god och säker läkemedelsbehandling och att kompetensen upprätthålls.

Granskning av läkemedelshanteringen

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs av Apoteket AB en gång per år enligt avtal. Uppdraget omfattar en årlig kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd och rutiner för läkemedelshantering för vård- och omsorgskontoret. Granskningen genomförs av farmaceut på samtliga enheter där ett förråd med läkemedel för generell- och akut ordination finns. Medicinskt ansvariga har upprättat kvalitetsparametrar för att säkra läkemedelsförrådets hantering. Parametrar som följs upp är verksamheternas lokala rutiner, förvaring i läkemedelsförråd, narkotikakontroll, nyckelhantering, förvaring av läkemedel hos patienter, transport och mottagande av läkemedel samt kassation av läkemedel.

Granskning av verksamhet

Vid behov görs riktad och fördjupad uppföljning av verksamheter eller individärenden utifrån patientsäkerhet. Exempel på områden som uppföljningen kan omfatta:

- Rutiner för hantering av synpunkter och klagomål
- Egenkontroller
- Verksamhetsberättelse
- Verksamhetsplan
- Patientsäkerhetsberättelse
- Socialstyrelsens brukarundersökning
- Rehabilitering
- Hygienobservationer och hygienronder
- Läkäröverenskommelse
- Utredning av avvikelser
- Förebyggande vård – fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen
- Vård i livets slut
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Inhämtande av samtycke

Granskning av informationssäkerhet – i verksamhetssystem

Enligt patientdatalagen ska vårdgivaren se till att åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras. Vårdgivaren ska göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter. Kontrollerna ska göras genom fortlöpande uttag och granskning av loggar ur verksamhetssystemen. Under året har ett arbete med att ta fram tydliga rutiner för loggkontroller genomförts.

Granskning av kommunikation och informationssäkerhet

Att kommunicera på ett säkert sätt är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Verktuget SBAR ger struktur åt dialoger i vården. Utredningar av avvikelser identifierar att en bristande kommunikation är en vanlig bakomliggande orsak i samband med händelser där vårdskada eller risk för vårdskada uppkommit. Metod för strukturerad kommunikation, SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) har succesivt införts i verksamheten för att minska riskerna vid överföring av muntlig och skriftlig information.

Information förmedlas ofta i direkt kontakt mellan vårdpersonal, mellan vårdande enheter och med patient/närstående. Att använda en metod för strukturerad kommunikation, SBAR minskar riskerna för fel vid överföring av muntlig och skriftlig information. Kommunen och Regionen i Östergötland förordar användandet av denna metod för kommunikation och informationsöverföring.

SBAR		
S Situation	Vad är anledningen till kontakt?	Ange: eget namn, enhet, patientens namn, ålder
B Bakgrund	Kortfattad relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd	Tidigare o nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport om aktuella problem/behandling tills nu.
A Aktuellt tillstånd	Status Bedömning	Vitala parametrar efter ABCDE. Jag tror problemet är...
R Rekommendation	Åtgärd Tidsram Bekräftelse	Därför vill jag.. Hur ofta? Hur länge? När?.. Vi är överens om ...

SBAR korttidsboende

Ett samarbete initierades år 2014 mellan Region Östergötland och vård- och omsorgskontoret för att kvalitetssäkra samverkan mellan läkare och sjuksköterskor på korttidsboende. Ett utvecklingsområde som identifierades var att förbättra kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor i samband med ”rond”. Det fortsatta implementeringsarbetet av metoden SBAR ska fortsätta lokalt på respektive korttidsboende.

SBAR hemsjukvård

I samband med genomförande av hemsjukvårdsreform har SBAR uppmärksammats av primärvård och hemsjukvård då det ingår i överenskommelsen mellan Region Östergötland och kommunerna. Inom hemsjukvården används en strukturerad blankett utformad enligt SBAR för rapportering inom verksamheten. Detta arbetssätt ska också användas vid kommunikation med andra vårdgivare.

Panorama

Panorama är en översikt som samlat visar information från flera IT-stöd om en patient. Informationen kommer från olika vårdgivare inom Region Östergötland. Panorama följer det regelverk som patientdatalagen föreskriver för sammanhållen journalföring.

Under 2013 pågick projekt för att göra Panorama tillgängligt för kommunernas hemsjukvård. Genom att legitimerad personal själva kan söka information i Regionens patientöversikt tillgängliggörs möjligheten till nödvändig dokumentation om patienten och därmed öka patientsäkerhet. Panorama används idag av hemsjukvårdens legitimerade i ordinärt boende och på ett korttidsboende inom vård- och omsorgskontoret.

Förvaltningsövergripande – Prioriterade utvecklingsområden

Enligt framtagna riktlinje ska en samlad analys genomföras varje år av verksamhetens riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser på en förvaltningsövergripande nivå. Syftet är att förvaltningsövergripande identifiera utvecklingsområden. Den samlade analysen genomförs i KUL-gruppen¹ och är förvaltningsledningens kontroll för verksamhetens kvalitet. Beslut om förbättringsåtgärder omsätts i handling bland annat via uppdrag, verksamhetsplaner och i samband med patientsäkerhetsdialoger. Under året har flera utvecklingsområden pågått och redovisas nedan.

Läkemedelshantering

Vård- och omsorgskontoret ska kvalitetssäkra läkemedelshanteringens inom vård och omsorg. Målet för uppdraget är att utifrån bakomliggande orsaker ta fram och genomföra förbättringsåtgärder och eventuella förändringar av processer och rutiner som säkerställer läkemedelshanteringens.

Via områdeschefer har läkemedelshanteringsgruppen inhämtat sammanställningar omkring brister, bakomliggande orsaker, planerade och vidtagna åtgärder samt uppföljning av åtgärderna. KUL:s läkemedelshanteringsgrupp har på förvaltningsnivå sammanställt de övergripande brister, bakomliggande orsaker och förslag till åtgärder som framkommit. Utifrån resultatet har gruppen beslutat om åtgärder som ska vidtas för att kvalitetssäkra läkemedelshanteringens och uppföljning av åtgärderna inom hela vård- och omsorgskontorets verksamhet.

Åtgärden består av att en arbetsgrupp med verksamhetsföreträdare startas med uppdrag att upprätta en handlingsplan med konkreta åtgärder mot de konstaterade bakomliggande orsakerna som framkommit utifrån rapporterade avvikelseggrupper samt hur dessa åtgärder ska följas upp för att förhindra att liknande händelser åter inträffar.

¹ KUL-gruppen- Kvalitet- utveckling- lärande, en grupp som arbetar förvaltningsövergripande med kvalitetsfrågor.

Uppföljning av enskilda placeringar på övergripande nivå

Vård- och omsorgskontoret ska försäkra sig om att de företag som anlitas där enskilda brukare placeras bedriver en verksamhet med kvalitet utifrån fastställda krav. En arbetsgrupp inom vård- och omsorgskontoret har fått i uppdrag att ta fram en lämplig metod för att följa upp privata utförarens verksamhet där enskilda placeringar planeras eller pågår. I uppdraget ingår även att göra en översyn av avtalsmallar som tecknas med privata utförare för enskilda placeringar för att rätt krav ska ställas på företagen i avtal. Parallellt med detta uppdrag har ett förförfrågningsunderlag tagits fram inför ramavtalsupphandling avseende enskilda placeringar, som blev klar december 2015.

Utformning av vård- och omsorg om personer med demenssjukdom

För att utveckla och förbättra strategisk planering och beredning av den demensinriktade vårdens och omsorgens framtida utveckling utformades en uppdragsspecifikation i januari 2014 och en arbetsgrupp utsågs för att utföra utvecklingsarbetet. Syftet med arbetsgruppen var att stödja verksamheten att uppnå kvalitet utifrån lagkrav, evidens och vård- och omsorgsnämndens styrdokument i leveransen av tjänster till personer med demenssjukdom. Utvecklingsarbetet har skett enligt den handlingsplan som togs fram för 2014 - 2015. Handlingsplanen omfattade sju utvecklingsområden: riktlinjer, uppdrag och rekrytering till demensteam, kvalitetsregister, information, kompetensutveckling, ordinärt boende och särskilt boende. Utveckling har skett inom samtliga sju områden och resultaten kommer att redovisas i en rapport till vård- och omsorgsnämnden i mars 2016. Resultaten omfattar bland annat nya antagna riktlinjer, nytt uppdrag och en utökning av tjänsterna i demensteamet, beslut om konvertering av platser utan inriktning i särskilt boende för att skapa fler demensinriktade platser samt olika utbildningssatsningar.

En ny uppdragsspecifikation för fortsatt utvecklingsarbete 2016 med särskild inriktning mot personer med demenssjukdom i ordinärt boende har påbörjats och en ny arbetsgrupp i samarbete med region Östergötland planeras för att genomföra uppdraget.

Utveckling av vård- och omsorgskontorets ledningssystem

I samband med att vård- och omsorgsnämnden beslutade om ny ram för ledningssystemet påbörjade vård- och omsorgskontoret ett arbete med att uppdatera och utveckla det systematiska förbättringsarbetet. Fyra arbetsgrupper tillsattes för ta fram riktlinjer för dokumentstyrning, egenkontroll, riskanalys samt utredning av avvikelser med syfte att vara ett stöd för verksamheten. Arbetet skulle slutföras under året.

6 Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att verksamhetens kvalitet ska kunna säkras. Egenkontrollen görs på många olika sätt och i denna patientsäkerhetsberättelse återfinns de viktigaste.

Internkontrollplan – vård och omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsområde	
Informationssäkerhet	Loggkontroll Verksamhetssystem Sofia Omfale, Treserva Ansvar: PUL-ombud Frekvens: Stickprov 1g/kvartal
Bemanning	Bemanning, kommunala enhetens personaltäthet Ansvar: Ekonomer Frekvens: 1 g/månaden

Uppföljning och kontroll – Medicinskt ansvariga

Patientsäkerhetsdialog	
Patientsäkerhetsdialog	Medicinskt ansvariga följer fortlöpande upp patientsäkerhet genom patientsäkerhetsdialog i samverkan med berörda chefer. Frekvens: 2-8 gång per år
Nationella kvalitetsregister	
Vårdprevention – Senior alert	Vårdprevention, riskbedömningar fall, trycksår, munhälsa, undernäring. Frekvens: sammanställning av resultat 2 gånger per år
Vård i livets slutskede – Svenska Palliativregistret	Vård i livets slutskede. Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
Vård av personer med demenssjukdom - BPSD	Vård av personer med demenssjukdom - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Antal kompletta bedömningar BPSD, Antal personer som nydiagnostiserats med demenssjukdom. Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år
SveDem	Antal personer som nydiagnostiserats med demenssjukdom. Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år
Nationell kvalitetsportal	Handlingsplanen för god vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Undvikbar slutenvård, återinskrivningar, olämpliga läkemedel ≥ 75 år, antipsykotiska läkemedel ≥ 75 år, antiinflammatoriska läkemedel ≥ 75 år, Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år

Nationell punktprevalensmätning	
PPM-Trycksår och fall	En punktprevalensmätning av trycksår och fall. Mätning genomförs vid två mätperioder v.11 och v. 40. Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
PPM-Vårdrelaterade infektioner	En punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner. Mätning genomförs en gång årligen, v.46- v.47. Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
Enkätuppföljning	
	Öppna jämförelser – nationell rapport Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
	Brukarundersökning – nationell enkätundersökning. Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
Observationer	
Hygien	Hygienobservationer av hygien- och klädregler – Lokalt kvalitetsregister Frekvens: Sammanställning av resultat 2 gånger per år.
	Egenkontroll av enhetens hygieniska standard utförd av enhet Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
	Hygiensjuksköterskas hygienrond på enhet Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
Granskning	
Journal	Uppföljning av rehabiliteringsnivåbedömningar Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per månad.
Journal	Uppföljning av uppsökande tandvårdsverksamhet. Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
Journal	I samband med utredning av inträffade händelser och vid inkomna synpunkter och klagomål. Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gånger per år.
Journal	Uppföljning av läkemedelsbehandling Frekvens: Sammanställning av resultat 2 gånger per år.
Läkemedelshantering	Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
Granskning av verksamhet	Uppföljning av verksamhetens kvalitet. Frekvens: Initieras efter behov av uppkomna brister i patientsäkerhet.
Utredning avvikelser	
	Rapporterade avvikelser - vårdskada/risk för vårdskada, inom VoK - Lokalt kvalitetsregister Frekvens: Sammanställning av resultat 2 gånger per år.
	Rapporterade avvikelser - vårdskada/risk för vårdskada, mellan vårdgivare - Lokalt kvalitetsregister Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
	Anmälan enligt lex Maria samt anmälan till läkemedelsverket. Frekvens: Sammanställning av resultat 2 gånger per år.

	Synpunkter & klagomål, vårdskada/risk för vårdskada - Lokalt kvalitetsregister Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.
	Synpunkter och klagomål till Inspektionen för vård och omsorg - yttranden Frekvens: Sammanställning av resultat 2 gånger per år.
	Synpunkter och klagomål till patientnämnden - Regionalt kvalitetsregister Frekvens: Sammanställning av resultat 1 gång per år.

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan mellan olika verksamheter och med andra vårdgivare är avgörande för att öka patientsäkerheten. Inom kommunen sker samverkan i olika konstellationer. Många rutiner är framtagna gemensamt mellan kommunerna och Region Östergötland och arbetet med att implementera uppdaterade rutiner pågår ständigt.

Det gemensamma IT stödet Meddix används för informationsöverföring vid vårdplanering och för patienter som får insatser i hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunens legitimerade medarbetare i hemsjukvård i ordinärt boende och på ett korttidsboende kan ta del av landstingets patientjournal via läsöversikten Panorama.

Många patienter får hälso- och sjukvård både av Regionen och kommunerna. Det behövs en god samverkan för att garantera trygg och säker vård. Sedan 2012 finns en länsövergripande strategisk ledningsgrupp med alla länets socialchefer och landstingets närsjukvårdsdirektörer. I de tre länsdelarna finns också sedan flera år tillbaka samverkansforum på strategisk och operativ nivå för vård och omsorg.

På länsnivå finns Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp. I ledningsgruppen ingår medicinskt ansvariga från länets 13 kommuner. Gruppen samverkar kring utveckling och tydliggörande av kommunala hälso- och sjukvårdsfrågor. Syftet är att erbjuda vård på lika villkor i länet. Vidare samverkar gruppen med Region Östergötland samt fattar beslut i strategiska frågor rörande vård- och behandling. Vissa frågor processas i arbetsgrupper och i dialog med socialchefsnätverket samt utifrån karaktär med Region Östergötland.

Kommunen och Region Östergötland samverkar i olika utvecklingsaktiviteter, till exempel preventivt arbete med bättre läkemedelsanvändning och preventivt arbete avseende fall, undernäring, trycksår, palliativ vård och samt samverkan kring patienter med rehabiliteringsbehov. Exempel på samverkan med Region Östergötland och andra kommuner:

- Operativ samverkan öster
- Läkemedelsråd i öster
- Östra länsdelen – Avvikelser mellan vårdgivare och andra aktörer
- Länsgrupp – Hjälpmedelsråd med arbetsgrupper
- Länsbrukarråd – hjälpmedel
- Styrgrupp – Region, länets kommuner och hjälpmedelsleverantör
- Länsgrupp - Inkontinensfrågor
- Nätverk rehabilitering – Samverkan rehabilitering
- Länsgrupp – Tandvårdsenheten
- Norrköping – Samverkansgrupp psykiatri
- Norrköping – Chefssamverkan med hemsjukvård, primärvård, slutenvård och rehabilitering
- Palliativt kompetenscentrum – utbildning

Här beskrivs några exempel på forum och innehåll för samverkan

Läkemedelsråd i öster

Syftet med läkemedelsrådet är att effektivisera läkemedelshanteringen och att minska andelen läkemedelsrelaterade problem hos patienter. Detta ska leda till en högkvalitativ och säker läkemedelsanvändning i hela vårdkedjan. Läkemedelsrådet är rådgivande ut till verksamheten gällande läkemedelsfrågor. Läkemedelsrådet kan initiera och driva utvecklingsprojekt samt ta fram mål och mått avseende kvalitetsuppföljningar omkring följsamhet och förskrivning. I läkemedelsrådet ingår läkare från olika sjukhuskliniker, primärvård och privata vårdgivare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska från en kommun. Läkemedelsrådet träffas 2-3 gånger per termin och minnesanteckningar sprids till alla kommuner och andra berörda. Frågor från alla kommuner i öster kan aktualiseras via medicinskt ansvarig sjuksköterska som ingår i rådet.

Östra länsdelen – Avvikelser mellan vårdgivare och andra aktörer

Arbetsgruppen verkar för att övergångarna mellan vårdgivare och andra aktörer ska optimeras genom en väl fungerande kommunikation och informationsöverföring, att medarbetare har god kunskap om vårdkedjor och att väl fungerande samverkansrutiner finns. Inför varje verksamhetsår fastställer arbetsgruppen en års- och aktivitetsplan. Under året analyseras avvikelser för att identifiera systemfel och öka kunskapen om bakomliggande orsaker till händelser. En kontinuerlig rapportering sker till OSÖ²- grupperna för att initiera förbättringsåtgärder.

Projekt ”Revidering av riktlinjer för läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård och tandvård i Östergötland”

Arbetsgruppen som reviderat riktlinjen publicerade tillsammans med Läkemedelsenheten Region Östergötland sitt färdigställda arbete på Regionens webbsida i oktober 2015. Syftet med riktlinjen är att uppnå en enhetlig läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård samt tandvård i Östergötland. Målet är att säkerställa patientsäkerheten. Riktlinjen ersätter den tidigare instruktionen ”Läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård och tandvård i Östergötland” från 2003. Riktlinjen är gemensam för sluten vård, öppen vård, primärvård, kommunal vård och tandvård. Riktlinjen för läkemedelshantering har tagits fram av en arbetsgrupp på uppdrag av vårddirektören inom Region Östergötland och kommunrepresentanter från alla tre länsdelarna har ingått i arbetsgruppen.

Länsgemensamt hjälpmedelsråd

Hjälpmiddel är liksom läkemedel och medicinska åtgärder en del i att förbättra patientens förutsättningar för ett självständigt och gott liv, utan onödiga begränsningar i funktion eller i förmåga till aktivitet i det dagliga livet och delaktighet i samhällslivet. Hjälpmiddelrådets funktion är att:

- skapa samsyn kring hjälpmedelsförskrivning,
- ta fram förslag till förskrivningsbart sortiment och vad som betraktas som hjälpmedel,
- revidera hjälpmedelsguide och behovstrappor,
- följa hjälpmedelsutvecklingen,
- ge stöd vid tolkning av anvisningar.

² OSÖ- Arbetsgrupper operativ samverkan öster, arbetar på uppdrag av arbetsgrupp Strategisk samverkan öster SSÖ

Länsbrukarrådet

I länsbrukarrådet har brukar- och intresseorganisationerna möjlighet att bidra med synpunkter och kunskaper inom hjälpmedelsområdet. Brukarorganisationerna i länet har representation i Länsbrukarrådet. Länsbrukarrådet är ett viktigt forum för delaktighet i länets hjälpmedelsfrågor på grupp- och organisationsnivå.

Region, kommuner och hjälpmedelsleverantör - Styrgrupp

Styrgruppens uppdrag är att följa upp följsamheten till avtalet vilket innefattar bl.a. kvalitet, avvikelser, tillbud, leveranstider, statistik över volymer och utvecklingsbehov.

Länsgrupp – Tandvårdsenheten

I en överenskommelse tydliggörs samarbetet mellan Region Östergötland tandvårdsenhet och samtliga kommuner i Östergötland. Kommunens kontaktperson ska svara för den interna informationen om den uppsökande verksamheten i kommunen. Kommunen ska kontinuerligt informera tandvårdsenheten om förändringar vad gäller antal platser i de särskilda boendeformerna. En gång per år sammanställer Tandvårdsenheten en rapport över resultat för den uppsökande och nödvändiga tandvården samt resultat från genomförda utbildningsinsatser av tandvårdsutföraren.

8 Riskanalys

För att verksamheten ska få en ökad medvetenhet om vilka risker som påverkar ska arbetet med riskanalyser genomföras fortlöpande under året. Riskanalyser genomförs både på en förvaltningsövergripande nivå, verksamhetsnivå/enhetsnivå och på individnivå genom riskbedömningar. En specifik förvaltningsövergripande risk- och väsentlighets analys genomförs i samband med intern styrning och kontroll samt vid framtagandet av den politiska uppdragsplanen.

Exempel när riskanalys ska genomföras

- inför organisationsförändringar,
- i samband av framtagande av processbeskrivningar,
- när ny metod och/eller teknik ska införas,
- vid återkommande iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser,
- då medarbetare uppfattar att ett arbetsmoment är riskfyllt,
- då negativa händelser har inträffat i en liknande organisation och som även skulle kunna inträffa i den egna verksamheten,
- då flera händelseanalyser har gjorts inom ett område, men betydande risker kvarstår,
- vid extraordinära händelser i samhället,
- vid bedömning av risker på individ nivå, exempelvis risk i arbetsmiljö, omsorg/stöd och hälso- och sjukvård.
- vid allvarliga händelser som inträffat och leder till att utredning/händelseanalyser genomförs

Genomförda riskanalyser

Risk- och konsekvensanalys i samband med handlingsplan för omorganisation av hemtjänst natt, ordinärt boende

Riskanalys med risker, eventuella konsekvenser om åtgärder ej genomförs och åtgärdsförslag/handlingsplan togs fram inför omorganisation av hemtjänst natt, ordinärt boende. För riskerna som framkom bedömdes allvarlighetsgraden vara mycket stor och sannolikheten för att de skulle inträffa bedömdes som stor.

Risk- och konsekvensanalys i samband med handhavande av TES insatsschema

Riskanalys genomfördes i hemsjukvården efter inträffad avvikelse med borttappat insatsschema i pappersform. För riskerna som framkom bedömdes allvarlighetsgraden som stor men sannolikheten för att det åter skulle inträffa bedömdes som liten.

Risk- och konsekvensanalys i samband med mottagande av patient med särskilda hälso- och sjukvårdsbehov i särskilt boende

Riskanalys genomfördes av verksamheten utifrån att patient med särskilda hälso- och sjukvårdsbehov (tracheostomi) skulle erbjudas boende. Behoven omfattade sällankompetens som krävde förberedelser i form av samarbete mellan olika yrkeskategorier, planering och

utförande av delegering utifrån särskilda delegeringskrav dygnet runt. Riskerna som framkom bedömdes som hanterbara även om en del av dem var mycket allvarliga. Gruppen bedömde att enheten skulle bli förbered för att ta emot patienten på ett välplanerat, strukturerat och patientsäkert sätt utifrån de framtagna åtgärderna.

Riskbedömning för det systematiska arbetsmiljöarbetet inför öppnandet av extra platser på korttidsboende

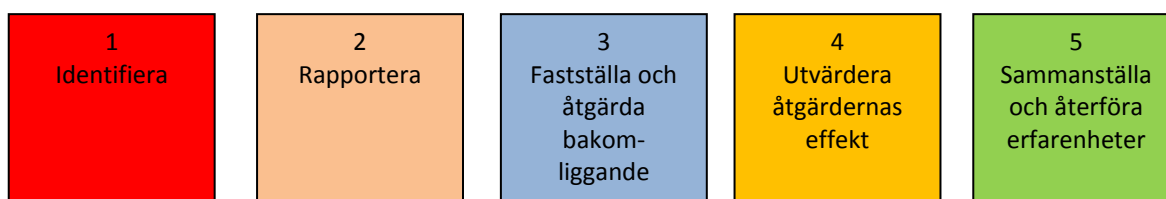
Riskbedömning genomfördes av verksamheten på särskild blankett för arbetsmiljö. De allvarliga risker som identifierades var ökad risk för smittspridning, högre arbetsbelastning relaterat till ökat antal personer med demenssjukdom samt ökad risk för att omvårdnadspersonal inte blev delegerade i tillräcklig omfattning för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser. En handlingsplan upprättades med åtgärder för att ta bort eller minska riskerna.

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet & hantering av klagomål och synpunkter

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskada samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en motsvarande rapporteringsskyldighet även när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Rapporteringsskyldigheten omfattar både den egna enheten, mellan enheter inom vård och omsorgskontoret men även mellan externa vårdgivare och andra aktörer.

Alla allvarliga avvikelser ska utredas med hjälp av metoden händelseanalys för att kunna användas som grund för förbättring. Särskild uppmärksamhet ska riktas för patientsäkerheten då flera verksamheter eller vårdgivare är delaktiga i vården. Vård- och omsorgskontoret har sedan drygt tio år tillbaka ett webbaserat IT-stöd för avvikelshantering som hanterar avvikelser enligt rapporteringsskyldigheten. IT- stödet används för rapportering av avvikelser, förbättringsarbete och för att få underlag till statistik.

Verksamhetschefen har i den löpande verksamheten det övergripande ansvaret för att händelser utreds genom händelseanalys och att åtgärder vidtas samt att uppföljning sker. Chef inom respektive enhet har ansvar att fortlöpande sammanställa och återkoppla resultat. Verksamhetsområdet ansvarar för att sammanställa och analysera inrapporterade avvikelser i syfte att identifiera systemfel och initiera åtgärder.



Avvikelsehanteringsprocessen enligt text i avvikelседirektivet- vård- och omsorgskontoret.

I samband med verksamhetsberättelsen helår, sammanställs och analyseras de rapporterade avvikelserna på en förvaltningsövergripande nivå för att kunna se mönster och trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet. Återkoppling av resultaten sker till vård- och omsorgsnämnden samt till verksamhetschefer som återför resultaten till berörda i verksamheten.

Klagomål och synpunkter

Utgångspunkten är att i första hand ska missförstånd och problem lösas direkt i verksamheten. Om den som lämnat synpunkter eller klagat till verksamheten inte är nöjd med hanteringen kan klagomålet skriftligen rapporteras till vård- och omsorgskontoret.

En fastställd utredningsmall används för synpunkts- och klagomålshantering. Sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål görs en gång per år och återkopplas till vård- och omsorgsnämnden och verksamhetscheferna som återför resultaten till berörda i verksamheten.

Patienter och närstående kan lämna klagomål direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Dessa klagomål utreds av IVO som begär in yttrande i ärendet från vård- och omsorgsnämnden. Medicinskt ansvariga säkerställer att yttrande skrivs utifrån genomförd utredning i samverkan med verksamheten. Ytrandet delges vård- och omsorgsnämndens utskott som avger svar till IVO.

Patientnämnd

Patienter och närstående kan kontakta Patientnämnden som är en för hälso- och sjukvården fristående opartisk instans. En överenskommelse finns mellan Region Östergötland och Kommunfullmäktige i Norrköpings kommun att regionen ska bedriva patientnämndsverksamhet åt kommunen. Patientnämnden ska stödja och hjälpa de patienter som finns inom den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunen eller genom avtal med kommunen. Vård- och omsorgskontoret ska vara Patientnämnden behjälplig i sin handläggning av ärenden. Patientnämnden ska årligen eller efter begäran redovisa de ärenden som nämnden erhållit för handläggning till vård- och omsorgskontoret. Patientnämndens årsrapport färdigställs under våren.

10 Sammanställning och analys

I vård- och omsorgskontorets ledningssystem anges hur arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas. En arbetsgrupp Kvalitet-, utveckling- och lärandegruppen (KUL), har bildats på förvaltningsövergripande nivå som samlat analyserar resultatet från riskanalyser, egenkontroller och utredningar av avvikelser. Gruppen ska skaffa sig en övergripande bild av risker, resultat från egenkontroller och utredningar av avvikelser för att samlat kunna analysera och identifiera bakomliggande orsaker, se mönster och trender samt kunna påvisa utvecklingsområden. Ett utvecklingsområde kan både beröra en enskild verksamhet och förvaltningen i sin helhet. Den sammantagna analysen sker enligt en särskild modell en gång per år.

11 Samverkan med patienter och närstående

Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet. Patienten och i förekommande fall närstående ska ses som en resurs i planering och genomförande av vården. Patienten kan även bidra till det systematiska patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer i vården. Det är fortfarande inte särskilt vanligt att patienter och närstående erbjuds att medverka i händelse- och riskanalyser. För att tillvarata patient och/eller närståendes upplevelser i samband med lex Maria utredningar erbjuds de alltid att framföra sina synpunkter.

12 Resultat

Internkontrollplan – vård och omsorgsnämnden

Granskning av informationssäkerhet – Verksamhetssystem

Kontrollerna ska göras genom fortlöpande uttag och granskning av loggar ur i verksamhetssystemen. Under 2015 har IT-enheten gjort stickprovskontroller på åtta brukare/patienter under en dag, vid fyra tillfällen och en gång per kvartal. Loggar är framtagna för den personal som loggat in på de aktuella brukarna/patienterna och den aktivitet som gjorts i journalen.

Tabell 1. Antal medarbetare, aktiviteter och datum med inloggning i journal

Enhet	Antal medarbetare som loggat in i journal	Antal aktiviteter i journal	Antal av datumen som hade inloggnings
Bryggaregatan 1	9	30	4
Bryggaregatan 2	7	15	3
Kalkstensgatan 1	10	64	3
Kalkstensgatan 2	10	72	3
Reenstiernagatan 1	3	9	1
Reenstiernagatan 2	3	15	1
Sandbyhovsgatan19 1	18	111	3
Sandbyhovsgatan19 2	10	37	3

Källa: Råmaterial från PUL ansvarig

Bemanning

Antal årsarbetare per yrkesgrupp

Tabell 2. Antal årsarbetare per yrkesgrupp 2015

	Antal årsarbetare enligt budget	Utfall	Differens 2015	Differens 2014
Områdeschefer	6	6,44	0,44	0,6
Enhetschefer	108,13	103,55	-4,58	-3,5
Sjuksköterskor	163,34	120,12	-43,22	-30,3
Fysioterapeuter	13,48	14,80	1,32	0,5
Arbetsterapeuter	48,02	42,33	-5,69	-2,3
Omvårdnads-personal	2 538,98	2 918,61	379,63	54,7
Totalt	2 877,95	2 918,61		

Källa: WebFocus, personalrapporter

Bristen på sjuksköterskor har ökat från föregående år. Enhetschefer och arbetsterapeuter är färre än vad som budgeterats för året.

Uppföljning och kontroll – Medicinskt ansvariga

Vårdprevention – Riskbedömning fall, trycksår, undernäring och munhälsa

Under år 2015 har 2328 riskbedömningar genomförts inom såväl kommunala och privata verksamheter. Detta innebär en ökning med drygt 700 bedömningar sedan föregående år. Ett naturligt resultat blir att när fler individer riskbedöms identifieras fler antal risker. Jämförs den procentuella riskfördelningen är den i stort sett samma som förra året. Av de som riskbedömdes återfanns 190 (8 procent) individer med ingen identifierad risk inom angivna områden, vilket är samma resultat som föregående år.

Tabell 3. Redovisning av andel genomförda riskbedömningar med risk, andel planerade åtgärder vid risk och andel uppföljda planerade åtgärder, helår.

↑= Procentuell ökning sedan föregående år, →= Lika som föregående år, ↓= Procentuell minskning sedan föregående år.						
Riskområde	Antal genomförda riskbedömningar med risk		Procentuell fördelning av riskbedömningar med risk som har planerad förebyggande åtgärd		Procentuell fördelning av planerade förebyggande åtgärder som utförts	
Fall	1850	→	79	↑ 4%	89	→
Trycksår	665	↑ 2%	80	↑ 7%	88	↓ 3%
Undernäring	1304	↑ 1%	81	↑ 6%	89	→
Ohälsa i munnen	930	↑ 3%	63	↓ 1%	67	↓ 5%

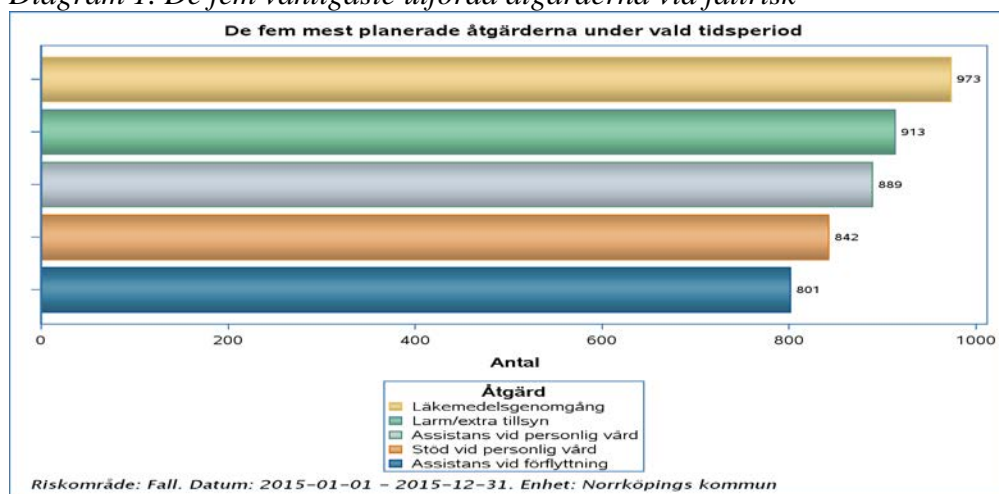
Källa: Översiktsrapport – Senior alert

Målet är att samtliga individer som har identifierad risk ska erbjudas förebyggande åtgärder samt att alla åtgärder ska utföras och följas upp enligt beslutad arbetsrutin. Resultaten påvisade att förebyggande åtgärder planerades mellan 63 – 81 procent där risk identifierats. Lägst antal åtgärder planerades vid risk för ohälsa i munnen. En trend ses att inom området fall, trycksår och undernäring har andelen förebyggande insatser ökat. Ett observandum är att förebyggande åtgärder minskat något vid identifierad risk för ohälsa i munnen.

Uppföljning av planerade förebyggande åtgärder utfördes mellan 67 – 89 procent. Ett observandum är att uppföljning av planerade insatser har minskat något inom områdena för trycksår och ohälsa i munnen. Lägst antal utförda åtgärder uppmättes vid ohälsa i munnen.

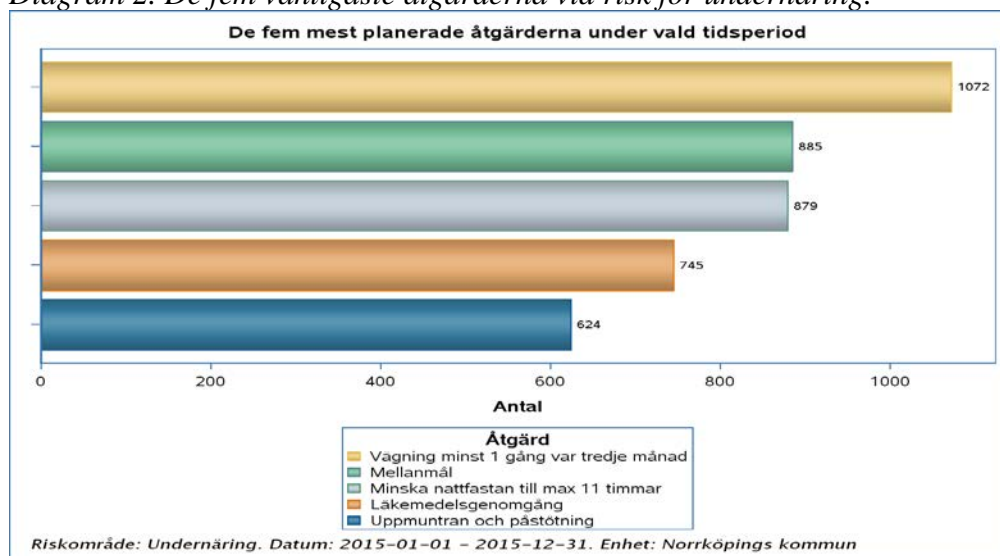
Nedan redovisas de fem vanligaste åtgärderna vid fallrisk, risk för undernäring, ohälsa i munnen och trycksår.

Diagram 1. De fem vanligaste utförda åtgärderna vid fallrisk



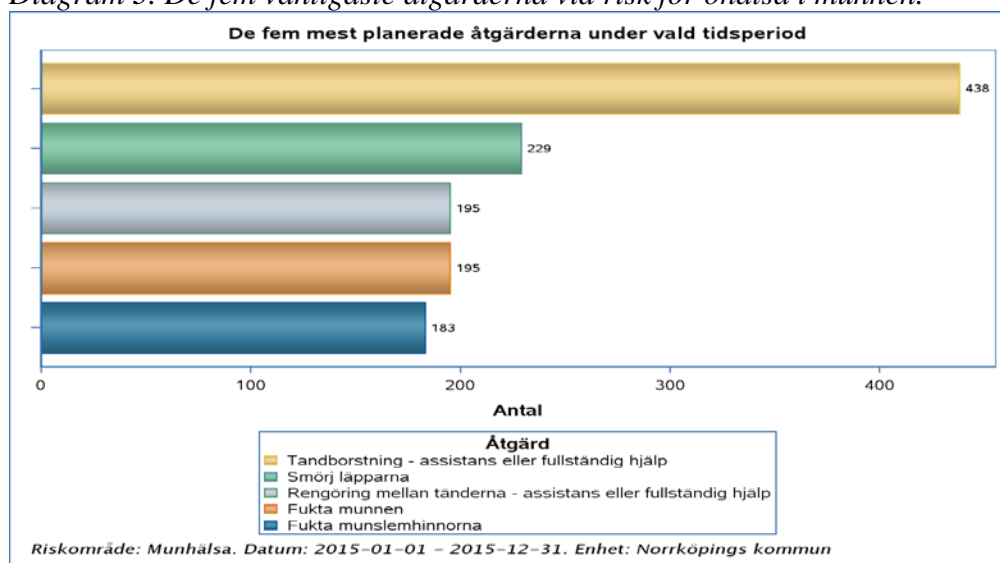
Källa: Åtgärdsrapport Senior alert.

Diagram 2. De fem vanligaste åtgärderna vid risk för undernäring.



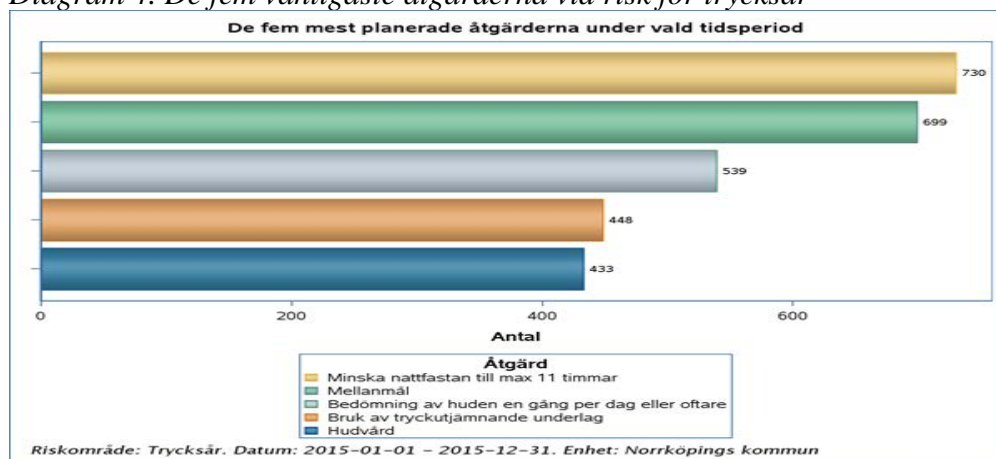
Källa: Åtgärdsrapport Senior alert

Diagram 3. De fem vanligaste åtgärderna vid risk för ohälsa i munnen.



Källa: Åtgärdsrapport Senior alert.

Diagram 4. De fem vanligaste åtgärderna vid risk för trycksår



Källa: Åtgärdsrapport Senior alert

Då resultat av åtgärder jämfördes med åtgärdsregistrering ”Sverige- totalt”, ses i stort att likvärdiga åtgärder vidtagits. Ett område som skiljde ”Sverige- totalt” var att gångträning framkom som en av de fem vanligaste åtgärderna vid fallrisk.

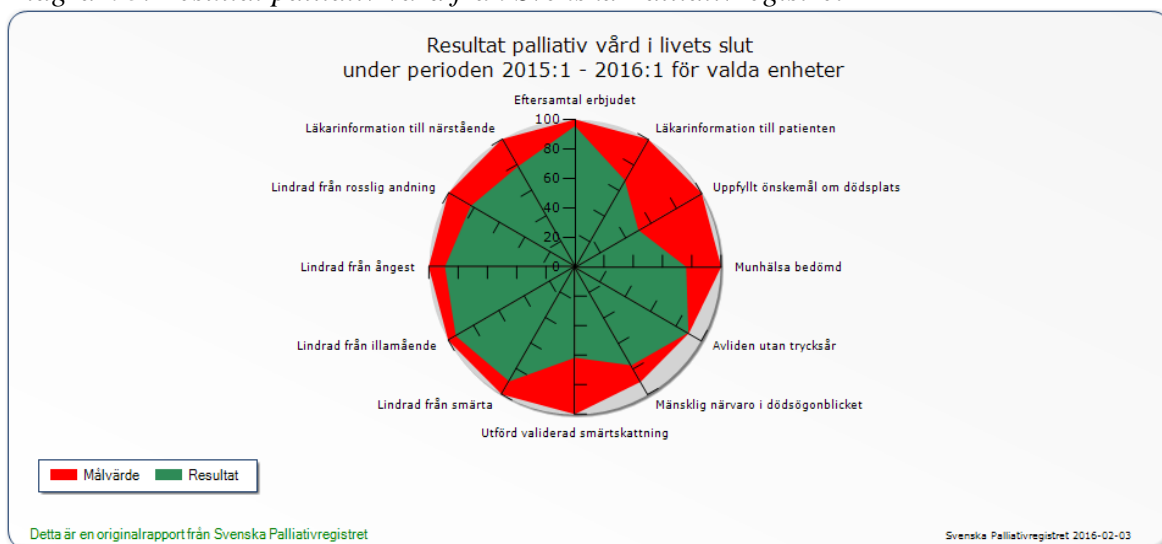
Vård i livets slutskede i särskilt boende

Den palliativa vården i livets slutskede inom särskilt boende i Norrköpings kommun (inklusive privata utförare) har granskats på en övergripande nivå genom uppgifter som registrerats i Svenska Palliativregistret under perioden 1 januari 2015 till och med 1 januari 2016.

Norrköpings kommun följer de nationella målvärden (se tabell 5) som är framtagna utifrån kvalitetsområden i Svenska Palliativregistret. Målet är att alla som avlider på särskilt boende (inklusive privata vårdgivare) ska registreras i registret.

Under den aktuella perioden avled totalt 481 personer på särskilt boende i Norrköpings kommun. Drygt 80 procent av dödsfallen registrerades i Svenska Palliativregistret vilket innebär att antalet registrerade dödsfall har minskat två år i rad.

Diagram 5. Resultat palliativ vård från Svenska Palliativregistret



Spindeldiagrammet visar resultatet av palliativ vård i livets slutskede på särskilt boende i Norrköpings kommun under den aktuella perioden och bygger på frågor som besvaras och registreras efter varje dödsfall. Endast de dödsfall som personalen bedömt som väntade, utifrån sjukdomshistorien ingår, (387 dödsfall). Värdena läses av på respektive linje. Målvärdet är rödfärgat och det aktuella resultatet är grönfärgat.

Tabell 4. Parametrar och målvärde enligt Svenska Palliativregistret samt resultat från särskilda boenden i Norrköpings kommun.

Parametrar	2013-10-01 – 2014-09-30 %	2015-01-01 – 2016-01-01 %	Målvärde %	Utveckling
Eftersamtal erbjudet	92	95,5	100	↑
Läkarinformation till patienten	68	68	100	↔
Uppfyllt önskemål om dödsplats	46	50	100	↑
Munhälsa bedömd	76	76	100	↔
Avliden utan trycksår	88	89,5	90	↑
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	84	77,2	90	↓
Utförd validerad smärtskattning	67	61,7	100	↓
Lindrad från smärta	89	89,8	100	↑
Lindrad från illamående	87	94	100	↑
Lindrad från ångest	88	88,9	100	↑
Lindrad från rosslig andning	79	82,3	100	↑
Läkarinformation till närstående	79	78,4	100	↓

Källa: Resultatet är hämtat från Svenska Palliativregistret den 3/2 2016

Glädjande nog har resultaten på ett flertal parametrar ökat. Positiv utveckling visar lindring från illamående, rosslig andning samt avliden utan trycksår. Uppfyllt önskemål om dödsplats har ökat med visar trots det en låg måluppfyllelse. Ett tydligt utvecklingsområde är mänsklig närvaro i dödsögonblicket samt utförd validerad smärtskattning. Att utföra validerad smärtskattning är en förutsättning för att kunna säkerställa att patienten är lindrad från smärta. Behov finns av fortsatt utveckling av kvaliteten på vården i livets slut. Resultaten varierar mellan de olika särskilda boendena.

En förutsättning för att den palliativa vården i livets slutskede verkligen ska bli bättre är att varje enhet som vårdar obotligt sjuka och döende människor registrerar och regelbundet analyserar sina resultat samt vidtar åtgärder för att förbättra innehållet i vården. Genom att synliggöra resultatet blir det tydligt vad som behöver förbättras.

För att personalen ska vara rustade att möta den döende människans behov krävs kunskap kring vård i livets slutskede. Målet är att all personal ska genomgå basutbildning i palliativ vård i livets slutskede. Det är av största vikt att organiseringen av stöd till verksamheterna utvecklas och att befintlig kunskap och erfarenhet tas tillvara. En viktig del för att säkerställa läkarmedverkan är att tydliggöra detta i boendets överenskommelse om läkarmedverkan som verksamheten tillsammans med primärvården upprättar.

Verksamhetschef ansvarar för att målen nås och att det finns rutiner som är kända och att det råder följsamhet till rutinerna i verksamheten.

Utbildning - Palliativ vård.

Cirka 225 personer deltog i Palliativt kompetenscentrum (PKC) basutbildning.

Vård av personer med demenssjukdom - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens drabbar någon gång flertalet av alla som lever med en demenssjukdom. Symtomen kan exempelvis yttra sig som aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar.

I Norrköpings kommuns egen verksamhet finns ett demensteam bestående av en arbetsterapeut, en sjuksköterska och en Silviasyster. Deras uppdrag är en viktig del i säkrandet av att vården och omsorgen som erbjuds inom vård- och omsorgskontorets verksamheter bygger på nationella och lokala riktlinjer för personer med demenssjukdom. Demensteamet ansvarar för utbildning av administratörer till BPSD-registret samt ger metodstöd till personalen på enheterna att göra systematiska utredningar och handlingsplaner utifrån BPSD.

Totalt i kommunen, både egen driven verksamhet och privat verksamhet har det under 2015 utbildats en certifierad BPSD-utbildare och 113 BPSD- administratörer. I den kommunalt drivna verksamheten har BPSD-teamet haft 11 administratörsutbildningar och den privata verksamheten har 2 administratörsutbildningar under 2015. Det finns nu 264 BPSD administratörer och 4 certifierade BPSD-utbildare i kommunen. Enheternas BPSD-team består av enhetschef, sjuksköterska, undersköterskor och i vissa fall arbetsterapeut och fysioterapeut.

En utbildningsplan är framtagen för den kommunalt drivna verksamheten för att säkerställa att fler enheter ges möjlighet att utbilda egna BPSD-team. Även den privata verksamheten har en planering för att säkerställa utbildningsbehovet. Enligt BPSD-registret finns det 221 registrerade personer i registret i Norrköpings kommun och det genomfördes 369 kompletta bedömningar under året vilket kan jämföras med året innan då det genomfördes 25 bedömningar. I takt med att fler BPSD-team utbildas bör fler personer med demenssjukdom ges möjlighet att få stöd utifrån det systematiska arbetssättet som BPSD registret erbjuder. Det är angeläget att de enheter där det bor personer som har demenssjukdom utbildar egna BPSD-team. Antal BPSD-team och antal registrerade personer bör öka under 2016.

Antal kompletta bedömningar BPSD- Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Förekomst av BPSD symtom påverkar individens livskvalité. För att nå framgång i behandling krävs en noggrann bedömning, en tydlig handlingsplan som ger struktur i omvårdnaden, ett gott bemötande, god omsorg och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD- registret har fått stor genomslagskraft då det är ett direkt arbetsverktyg för personalen i teamarbetet, bemötandet och stödet att göra vården mer personcentrerad.

Tabell 5. Antal kompletta bedömningar - BPSD, år 2013, 2014, 2015

Kommun	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015
Boxholm	0	10	10
Finspång	0	17	99
Kinda	15	47	39
Linköping	184	150	203
Mjölby	22	63	54
Motala	31	43	64
Norrköping	0	25	369
Söderköping	41	24	8
Vadstena	0	11	0
Valdemarsvik	0	0	0
Ydre	17	25	23
Åtvidaberg	17	10	2
Ödeshög	16	0	11

Källa: BPSD-registret, uttag 2016-01-12 och gäller perioden 150101-151231

SveDem – Svenska demensregistret

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister avseende demenssjukdomar. Syftet med registret är att förbättra kvaliteten av demensvården i Sverige genom att samla in data för att kunna följa patientpopulationer, diagnoser och behandling vid demenssjukdom. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom. SveDem är ett stöd i utrednings- och uppföljningsprocessen. Vård och omsorgskontoret tar del av de registreringar som Regionen i Östergötland gör. Vård- och omsorgskontoret är inte anmälda till registret och arbetar i dagsläget inte i modulen för särskilt boende. SveDems säbo-modul syftar till att ge stöd i implementeringen av nationella riktlinjer, utvärdera kvalitén på demensvården och bidra till kvalitetsutveckling över tid.

Antal registrerade demensdiagnoser

Enligt Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom bör en person med demenssjukdom följas upp av hälso- och sjukvården minst en gång per år.

I Östergötland totalt har antalet registreringar i registret minskat under senaste åren medan det i Norrköping har ökat något. Drygt hälften av registreringarna görs inom specialistvården.

Tabell 6. SveDem - Antal demensdiagnoser i primärvård/specialistvård

Antal demens diagnoser SveDem	2011-10-01 till 2012-09-30	2013-10-01 till 2014-09-30	2015-01-01 till 2015-12-31
Boxholm	0	0	2
Finspång	24	8	3
Kinda	3	0	0
Linköping	83	57	52
Mjölby	27	5	6
Motala	62	55	45
Norrköping	52	72	81
Söderköping	0	0	0
Vadstena	0	0	9
Valdemarsvik	0	0	0
Ydre	3	0	0
Åtvidaberg	0	0	0
Ödeshög	7	0	3

Källa: SveDemregistret, uttag 2016-01-13

Nationella indikatorer omkring slutenvårdsparametrar och läkemedelsförskrivning till äldre

I samband med tidigare års arbetet med *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* har ett nationellt IT-stöd tagits fram, Kvalitetsportalen. Rapporter kan tas fram från Kvalitetsportalen baserade på nationella indikatorer omkring bland annat slutenvård och läkemedelsförskrivning till äldre.

Undvikbar slutenvård

Återinskrivningar inom 30 dagar, undvikbar slutenvård och utskrivningsklara är indikatorer som är svåra att utvärdera då det är mycket komplext. Norrköping har i snitt en något högre andel återinskrivningar under år 2015 än vad som noterats på läns och riksnivå.

Rapporten bygger på de slutenvårdsregistreringar som rapporteras direkt från respektive landsting/region till Kvalitetsportalen. Till skillnad ifrån tidigare år så har nu begreppet *Planerad vård* börjat tillämpas. Det innebär att varje gång ett oplanerat vårdtillfälle rapporteras så undersöks det om det i samma landsting finns ett föregående vårdtillfälle för samma individ oavsett om det är planerat eller oplanerat. Om det finns ett sådant och om det har gått mellan 1 och 30 dagar mellan föregående utskrivning och den aktuella inskrivningen så räknas detta som *oplanerad återinskrivning*. Diagrammet visar antalet oplanerade återinskrivningar delat med alla oplanerade vårdtillfällen för samma tidsperiod.

Tabell 7. Oplanerad återinskrivning inom 1 till 30 dagar januari 2014 - december 2015

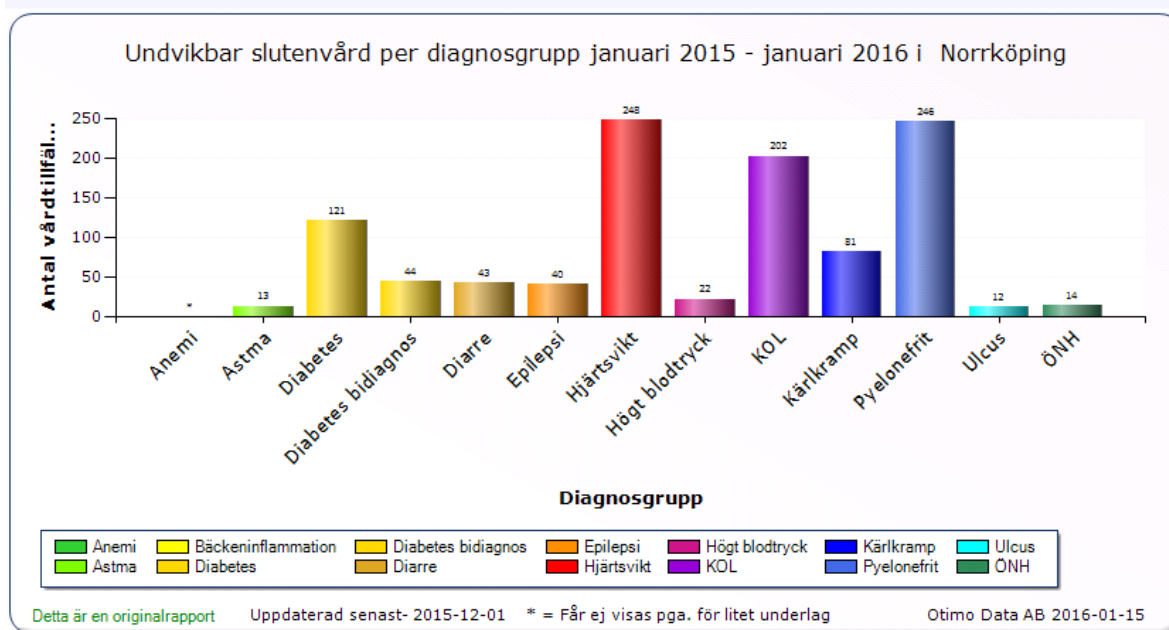
Andel återinskrivna						
Månad	Norrköping 2014	Norrköping 2015	Östergötland 2014	Östergötland 2015	Sverige 2014	Sverige 2015
Januari	19,4	11	16,7	11,8	16,1	13,7
Februari	16,2	15,8	16,8	15,2	16,2	15,7
Mars	19,9	15,6	16,9	16	16,1	16,3
April	18,5	17,2	17,1	15,8	16,3	16,4
Maj	16,9	18,9	16,4	17,1	15,9	16,2
Juni	20,2	20,3	17,8	17,4	16,4	16,7
Juli	15,9	17,5	14,4	16,4	15,4	16,6
Augusti	15,7	17,3	14,1	14,9	14,2	15,5
September	12	17,4	11,8	15,6	13,1	15,8
Oktober	12,2	18,3	12,2	15,3	14	15,8
November	14,1	17,8	12,8	17	13,7	16,1
December	13,7	18	13,5	15,6	14,2	16,1

Källa: Kvalitetsportalen, uttag från portalen 2016-01-01

Socialstyrelsen har i många år definierat 14 diagnosgrupper som i första hand ska kunna skötas i primärvården utan behov av slutenvården (källa; Kvalitetsportalen). I diagram 6 redovisas alla diagnoser oavsett om samma patient vid samma vårdtillfälle haft en, två eller flera av dessa diagnoser. Antalet diagnoser är alltså fler än antalet vårdtillfälle med undvikbar slutenvård. De tre mest förekommande diagnoserna vid återinskrivning var under år 2015

hjärtsvikt, njurbäckeninflammation (pyelonefrit) och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Samma diagnosgrupper var också mest förekommande 2014.

Diagram 6. Undvikbar slutenvård per diagnosgrupp januari 2015-januari 2016



Källa: Kvalitetsportalen, uttag 2016-01-15

När antalet utskrivningsklara dagar i medeltal jämförs ligger Norrköping klart högre i antal än medeltalet på riksnivå.

Tabell 8. Utskrivningsklara slutenvård januari 2015 - december 2015

* = Får ej visas pga. för litet underlag

Månad	Antal utskrivningsklara patienter			Antal utskrivningsklara dagar			Antal utskrivningsklara dagar i medeltal		
	Norrk	Österg.	Sverige	Norrk	Österg.	Sverige	Norrk	Österg.	Sverige
Januari	119	332	9148	1197	2544	44743	10,06	7,66	4,89
Februari	86	289	8369	596	1868	38950	6,93	6,46	4,65
Mars	96	314	8929	670	2151	39627	6,98	6,85	4,44
April	93	303	8731	720	1938	36796	7,74	6,4	4,21
Maj	86	279	7910	633	1765	32546	7,36	6,33	4,11
Juni	89	313	8234	615	1806	32688	6,91	5,77	3,97
Juli	79	264	8057	421	1345	29540	5,33	5,09	3,67
Augusti	70	242	7408	367	1274	29061	5,24	5,26	3,92
September	88	270	8299	474	1311	32846	5,39	4,86	3,96
Oktober	94	303	8328	543	1588	33197	5,78	5,24	3,99
November	*	*	988	*	*	4231	*	*	4,28
December	*	*	132	*	*	506	*	*	3,83

Källa: Kvalitetsportalen, uttag från portalen 2016-01-15

Olämpliga läkemedel \geq 75 år

Östergötland har förbättrats på samtliga tre indikatorer och Norrköping ligger till och med något lägre än riksgenomsnittet.

Receptbelagda läkemedel som förskrivs och också hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Kvoten mellan individer som under den aktuella perioden hämtat ut ett eller flera olämpliga läkemedel och alla individer i samma åldersgrupp som hämtat ut läkemedel beräknas. Exempel på de vanligaste läkemedlen som generellt bedöms som olämpliga för personer 75 år eller äldre finns att ta del av från *Äldrekortet* framtaget av Region Östergötland.

Tabell 9. Andel personer \geq 75 år med olämpliga läkemedel januari 2014 - december 2015

Månad	Norrköping 2014	Norrköping 2015	Östergötland 2014	Östergötland 2015	Sverige 2014	Sverige 2015
Januari	9,3	8,8	9,7	9,2	9,5	8,9
Februari	9,4	8,6	9,6	9,1	9,3	8,8
Mars	8,9	8,5	9,1	9	8,9	8,8
April	9,6	8,7	9,8	9	9,4	8,9
Maj	9,3	8,5	9,6	8,8	9,2	8,7
Juni	9,2	8,6	9,6	8,7	9,1	8,5
Juli	8,9	8,7	9,3	8,8	9,1	8,6
Augusti	9	8,3	9,3	8,7	8,9	8,5
September	8,9	8,1	9,3	8,5	8,8	8,4
Oktober	8,8	8,3	9,1	8,7	8,8	8,6
November	9	0	9,3	0	9	0
December	8,8	0	9,3	0	9	0

Källa: Kvalitetsportalen, uttag 2016-01-15

Antipsykotiska läkemedel \geq 75 år

Receptbelagda läkemedel som förskrivs och också hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret. Varje förskrivning värderas huruvida det handlar om en stående ordination eller en vid behovsordination. Kvoten mellan individer som under den aktuella perioden har hämtat ut ett eller flera olämpliga läkemedel och alla individer i samma åldersgrupp som hämtat ut läkemedel beräknas. Nytt för denna mätperiod är att beräkningen görs för alla uthämtade läkemedel - inte bara ApoDos. När det gäller antipsykotiska läkemedel är Norrköpings och Östergötlands siffror bättre än riksgenomsnittet.

Tabell 10. Andel personer >= 75 år med antipsykotiska läkemedel januari 2014 - december 2015

Månad	Norrköping 2014	Norrköping 2015	Östergötland 2014	Östergötland 2015	Sverige 2014	Sverige 2015
Januari	1,6	1,9	1,8	2	2,2	2,3
Februari	1,7	1,9	1,9	1,9	2,3	2,3
Mars	1,5	2	1,8	1,9	2,2	2,3
April	1,8	1,7	1,9	1,8	2,3	2,3
Maj	1,6	1,7	1,8	1,8	2,3	2,2
Juni	1,8	1,8	1,9	1,8	2,3	2,2
Juli	1,9	1,9	1,9	1,9	2,3	2,3
Augusti	1,9	1,9	2	1,9	2,3	2,3
September	2	1,9	2	1,9	2,3	2,3
Oktober	2	1,9	1,9	1,9	2,3	2,3
November	1,9	0	2	0	2,3	0
December	1,8	0	2	0	2,3	0

Källa: Kvalitetsportalen, uttag 2016-01-15

Antiinflammatoriska läkemedel >= 75 år

Analysen innebär att varje förskrivning värderas huruvida det handlar om en stående ordination eller en vid behovsordination. Kvoten mellan individer som har under den aktuella perioden hämtat ut ett eller flera olämpliga läkemedel och alla individer i samma åldersgrupp som hämtat ut läkemedel beräknas. Riksgenomsnittet har förbättrats avsevärt jämfört med 2014. Norrköping och Östergötland ligger jämförbart med de förbättrade riksgenomsnittets siffror.

Tabell 11. Andel personer >= 75 år med antipsykotiska läkemedel januari 2014 - december 2015

Månad	Norrköping 2014	Norrköping 2015	Östergötland 2014	Östergötland 2015	Sverige 2014	Sverige 2015
Januari	1,7	1,9	2,1	1,9	3,3	1,9
Februari	1,8	1,7	2,1	1,8	3,2	1,8
Mars	1,9	1,8	2	1,9	3,1	1,9
April	2,2	2	2,2	2,1	3,3	2,1
Maj	1,9	2	2,1	2	3,3	2
Juni	1,8	1,8	2,2	2	3,3	2
Juli	1,9	2	2,2	2,1	3,3	2,1
Augusti	1,9	2	2,1	2,1	3,2	2,1
september	2	2	2,1	2	3,1	2
Oktober	1,9	1,8	2,1	1,9	3,2	1,9
November	2	0	2,1	0	3,2	0
December	1,8	0	2	0	3,1	0

Källa: Kvalitetsportalen, uttag 2016-01-15

Nationell punktprevalensmätning – trycksår och fall

Trycksår

Vecka 11 identifierades procentuellt färre trycksår i Norrköping än i riket. Under vecka 40 identifierades trycksår i lika stor andel som i riket. Bakomliggande orsaker till skillnaderna framkommer inte i PPM mätningen.

Tabell 12. Trycksår fördelat i antal och procentuell fördelning Norrköping samt Riket

Norrköpings kommun	Antal registreringar	Antal personer med trycksår	Norrköping, Procent	Riket, Procent
v. 11	521	26	5	8
v. 40	737	62	8	8

Källa: PPM trycksår och fall- Senior alert kvalitetsregister

Totalt både i Norrköping och Riket identifierades merparten av trycksåren tillhöra kategori 1. Norrköping hade en högre procentuell andel av trycksår än riket i kategorierna tre och fyra.

Definitioner av trycksårskategorier:

1. Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning, hel hud.
2. Delhudsskala som involverar överhud och/eller mellanhud. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.
3. Fullhudsskada. Sår ned till med inte genom bindvävshinnan.
4. Fullhudsskada. Sår med vävnadsnekrås eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad.

Tabell 13. Antal och procentuell fördelning av trycksår uppdelat på kategori av trycksår.

v.11	Norrköping		Riket		v. 40	Norrköping		Riket
Kategori	Antal trycksår	Trycksår, procent	Trycksår, procent		Kategori	Antal trycksår	Trycksår, procent	Trycksår, procent
1*	15	47	64		1*	60	63	63
2*	8	25	21		2*	14	15	22
3*	6	19	9		3*	12	13	10
4*	3	9	6		4*	9	9	5

Källa: PPM trycksår och fall- Senior alert kvalitetsregister

Verksamheterna i Norrköping identifierade att trycksåren i högst frekvens fanns på rygglut, fotknölar och hälar, vilket överensstämde med rikets resultat. I uppföljningen redovisas vilka åtgärder som planerats för att minska eller ta bort risker för att trycksår ska inträffa. Åtgärderna överensstämde i stort mellan perioderna.

Tabell 14. Redovisning av åtgärder som vidtogs för personer som har risk och minst ett trycksår i fallande skala – Norrköping.

	V.11 Andel förebyggande åtgärder för personer som har risk och minst ett trycksår	V.40 Andel förebyggande åtgärder för personer som har risk och minst ett trycksår
1	Bedömning av huden en gång per dag eller oftare	Bruk av tryckutjämnande underlag
2	Bruk av tryckutjämnande underlag	Bedömning av huden en gång per dag eller oftare
3	Hudvård	Hudvård
4	Mellanmål	Mellanmål
5	Regelbundna lägesändringar	Minska nattfastan till max 11 timmar

Källa: PPM trycksår och fall- Senior alert kvalitetsregister

Fall

I både vecka 11 och 40 identifierades något färre procentuell fördelning av personer med fall i Norrköping än i riket. Bakomliggande orsaker till skillnaderna framkommer inte i PPM mätningen.

Tabell 15. Fall fördelat i antal och procentuell fördelning Norrköping samt Riket

Norrköpings kommun	Antal registreringar	Antal personer med fall	Norrköping, Procent	Riket, procent
v.11	521	47	9	11
v. 40	737	50	7	10

Källa: PPM trycksår och fall- Senior alert kvalitetsregister

Två veckor innan mätningarna genomfördes en sammanställning av antalet registrerade fall utifrån journalgranskningar. I vecka 11 hade personerna fallit totalt 59 gånger och vecka 40 totalt 77 gånger. Vid båda mätningarna inträffade fallen generellt över hela dygnet, med en något högre frekvens under eftermiddag, kväll och natt. Samma trend sågs i riket.

Tabell 16. Tidpunkt, antal och procentuell fördelning av fall.

v11			v40		
Tidpunkt för fall	Antal fall	Procent fall	Tidpunkt för fall	Antal fall	Procent fall
Morgon (kl 6-9)	10	17%	Morgon (kl 6-9)	7	9%
Förmiddag (9-12)	10	17%	Förmiddag (9-12)	14	18%
Eftermiddag (12-18)	13	22%	Eftermiddag (12-18)	19	25%
Kväll (18-22)	10	17%	Kväll (18-22)	19	25%
Natt (22-06)	12	20%	Natt (22-06)	17	22%
Vet ej	4	7%	Vet ej	1	1%

Källa: Kvalitetsregister Senior alert

Vid båda mätningarna vecka 11 och 40 framkom att cirka 70 procent av fallen inte medfört någon skada för den enskilde. De vanligaste registrerade skadorna var mjukdelsskada och sårskada som inträffat vid 22-25 procent av fallen.

Tabell 17. Konsekvens vid fall i antal fall samt procentuell fördelning.

v11			v40		
Konsekvens av fall	Antal	Procent	Konsekvens av fall	Antal	Procent
Ingen	39	70%	Ingen	55	71%
Sårskada	10	18%	Mjukdels skada	10	13%
Mjukdels skada	4	7%	Sårskada	7	9%
Annan skada	1	2%	Frakturhöft /lår	2	3%
Frakturhöft /lår	1	2%	Fraktur fot/ underben	1	1%
Skallskada	1	2%	Förlängd vårdtid/utökat vårdbehov	1	1%
			Mjukdels skada/Sårskada	1	1%

Källa: PPM trycksår och fall- Senior alert kvalitetsregister

I uppföljningen redovisas vilka åtgärder som planerats för att minska eller ta bort risker för att fall ska inträffa. Åtgärderna skiljde sig något mellan perioderna.

Tabell 18. Redovisning av åtgärder som vidtogs för personer med fallrisk i fallande skala – Norrköping.

	V.11 Andelen personer med fallrisk och som har fallit	V.40 Andelen personer med fallrisk och som har fallit
1	Larm/Extra tillsyn	Larm/Extra tillsyn
2	Hjälpmedelsförskrivning	Assistans vid personlig vård
3	Stöd vid personlig vård	Läkemedelsgenomgång
4	Anpassning av möbler och inventarier	Anpassning av möbler och inventarier
5	Assistans vid personlig vård	Gångträning

Källa: PPM trycksår och fall- Senior alert kvalitetsregister

Body Mass Index BMI

Vid båda mätningarna i Norrköping identifierades en något lägre procentuell fördelning av personer med BMI < 22³, i relation till riket.

Tabell 19. Antal och procentuell fördelning av personer med BMI <22

Norrköpings kommun	Antal registreringar	Antal personer med BMI < 22	Norrköping, personer med BMI < 22, procent	Riket, personer med BMI < 22, procent
v.11	521	133	26	28
v. 40	737	199	27	28

Källa: Kvalitetsregister Senior alert

Punktprevalensmätning – Vårdrelaterade infektioner, VRI

Mätningen genomfördes under en valfri dag mellan perioden 9 november - 22 november 2015 (v.46- v.47).

I Norrköpings deltog två särskilda boenden för äldre och ett särskilt boende enligt lagen om stöd och service. Mätningen omfattade 130 vårdtagare. Majoriteten av dessa vårdtagare, 96 procent, hade ingen vårdrelaterad infektion eller antibiotikabehandling på mättdagen.

³ BMI Body Mass Index – under 22 kan för en person i 70-årsåldern vara ett tecken på undernäring. Källa:1177 Vårdguiden

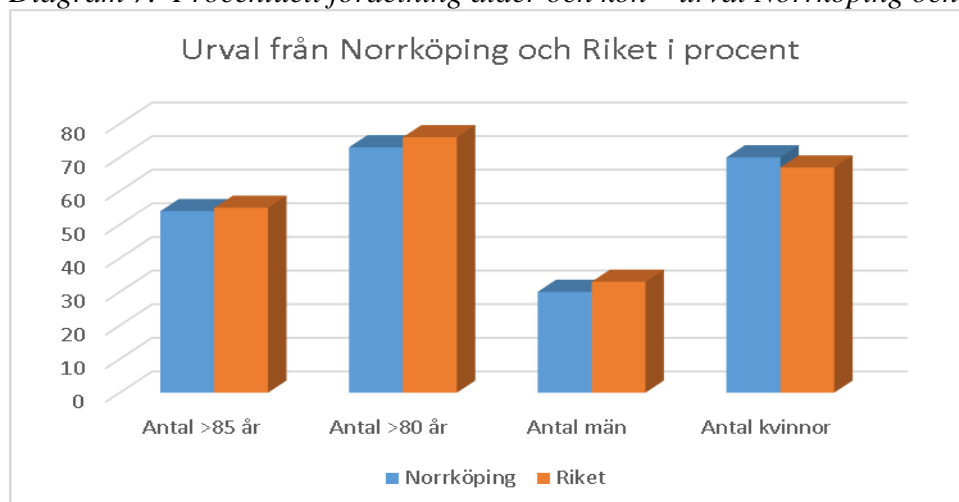
Tabell 20. Fördelning inriktning, antal platser, beläggning och inkluderade vårdtagare - Norrköping n=130.

SÄBO inriktning	Antal platser	Beläggning	Totalt antal inkluderade vårdtagare i HALT-mätningen
Demens	58	56	52
Allmän vård och omsorg	98	93	77
LSS	5	5	1
Totalt	161	154	130

Källa: HALT- Senior alert

På särskilt boende för äldre var 70 procent av vårdtagarna kvinnor och 54 procent var över 85 år. På LSS-boendet inkluderades enbart en kvinnlig vårdtagare, ålder angavs inte.

Diagram 7. Procentuell fördelning ålder och kön – urval Norrköping och Riket



Källa: HALT- Senior alert

Vårdrelaterade infektioner

Totalt registrerades tre vårdtagare med vårdrelaterade infektioner i Norrköping. Det ger en prevalens⁴ på 2 procent av vårdrelaterad infektion, vilket kan jämföras med resultatet i riket som uppnådde samma prevalens.

Totalt rapporterades fem infektioner i Norrköping. Fyra urinvägsinfektioner och en hud-och mjukdelsinfektion.

⁴ **Prevalens** - Relativt antal sjuka i en sjukdom inom en viss del av ett urval vid en viss tidpunkt. Källa: Medicinsk ordbok.

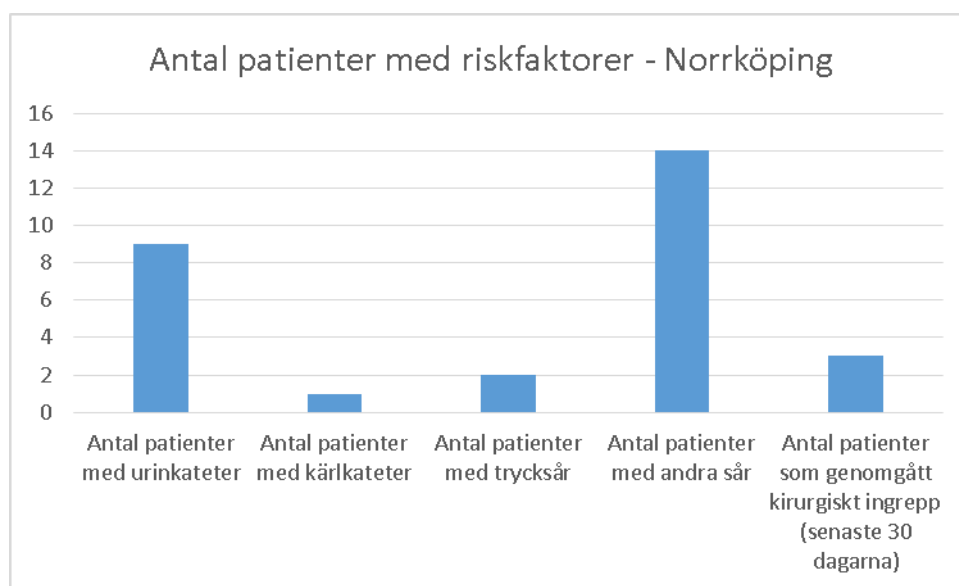
Antibiotikaanvändning

Prevalensen för vårdtagare med en antibiotikabehandling (inte Metenamin⁵) var två procent inom vård och omsorg. Hud- och mjukdelsinfektioner samt urinvägsinfektioner var orsakerna till den terapeutisk antibiotikabehandling. Ingen vårdtagare hade antibiotika som profylax. En av vårdtagarna var ordinerad Metenamin.

Risikfaktorer och vårdtyngdsindikatorer

De vanligaste riskfaktorerna för vårdrelaterad infektioner, oavsett boendekategori, var sår och urinkateter.

Diagram 8. Antal patienter med riskfaktorer – Norrköping n=130



Källa: HALT- Senior alert

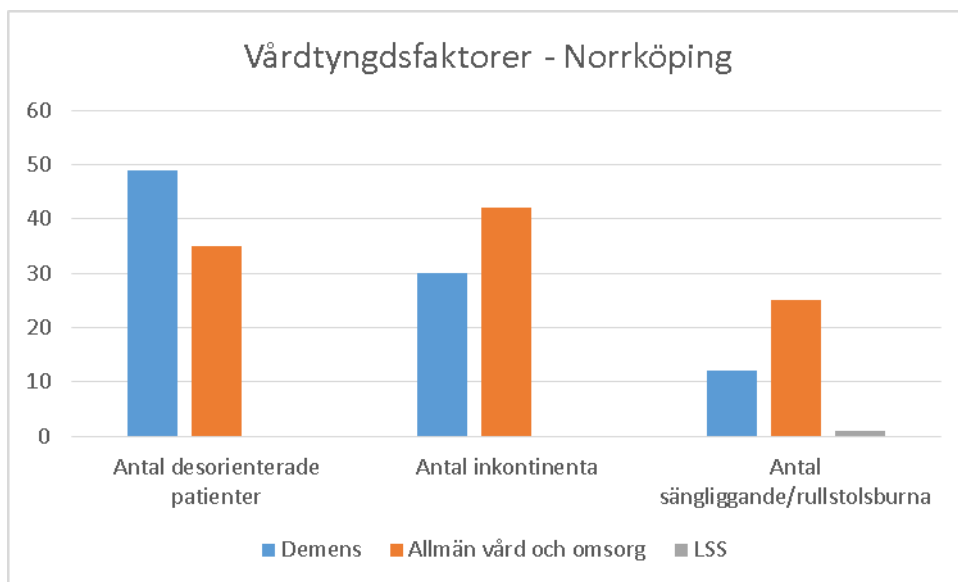
Vårdtyngd

Vid mätningen identifierades tre parametrar för vårdtyngd: Inkontinens, desorientering och rörlighet (andel sängliggande/rullstolsburna).

Resultatet påvisade att 55 procent av vårdtagarna var inkontinenta, 65 procent var desorienterade och 29 procent var rullstolsburna och/eller sängliggande. Högst vårdtyngd framkom på demensboenden.

⁵ **Metenamin** - Ett urinvägsantiseptikum som förhindrar återfall hos personer med benägenhet för återkommande urinvägsinfektioner. Används också i samband med undersökningar och behandlingar av urinvägarna för att minska infektionsrisken. Kan även ges till personer som bär urinvägskateter under lång tid. Preparatet kan ordinerar av läkare för annan användning. Källa FASS.

Diagram 9: Vårdtyngdsfaktorer – Norrköping n=130

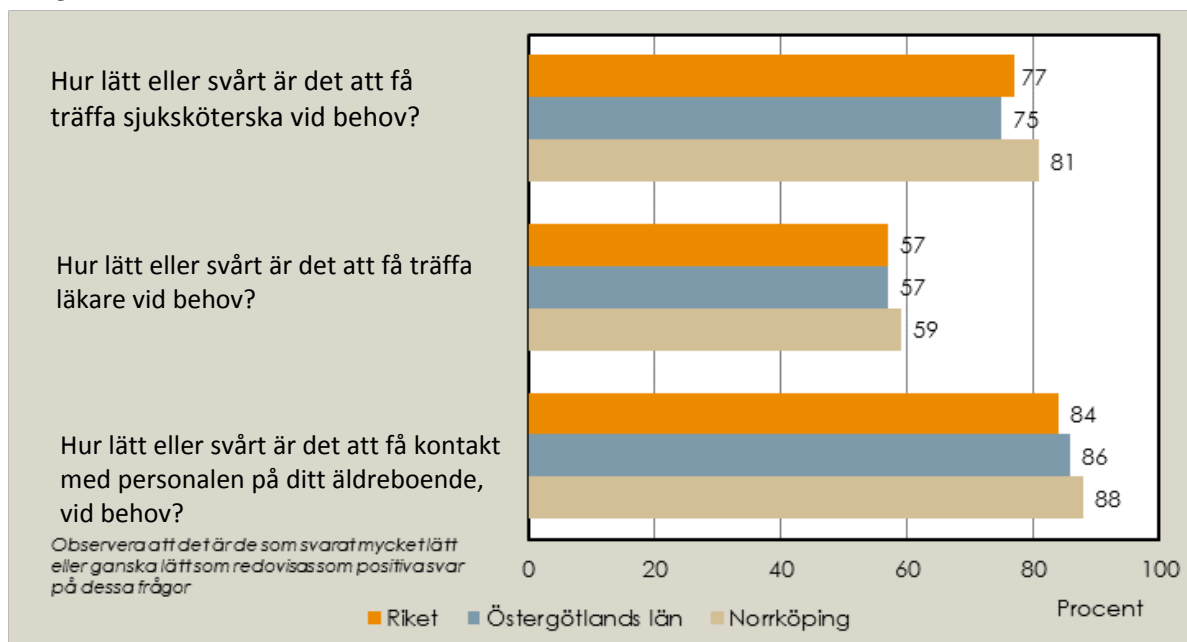


Källa: HALT- Senior alert

Brukarundersökning – Nationell rapport

I Socialstyrelsens rapport *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Nationella resultat 2015* redovisas resultat gällande tillgänglighet, om hur lätt eller svårt det är att vid behov få träffa sjuksköterska och läkare samt få kontakt med personal på äldreboendet eller hemtjänstpersonal vid behov. Underlaget bygger på den nationella enkätundersökningen som under våren 2015 gick ut till alla personer över 65 år med hemtjänst i ordinärt boende eller boende på särskilt boende.

Diagram 10. Särskilt boende

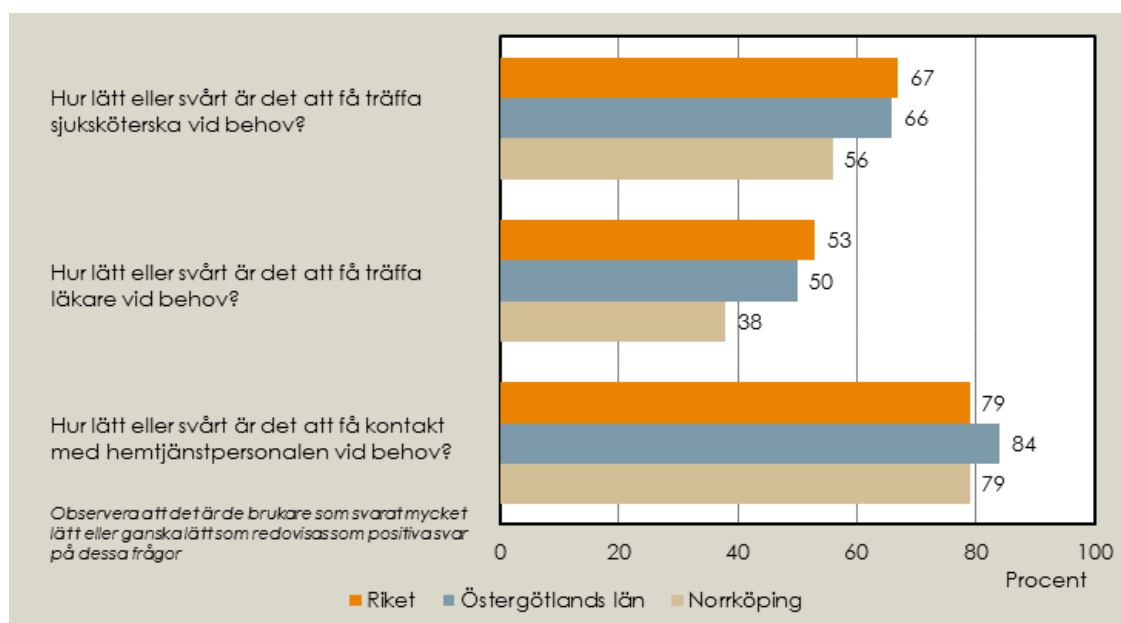


Källa: Socialstyrelsen, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2015*

Inom särskilt boende uppger 81 procent att det är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa sjuksköterska. Motsvarande siffra för att få träffa läkare vid behov är 59 procent.

Resultatet för Norrköpings kommun har förbättrats och ligger nu något över både riket och övriga kommuner i länet beträffande hur lätt eller svårt det är att få kontakt med sjuksköterska men också läkare. På frågan hur lätt eller svårt det är att få kontakt med personal på äldreboendet vid behov uppger 88 procent att det är mycket lätt och ganska lätt att få kontakt med personal, vilket är något lägre än föregående år men ett bättre resultat än för riket och länet.

Diagram 11. Hemtjänst i ordinärt boende



Källa: Socialstyrelsen, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* 2015

Inom hemtjänsten uppger 56 procent att det är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov. Motsvarande siffra att få träffa läkare vid behov är 38 procent. Resultatet för Norrköpings kommun är sämre än för riket men också i jämförelse med andra kommuner i länet. På frågan hur lätt eller svårt det är att få kontakt med hemtjänstpersonalen vid behov uppger 79 procent att det är mycket lätt eller ganska lätt att få kontakt med personal, vilket är likvärdigt med riket men sämre än övriga kommuner i länet.

Resultaten för Norrköpings kommun är inte tillfredsställande med tanke på hur viktigt det är för den enskilde att få kontakt med läkare och sjuksköterska för att få sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda. Det försämrade resultatet för de personer som är 65 år eller äldre som bor i ordinärt boende är särskilt bekymmersamt.

Enligt samverkansrutin mellan alla kommuner i östra länsdelen och närsjukvården i östra Östergötland ska överenskommelse tecknas för läkarmedverkan i alla de kommunala särskilda boendena. Det är viktigt för den enskilde att få kontinuitet i vården och för många är det angeläget att träffa samma läkare, framför allt för äldre personer med längre sjukdomshistoria och flera sjukdomar. Ansvaret att årligen upprätta en lokal överenskommelse och genomföra kvalitetsuppföljningar ligger på både verksamhetschef på aktuell vårdcentral och verksamhetschef för de kommunala och privata vårdgivarna. Den lokala överenskommelsen ska ge en detaljerad beskrivning av hur avtalet tillämpas i praktiken enligt framtagen mall t ex uppgift om ansvarig läkare, vilka dagar och tider läkaren kommer till exempelvis boendet, rutiner för tillgänglighet, frånvaro/semester, dokumenthantering, återlämnande av journalkopior, årlig läkemedelsgenomgång etc.

En uppföljning genom framtagna kvalitetsparametrar avseende läkarmedverkan ska ske årligen och ligga till grund för förlängning av den lokala överenskommelsen.

Kommun- och enkätundersökning

Resultatet visar att på 83 procent av alla enheter finns tillgång till träningslokal och att 70 procent av alla enheter har tillgång till styrke- och balansträning. 100 procent av alla personer över 65 år hade vid mättillfället behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder. 97 procent av personerna på enheterna hade en namngiven kontakt med en legitimerad personal. 97 procent hade en aktuell vårdplan ej äldre än sex månader. 53 procent av personerna över 65 år i särskilt boende hade basal utredning avseende urinläckage och 87 procent av personerna över 65 år i särskilt boende hade individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. 91 procent av personerna hade en enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång det senaste året.

Hygienobservationer av hygien- och klädregler

I målets uppföljning ingår både kommunala och privata verksamheter.

- Generellt hade verksamheterna registrerat ett för lågt antal observationer under året relaterat till vård och nära omsorgsarbete.
- Kravet på följsamhet till klädregler uppnåddes i fem av tolv månader. Resultatet har förbättrats från föregående år, då tre månader uppnådde följsamhet.
- Kravet på följsamhet till hygienregler uppfylldes inte någon månad under året. Samma resultat framkom förra året.
- De aktiviteter som brustit i högst frekvens vid observationerna var nyttjande av handdesinfektion samt användande av skyddsrock.

Skillnader finns i hur målvärden uppnås eller inte mellan de olika verksamhetsspåren och på enhetsnivå.

Tabell 22. Följsamhet till hygienrutiner, resultat från hygienobservationer 2015

= Acceptabel nivå (Klädregler 95%, Hygienregler 90%) = Ej acceptabel nivå

Totalt i procent	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Aug	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.
Klädregler	95	94	93	92	95	95	94	93	95	96	93	94
Hygienregler	77	79	78	79	78	78	81	77	78	82	80	78
Antal obs	1290	1198	1275	1237	1271	1116	884	951	1139	1294	1094	1010

Källa: Rapport Hygienobservationer.

Egenkontroll av enhetens hygieniska standard genomförd av enhetschef

Målet är att enhetschef tillsammans med någon/några medarbetare ska genomföra egenkontroll av enhetens hygieniska standard på sin enhet en gång per år. Egenkontrollen genomförs med hjälp av frågeställningar utarbetade i samverkan med vårdhygien, Region Östergötland. Identifierade förbättringsåtgärder sammanställs till en åtgärdsplan. Uppföljning görs i samband med nästkommande egenkontroll/rond.

Tabell 23. Genomförda hygienronder på enhet 2015

Genomförda hygienronder	Antal
Kommunalt särskilt boende äldreomsorg	3
Kommunal verksamhet för personer med funktionsnedsättning	0
Ordinärt boende - hemtjänst	12
Ordinärt boende - hemsjukvård	2
Privat verksamhet särskilt boende äldreomsorg	4

Hygienrond på enhet genomförd av hygiensjuksköterska

Under året har totalt tio hygienronder genomförts av hygiensjuksköterskan tillsammans med enhetschef alternativt verksamhetschef i privat verksamhet, se tabell.

Tabell 24. Genomförda hygienronder av hygiensjuksköterska 2015

Genomförda hygienronder	Antal
Kommunalt särskilt boende äldreomsorg	4
Privat särskilt boende äldreomsorg	1
Kommunal verksamhet för personer med funktionsnedsättning	5

I samband med hygienronden kommunicerades följsamhet till hygiendirektiv och lokaler ur ett vårdhygieniskt perspektiv. Efter varje rond sammanställde hygiensjuksköterskan de åtgärder som ska vidtas för att säkra hygienkraven. Enhetschef alternativt verksamhetschef ansvarade för att upprätta en åtgärdsplan samt tillse att samtliga åtgärder genomförs.

De vanligaste identifierade bristerna hos personalen är överanvändning av engångshandskar samt kraftig underanvändning av skyddsförkläden. Detta gäller framförallt inom hemtjänsten. Genom ökad kunskap och god tillgång till engångsförkläden ökar sannolikt följsamheten till dessa regler.

Vidare framkommer otillräcklig kunskap om förrådshantering. Rutiner saknas för sköljrum samt för tvätt av boendes kläder och bäddtextilier. Handdesinfektion innan vårdnära kontakt blir oftast inte gjort men efter vårdmoment är följsamhet mycket bättre. Kunskap om vikten av och skyldigheten kring de basala hygienrutinerna saknas. Detta innebär risk för spridning av smittämnen och ska ingå i verksamhetens kvalitetsarbete. Hygienronderna visar också att lokaler saknar tillräckligt med förrådsutrymme, har dåligt dimensionerade tvättstugor och sköljrum. I vissa fall måste en ombyggnation ske för att nå en god hygieniskstandard.

Utbildning hygien

Hygiensjuksköterskan har under året anordnat grundutbildning i vårdhygien vid fyra tillfällen samt en utbildning i avancerad vårdhygien riktad till legitimerade medarbetare. Även riktade hygienutbildningar för personal på särskilt boende, gruppboende, boendestöd och hemtjänst har genomförts vid 19 tillfällen. För att kunna skraddarsy utbildningens innehåll till aktuell enhet, har dessa riktade utbildningar i de flesta fall utförts efter tidigare besök på enheten.

Vid besöket har även praktiska rutiner och arbetssätt som bygger på lokalens utformning och eller andra för enhetens specifika krav kunna säkerställas.

Region Östergötlands har arrangerat kateterutbildning för sjuksköterskor med målet är att minska de vårdrelaterade infektionerna i samband med användandet av urinvägskateter. Norrköpings kommun har utsett fyra sjuksköterskor som representerar de olika verksamhetsområdena inklusive de privata vårdgivarna, att delta i utbildningen med syfte att öka kunskapen i att sätta och sköta urinkateter. Efter genomgången utbildning ansvarar verksamheten för att den kateteransvariga sjuksköterskan utbildar medarbetare i sin verksamhet. De kateteransvariga sjuksköterskorna kallas till Region Östergötlands repetitionsträffar.

Rehabiliteringsnivåbedömning i särskilt boende inom äldre- och funktionshindersomsorg

Inom äldreomsorgen ska 90 procent erbjudas en rehabiliteringsnivåbedömning inom tre veckor efter inflyttning till särskilt boende. Inom funktionshinderomsorgen ska 80 procent erbjudas en rehabiliteringsnivåbedömning senast tre månader efter inflyttning till särskilt boende. Inom korttidsverksamheten i äldreomsorgen ska 80 procent ha erbjudits en bedömning inom en vecka efter att patienten kommit till enheten.

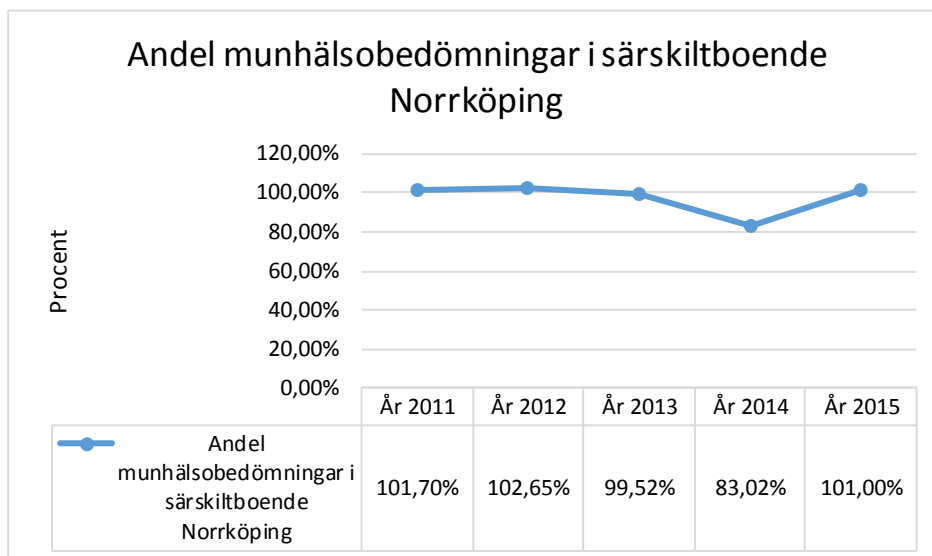
Under 2015 har ett nytt verksamhetssystem succesivt införts vilket medför att statistik för 2015 har hämtats från två olika verksamhetssystem. I det nya verksamhetssystemet registreras bedömningarna delvis annorlunda i jämförelse med det gamla systemet. Flera felregistreringar har gjorts i det nya systemet samt viktiga moment har missats. Det har medför att statistiken inte är helt tillförlitlig för året 2015. Rehabiliteringsprocessen och rehabiliteringsnivåbedömning har följts upp i verksamhetens patientsäkerhetsdialoger. Vid en jämförelse av resultaten från de första månaderna av 2015 och december 2015 kan det dock utläsas att inga större förändringar har skett i resultatet. Det är fortfarande många enheter som inte når upp till målen. Det är viktigt att verksamheten registrerar rätt i systemet och följer upp och vidtar åtgärder om målet inte uppnås.

Uppsökande tandvård

Regionen hade avtal under år 2015 med tandvårdsutföraren L&B Dental Group HB för att utföra den uppsökande tandvården i Norrköpings kommun. I Norrköping har 1832 personer med tandvårdsintyg tackat ja till munhälsobedömning. Av dessa fick 1531 (84 procent) en bedömning genomförd av tandvårdsutföraren. Tandvårdsutföraren ska enligt avtal säkerställa att:

- 95 % av de berättigade personerna i särskilt boende som tackat ja till munhälsobedömning ska erhålla en sådan under kalender året.
Målet är uppfyllt.

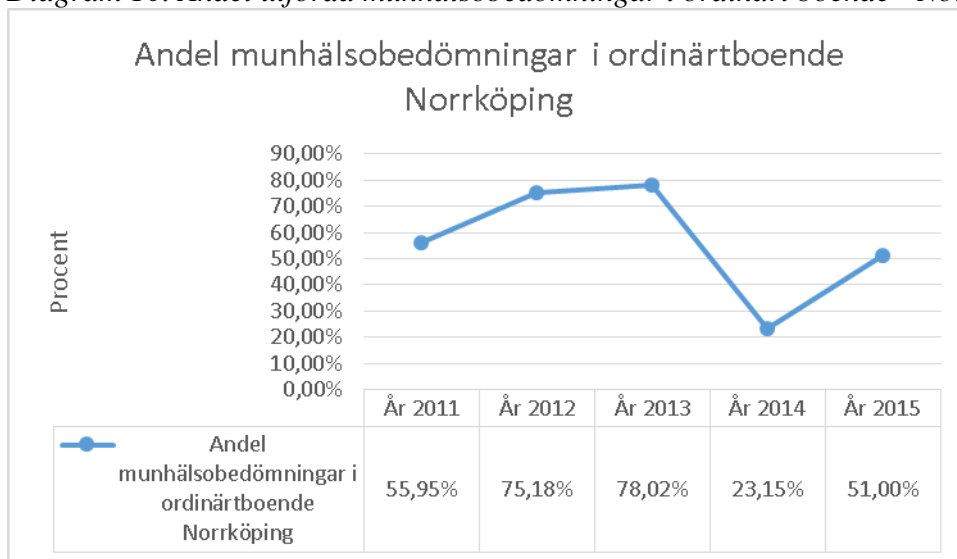
Diagram 9. Andel utförda munhälsobedömningar i särskilt boende – Norrköping.



Källa: Tandvårdsgruppen – Regionen i Östergötland

- 70 % av de berättigade personerna i ordinärt boende som tackat ja till munhälsobedömning ska erhålla en sådan under kalender året.
Målet är inte uppfyllt.

Diagram 10. Andel utförda munhälsobedömningar i ordinärt boende - Norrköping



Källa: Tandvårdsgruppen, Region Östergötland

Under året har flera avvikelser skickats mellan särskilda boenden och tandvårdsutföraren relaterat till brister i uppfyllelse av tandvårdsutförarens krav enligt avtal men även brister i kommunens skyldigheter enligt kommunens överenskommelse med Tandvårdsenheten.

Under hösten 2015 slutförde Region Östergötlands en ny upphandling för den uppsökande verksamheten i Östergötland. Nytt avtal startar 2016-01-01 och Norrköpings kommun har tilldelats tandvårdsutföraren Orale Care.

Region Östergötland, Tandvårdsenheten har under året arrangerat tre utbildningstillfällen för intygsutfärdare för uppsökande och nödvändig tandvård i Norrköping.

Läkemedelsbehandling

Under år 2015 ska samtliga patienter som har hemsjukvård erhålla en s.k. enkel läkemedelsgenomgång. Enligt denna överenskommelse med Region Östergötland avses med hemsjukvård, alla patienter som bor i ordinärt boende, särskilt boende och korttidsboende och inte har sin behandlingsansvariga läkare inom specialistsjukvården. Resultatet visar att 381 läkemedelsgenomgångar har registrerat på 358 unika patienter i Norrköpings kommun. Av dessa är 374 registrerade i särskilt boende, 4 inom LSS och 3 i ordinärt boende.

Det låga resultatet väcker osäkerhet om det är antalet utförda eller antalet registrerat utförda läkemedelsgenomgångar?

Det är därför angeläget att varje enhet analyserar sina resultat och säkerställer följsamhet till gällande riktlinje för läkemedelsgenomgång så att alla berörda patienter årligen får en säkrad läkemedelsbehandling. I överenskommelse om läkarmedverkan ska årlig läkemedelsgenomgång tydliggöras och utfallet utvärderas. Verksamheten ansvarar för att personalen har kompetens kring en god och säker läkemedelsbehandling och att kompetensen upprätthålls.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen

En sammanställning av genomförda kvalitetsgranskning har delgivits medicinskt ansvariga, verksamhetschefer, områdeschefer, enhetschefer för hälso- och sjukvårdspersonal, enhetschefer för hemsjukvård samt läkemedelsansvariga sjuksköterskor. Utifrån de brister som identifierats har varje enhet upprättat en lokal åtgärdsplan.

Analysen av det övergripande resultatet påvisar ett flertal förbättringsområden. Bland annat behöver verksamheterna säkerställa;

- förvaringen av läkemedel i generella och akuta läkemedelsförrådet
- förvaringen i patientens egna förråd
- att narkotikakontroller genomförs i tillräcklig omfattning och eventuella brister analyseras såväl i läkemedelsförrådet som i patientens egna förråd
- att nyckelhandlingen till läkemedelsförrådet och patientens egna förråd är säkrad.

Tabell 25. Förbättringsparametrar läkemedelshantering, år 2014 och år 2015

Parametrar - alla enheter	2015 oförändrat jmf 2014	2015 förbättring jmf 2014	2015 försämring jmf 2014
Förvaringen av läkemedel i generella och akuta läkemedelsförrådet - <i>andel som svarat ja</i> på frågeställningarna	X		
Förvaringen i patientens egna förråd - <i>andel som svarat ja</i> på frågeställningarna			X
Narkotikakontroller genomförs i tillräcklig omfattning och eventuella brister analyseras såväl i läkemedelsförrådet som i patientens egna förråd - <i>andel som svarat ja</i> på frågeställningarna		X	
Nyckelhanteringen till läkemedelsförrådet och patientens egna förråd är säkrad - <i>andel som svarat ja</i> på frågeställningarna			X

Källa: rapport kvalitetsgranskning 2015, utförd enligt avtal av Apoteket AB

Kvalitetsgranskningen visar att sjuksköterskor totalt delar 428 dosetter med läkemedel. Enligt sjuksköterskorna borde 54 av dessa dosetter, d v s 13 procent, vara delade i ApoDos⁶. Detta är en ökning i antal dosetter delade av sjuksköterskor jämfört med föregående år men en minskning av den procent av dosetterna som sjuksköterskorna anser skulle kunna vara delade i ApoDos.

Tabell 26. Kvalitetsgranskning av läkemedel - dosettindelning av sjuksköterska,

Alla enheter	2014	2015
Hur många dosetter delas av sjuksköterska? - antal	306	428
Hur många av dessa dosetter bedömer sjuksköterska borde delas i ApoDos? - antal	57	54
Hur många av dessa dosetter bedömer sjuksköterska borde delas i ApoDos? - procent	19	13

Källa: rapport kvalitetsgranskning 2015, utförd enligt avtal av Apoteket AB

⁶ ApoDos innebär att patienten får sina läkemedel i påsar eller brickor för det enskilda intagningstillfället i stället för att få separata läkemedelsförpackningar.

Målet för 2015 års kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen är att föregående års brister ska vara åtgärdade i kommande granskning.

Granskning av Ansvar och Omsorg AB

Under våren 2014 hade synpunkter lämnats om verksamheten på enheterna, varför beslut fattades om att genomföra uppföljning och kontroll. Först fick företags-ledningen i juni 2014 del av dessa synpunkter, sedan tillsattes en intern analys-grupp med representanter från berednings- och planeringsenheten och medicinskt ansvariga. Aktuella dokument och underlag granskades, analyserades och bedömdes. I materialet kom även brukare bosatta på enheterna att tillfrågas.

Granskningen omfattade flera delar inom hälso- och sjukvårdens område:

- Rutiner för hantering av synpunkter och klagomål
- Egenkontroller
- Verksamhetsberättelse 2013
- Verksamhetsplan 2014
- Patientsäkerhetsberättelse 2014
- Socialstyrelsens brukarundersökning 2014
- Rehabiliteringsnivåer
- Hygienobservationer och hygienronder
- Läkäröverenskommelse
- Utredning av avvikelser
- Förebyggande vård – fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen
- Vård i livets slut
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Inhämtande av samtycke

Följande områden fick bedömningen godkänt med reservation:

- Läkäröverenskommelse
- Utredning av avvikelser
- Förebyggande vård – fall, undernäring, trycksår och hälsa i munnen
- Vård i livets slut
- Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering
- Inhämtande av samtycke.

Ett område har fått bedömningen inte godkänt:

- Hygienobservationer och hygienronder.

Inom samtliga ovanstående områden som inte blev helt godkända ska Ansvar och Omsorg genomföra förbättringsåtgärder utifrån en handlingsplan under 2015.

Granskningen sammanfattades i en rapport som delgavs företaget 19 februari 2015 och Vård- och omsorgsnämnden den 18 mars 2015.

Utveckling av vård- och omsorgskontorets ledningssystem

Projektet som bedrivits för att utveckla vård- och omsorgsnämndens ledningssystem har slutförts. Utvecklingsarbetet har lett till:

- Ny ram för ledningssystem (2014).
- Fastställd riktlinje för egenkontroll.
- Fastställd riktlinje för dokumentstyrning.
- Ett underlag till riktlinjer för avvikelshantering av synpunkter och klagomål samt rapporterade vårdskador och missförhållanden samt hantering av riskanalyser har tagits fram. Arbetet med att slutföra riktlinjerna har tillfälligt avbrutits av vård- och omsorgsdirektören i oktober 2015 i avvaktan på att vård- och omsorgskontorets huvudprocesser har tydliggjorts.

Utredning av avvikelser

Helårsuppföljning av rapporterade avvikelser

Enligt vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för kvalitetssäkring ska medicinskt ansvariga tillsammans med Socialt ansvarig samordnare sammanställa och kontrollera hanteringen av inrapporterade avvikande händelser där vårdskada/missförhållande eller risk för vårdkada/missförhållande förekommit. Att hantera avvikelser är en del i arbetet med att säkerställa att vården till den enskilde ges med god kvalitet.

Under 2014 och 2015 har det nya verksamhetssystemet, Treserva, succesivt införts. Det har medfört att avvikelsestatistik för perioden hämtats både från avvikelsemodulen i det gamla verksamhetssystemet Sofia Omfale och från det nya i Treserva. Dessa två avvikelsemoduler har använts parallellt sedan hösten 2014 och användes så fram till årsskiftet 2015/2016.

Uppföljningen av avvikelser avser perioden, 1 oktober 2014 till 30 september 2015. Analysen omfattade både rapporteringsskyldigheten på hälso- och sjukvårdens område samt omsorg/stöd och service. Utifrån den registrering som genomförts i avvikelsemodulerna går det inte statistiskt att säkerställa fördelningen mellan dessa båda områden. Antalet rapporterade avvikande händelser under perioden var totalt 15564, varav 5027 fanns registrerade i ”Sofia Omfale” och 10537 registrerade i ”Treservas” avvikelsemodul.

De vanligaste avvikelserna som rapporterats är som tidigare år händelser avseende fall och läkemedel. En bedömning görs att det kan finnas en viss underrapportering av avvikande händelser inom alla kategorier.

Tre allvarliga händelser som orsakat vårdskada har anmälts enligt lex Maria till inspektionen för vård och omsorg, IVO. Ingen händelse har rapporterats till Läkemedelsverket under året. En uppföljning av fastställda mål för att kvalitetssäkra avvikelshanteringen med syfte att minska risk för vårdskador och missförhållanden har sammanställts i en förenklad analys.

Mål	Nuläge	Mål uppfyllelse
<p>Mål 1: 100 procent av händelser ska vara konsekvensbedömda.</p>	<p>Under perioden har 83 procent av de inrapporterade händelserna konsekvensbedömts.</p> <p>Resultatet har förbättrats från helår 2014 då 76 procent var bedömda.</p>	<p><i>Målet är inte uppfyllt</i></p> <p>✓</p>
<p>Mål 2: 100 procent av händelserna ska ha minst en åtgärd för att minska risk för återupprepning.</p>	<p>Totalt har 46 procent av händelserna minst en åtgärd för att minska återupprepning.</p> <p>Resultatet har försämrats från helår 2014 då 49 procent av händelserna hade minst en åtgärd.</p> <p>Positiv trend ses i Treserva att 60 procent hade minst en åtgärd.</p>	<p><i>Målet är inte uppfyllt</i></p> <p>✓</p>
<p>Mål 3: Öka medarbetares medvetenhet och kompetens att identifiera och rapportera skador i samband med avvikelser.</p>	<p>Totalt har 21 procent av händelserna i avvikelsemodulen Treserva, bedömts om en skada inträffat eller inte, i samband med händelse.</p> <p>I avvikelsemodulen Sofia Omfale går inte uppgiften att få fram.</p> <p>Först år 2016 när samtliga verksamheter rapporterar i Treservas avvikelsemodul kan en fullständig uppföljning av målet göras.</p>	<p><i>Målet är inte uppfyllt</i></p> <p>✓</p>
<p>Mål 4: Samtliga verksamheter ska ha en skriftlig lokal rutin som beskriver ansvarsfördelning och hanteringen av rapporterade avvikelser.</p>	<p>Verksamhetsområdena Särskilt boende för äldre och verksamheten för personer med funktionsnedsättning har var sina gemensamma lokala rutiner inom respektive verksamhetsområde.</p> <p>I verksamhetsområdet ordinärt boende uppger tre av 27 enheter att de har en lokal rutin för detta.</p> <p>Myndighetsutövningen har en lokal rutin för hantering av rapportera avvikelser i pappersform då de inte använder avvikelsemodulen i Treserva. Myndighet använder dock avvikelsemodulen i Treserva för att rapportera ”avvikelse mellan vårdgivare”.</p>	<p><i>Målet är delvis uppfyllt</i></p> <p>✓</p>

Utöver de fastställda målen har analysen påvisat att i 48 procent av alla händelser (7470 av 15564) har minst en bakomliggande orsak angetts till varför händelsen uppkom. Det är av stor vikt att bakomliggande orsaker till avvikande händelser identifieras så att effektiva åtgärder vidtas i arbetet med ständiga förbättringar. De vanligaste registrerade bakomliggande orsakerna till avvikelser var brister i processer och arbetsrutiner.

Analysen påvisade att det finns brister i avvikelshanteringens både inom verksamhet och på en övergripande lednings- och styrningsnivå. Bristerna kan leda till en ökad risk för att vårdskada. Bedömning görs att krav och mål avseende utredning av avvikelser enligt vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, inte uppnås.

Avvikelser mellan vårdgivare och andra aktörer

Vård- och omsorgskontoret har genom avtal och överenskommelser krävställt att vårdgivare och andra aktörer ska rapportera identifierade avvikelser. Under perioden hade 397 avvikelser rapporterats mellan andra vårdgivare/annan aktör och vård- och omsorgskontoret.

Vård- och omsorgskontoret har rapporterat 282 avvikelser där brister påtalats hos annan vårdgivare och mottagit 115 avvikelser från annan vårdgivare.

Tabell 27. Avvikelser mellan vård- och omsorgskontoret och annan vårdgivare.

Verksamhetsområde	Antal	Till annan vårdgivare	Till Vård- och omsorgskontoret
Funktionsnedsättning (VPF)	31	28	3
Särskilt boende Äldre	63	38	25
Hemtjänst – Ordinärt boende	46	28	18
Hemsjukvård – Ordinärt boende	186	143	43
Myndighetsutövning	71	45	26
Totalt	397	282	115

I avvikelsemodulen går det inte idag att ta fram särskild statistik på dessa avvikelser då inregistreringen är bristfällig. Den statistik som ligger till grund för uppföljningen sker genom manuell registrering.

Lex Maria

Vård- och omsorgsnämnden har rapporteringsskyldighet att anmäla allvarliga negativa händelser och tillbud som inträffar inom hälso- och sjukvårdens område till myndigheten för Inspektion vård och omsorg. Under perioden genomfördes tre anmälningar till IVO utifrån allvarliga händelser av medicinskt ansvariga.

Diarienummer: 2015/0237 Rullstol tippat baklänges – Ordinärt boende/Hemsjukvård

En hjälpmedelsförskrivare gör ett planerat hembesök hos patient i ordinärt boende för att prova ut elrullstol relaterat till att tidigare manuell aktivrullstol utan tippskydd blivit sliten. Bedömning gjordes att ny stol skulle förskrivas. Cirka fem månader senare tippade patienten bakåt med den utskrivna stolen och skadas allvarligt och patienten avlider några dagar senare. Utredningen påvisade allvarliga brister i bedömningen av patientens aktuella hälsotillstånd och funktionsförmåga i förhållande till krav en manuell aktivrullstol utan tippskydd ställer. Utredningen påvisade att avsteg gjordes i följsamhet till förskrivningsprocessen och dokumentationsskyldigheten.

Flertal åtgärder vidtogs för att likande händelser inte ska inträffa igen. Beslut inkom från IVO den 9 April med bedömningen att vårdgivarens slutssatser framstår som rimliga och adekvata och det föreligger inte några särskilda omständigheter i utredningen som kräver ytterligare åtgärder. Ärendet avslutas.

Diarienummer: 2015/0405 Utebliven vård och behandling – Särskilt boende

En brukare/patient flyttade in på ett demensboende i Norrköpings kommun. Efter cirka en månad avlider brukaren/patienten. Utredningen påvisade ett flertal bakomliggande orsaker till uppkomsten av händelsen bl.a. brister i uppföljning av diagnos samt effekt av ordinerade och givna tarmreglerande läkemedel. Enligt svar från obduktionen orsakades dödfallet av tarmvred och en sprucken tarm. Orsaken till tarmvredet kunde inte helt klargöras men sammanväxningar fanns som också sannolikt bidragit till händelsen.

Ett flertal åtgärder vidtas för att likande händelser inte ska inträffa igen. Beslut inkom från IVO den 24 augusti med bedömningen att vårdgivarens slutssatser framstår som rimliga och adekvata och det förelåg inte några särskilda omständigheter i utredningen som krävde ytterligare åtgärder. Ärendet avslutas.

Diarienummer: 2015/ 0705 Fördröjd vård och behandling vid urinvägssymtom – Ordinärt boende/Hemsjukvård

Hemsjukvården besökte en patient regelbundet för dosettindelning. Patienten hade en historik med återkommande urinvägsinfektioner. Utredningen påvisade ett flertal bakomliggande orsaker till fördröjd vård och behandling för urinvägsinfektion bl.a. otillräcklig dokumentation, otydlig kommunikation mellan kommunens verksamheter och region Östergötland samt bristande följsamhet till arbetsrutinen ”Kontakt med sjuksköterska”. Ett flertal åtgärder vidtas för att likande händelser inte ska inträffa igen. Beslut från IVO har ännu inte inkommit.

Anmälan till läkemedelsverket- medicintekniska produkter

Vårdgivaren har rapporteringsskyldighet att anmäla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter till både Läkemedelsverket och tillverkare. Under perioden har ingen allvarlig händelse inträffat där medicinteknisk produkt varit inblandad.

Utredning av allvarliga avvikelser – risk- och händelseanalys

Inom verksamheterna för ordinärt boende har händelseanalysutredningar genomförts för cirka tjugo avvikelser med hög allvarlighetsgrad. Inom verksamheten för personer med funktionsnedsättning har utredning vidtagits med anledning av ett tiotal avvikelser med hög allvarlighetsgrad, fem av dessa pågår. Inom verksamheten för särskilt boende -SOL har även där ett tiotal utredningar genomförts.

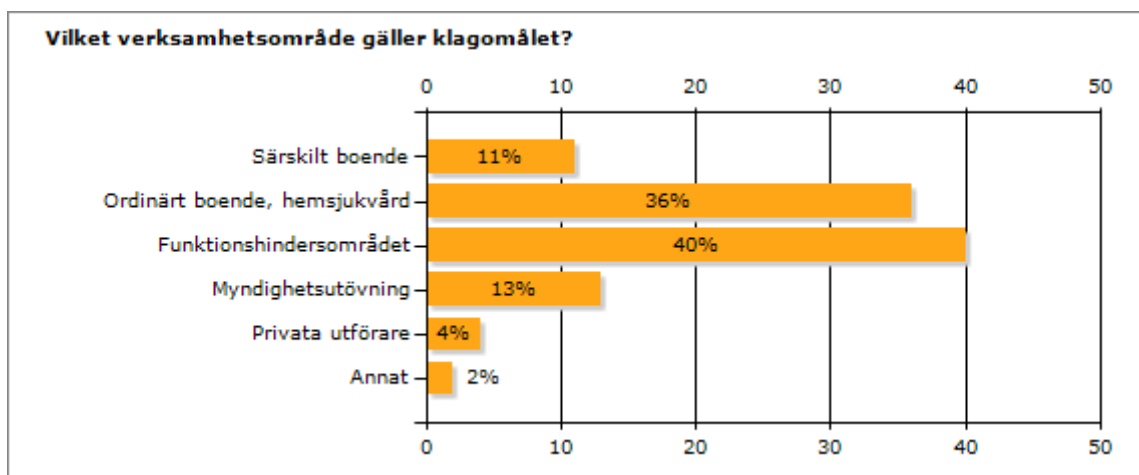
Händelseanalyserna har legat till grund för att klargöra om händelserna varit så allvarliga att de skulle lex Maria anmälas. I dessa ärenden har handlingsplaner tagits fram och åtgärder har genomförts för att förhindra att liknande händelser åter ska inträffa. Uppföljning och riskanalyser omkring inträffade händelser är under utveckling och är identifierade förbättringsområden.

Synpunkter och klagomål – Vård- och omsorgskontoret

Under perioden 1 januari till 31 december 2015 har 185 synpunkter inkommit. Av dessa är 111 synpunkter utredda och avslutade i diariet och finns med i sammanställning. Under december inkom 22 synpunkter som ännu inte är slutförda. Av de synpunkter och klagomål som inkommit är 52 ännu inte utredda.

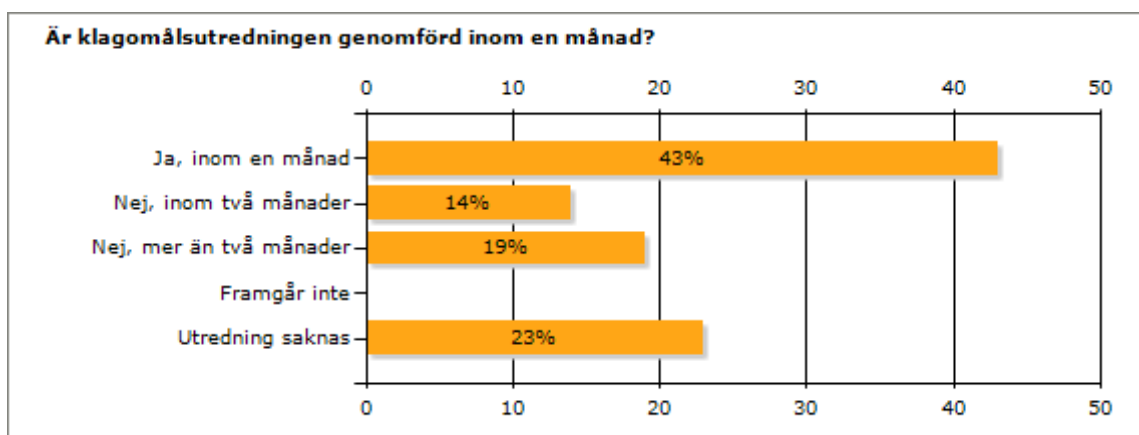
Funktionshindersområdet har fått flest synpunkter. De har ökat från 26 till 40 procent vid jämförelse mellan 2014 och 2015. Kategori ”Annat” avser synpunkter och klagomål gällande annat än verksamhet, exempelvis webbsida, vikariebanken eller PUFF-enheten.

Diagram 11. Vilket verksamhetsområde gällde synpunkten och klagomålet.



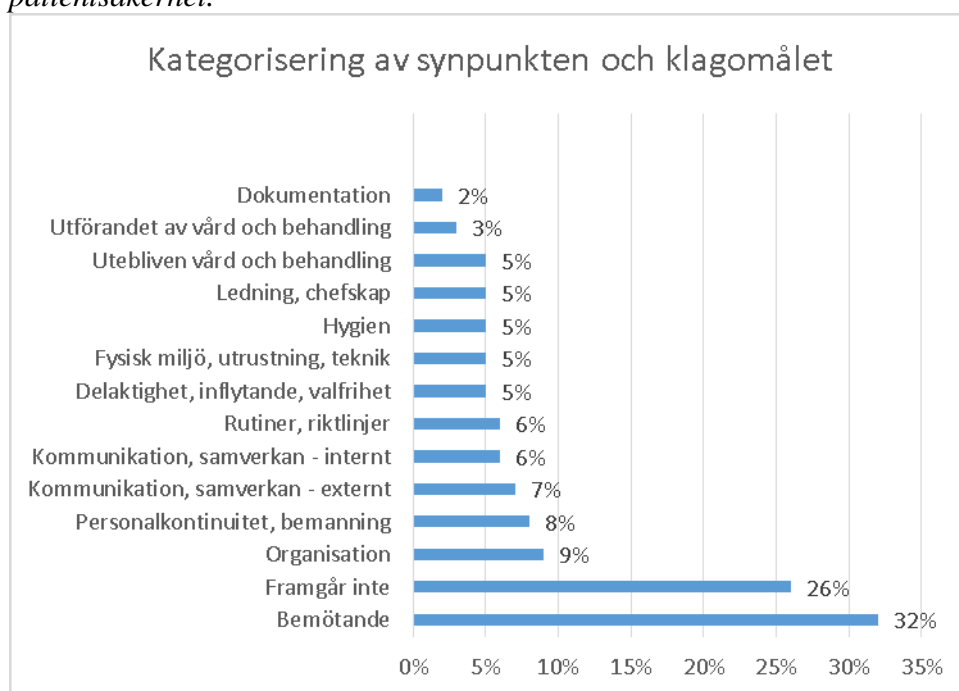
Enligt riktlinjen för synpunkter och klagomål ska en utredning genomföras och diarieföras inom en månad. Av de synpunkter som utretts var 43 procent genomförda inom en månad.

Diagram 12: Klagomålsutredningens längd.



Den som utreder ett klagomål anger i utredningsmallen vad klagomålet handlar om. I diagrammet redovisas endast de kategorier som kan involvera brister på hälso- och sjukvårdens område. Kategorin ”Bemötande” är den typ av synpunkt och klagomål som framförts mest. Många av kategorierna kan både omfatta händelser som inträffat i samband med omsorg/stöd och serviceinsatser och/eller hälso- och sjukvårdsinsatser.

Diagram 13. Kategorisering av lämnade synpunkter och klagomål som kan omfatta patientsäkerhet.



Risk finns att kategoriseringen av synpunkten och klagomålet inte omfattar samtliga delar i händelsen. Uppföljningen påvisade att 13 procent av synpunkterna och klagomålen handlade direkt om vård och behandling. Av dessa rörde 5 procent utebliven vård och behandling, 3 procent utförandet av vård och behandling och 5 procent hygien.

Risk finns att brukare, patienter och närstående inte får tillräcklig information om hur synpunkter och klagomål kan lämnas. Enligt Nationella brukarundersökningen 2015 för särskilt boende uppger 53 procent av de svarande att de inte vet var de ska vända sig. Motsvarande siffra i ordinärt boende var 42 procent.

Kunskap och metoder behöver utvecklas kring hur bakomliggande orsaker analyseras och sammanställs på enhets-, verksamhetsområdes- och övergripande nivå för att se mönster och trender på systemnivå.

Klagomål till IVO – Yttrande vård- och omsorgsnämnden

Under 2015 har IVO avslutat sju ärenden där de bett vård- och omsorgsnämnden yttra sig kring klagomål som inkommit direkt till myndigheten. Nedan redovisas dessa ärenden i korthet.

Diarienummer: 2014/0508 Avliden obducerades inte, Särskilt boende- SoL

Beslut har inkommit efter det att klagomål skickats till IVO avseende felaktiga rutiner vid dödsfall på ett äldreboende. Bårhuset lämnade ut den avlidne inför begravning till begravningsbyrå fast det på bårhusmeddelandet stod att den avlidne först skulle obduceras. Läkaren började skriva en remiss till patologen för obduktion men missade att skicka iväg den. IVO avslutar ärendet med allvarlig kritik. Vård- och omsorgskontoret har sedan juni 2015 avtal att erhålla bårhusförvaring av region Östergötland.

Diarienummer: 2015/0680 – Brister i arbetsledning och organisation- Personlig assistans

Beslut har inkommit efter det att klagomål skickats till IVO avseende brister i utförandet av personlig assistans. Fem assistenter hos en brukare har skickat in klagomål på brister som de upplever i arbetsledningen vilket ger konsekvenser för brukaren. IVO's bedömning är att nämndens vidtagna och planerade åtgärder bör vara tillräckliga för att ge den skilde en insats som motsvarar lagstiftningens krav på god kvalitet utifrån den enskildes aktuella situation och behov. IVO avslutar ärendet.

Diarienummer: 2014/0687 Klagomål gällande utebliven "specialträning" - Personlig assistans

Beslut har inkommit efter det att klagomål skickats till IVO avseende brister i personliga assistenters utbildning och utförande av "beröringsträning". Brukaren har inte medverkat då kommunens hemsjukvård, som startade 1 januari 2014, önskat göra en funktionsbedömning innan insatser sattes in. IVO anser det fullt rimligt att ny personal i hemsjukvården behöver göra en ny funktionsbedömning och finner inget skäl att utreda ärendet vidare. IVO avslutar ärendet.

Diarienummer: 2015/0306 Brister kompetens samt i samverkan mellan kommun och Region- Särskilt boende LSS

Beslut har inkommit efter det att klagomål skickats till IVO avseende att enskilds LSS-boende, anses av den enskildes förvaltare, inte fullgott för den enskilde. IVO's bedömning är att den enskildes funktionsnedsättning och de stora problem som de medför för den enskilde förutsätter att Norrköpings kommun och region Östergötland har ett tätt samarbete över lång tid. IVO skriver att det är uppenbart att vård- och omsorgsnämnden i Norrköping och region Östergötland har olika uppfattningar om huruvida den enskildes nuvarande LSS-boende i en servicebostad är anpassad efter enskildes behov. IVO ser allvarliga brister i samverkan mellan kommunen och regionen och bedömer att det är av största vikt att en fungerande samverkan upprättas mellan berörda parter för att skapa en så trygg situation som möjligt för den enskilde och hans omgivning. IVO avslutar ärendet.

Diarienummer: 2015/0742 Klagomål gällande uteblivna begränsningsåtgärder- Äldreboende SOL

Beslut har inkommit efter det att klagomål skickats från närstående, tillika god man, för en boende på ett äldreboende i Norrköping, till IVO. Den klagande ansåg att boendet borde ha upprättat ett "permissionsförbud" för den enskilde att åka hem till sin före detta sambo på helgerna. Vid sista vistelsen hos före detta sambon bröt den enskilde benet och hjälp påkallades först flera timmar senare, den enskilde avled en dryg vecka efter händelsen. IVO bedömer att det inte funnits skäl för verksamheten att vidta några särskilda åtgärder i samband med att den enskilde åkt hem till sin före detta sambo. Verksamheten har handlat utifrån gällande lagstiftning att utforma insatserna efter den enskildes behov, förutsättningar och önskemål. IVO avslutar ärendet.

Diarienummer: 2014/0643 Brister i omvårdnad och omsorg vid ett äldreboende- SoL
 Beslut har inkommit efter det att klagomål skickats till IVO kring en boende på ett äldreboende avseende brister i stöd med personlig hygien. Detta menar den klagande fick till följd att en fistel inte upptäcktes, brister i behandling av ett infekterat öga och en lunginflammation. Även påtalas brister kring uppföljning av blodsockervärde och näringsintag. IVO kan konstatera att vård- och omsorgskontoret och även verksamhetschefen på vårdcentralen har tagit emot och utrett klagomålet i tillräcklig omfattning och att adekvata åtgärder vidtagits och bedömer att inga ytterligare åtgärder behöver vidtas. IVO avslutar ärendet.

Diarienummer: 2015/0386 Klagomål gällande uteblivna och förändrade omsorgsinsatser vid en Särskild bostad för barn och unga- LSS

Beslut har inkommit efter det att klagomål skickats till IVO avseende kvalitetsbrister i genomförande av insats på ett boende för barn och ungdomar enligt LSS. Kvalitetsbristerna avsåg förändringar i kommunikationsstödet, att rutiner för förebyggande arbete ändrats, utebliven filmning av matsituationen, försämrad bemanning och att vårdnadshavare inte tillåtits vara delaktig. IVO bedömer att verksamheten har uppfyllt sin skyldighet att ta hänsyn till ungdomars behov av stöd och den enskildes egen vilja och önskemål, upprätta kontakt med vårdnadshavare och att den arbetar efter en struktur för att regelbundet bedöma behov av personal. IVO avslutar ärendet.

Klagomål – Patientnämnd

Under 2015 har Patientnämnden mottagit 11 ärenden som gäller hälso- och sjukvård i vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Ett av dessa ärenden ledde till en lex Maria utredning relaterat till utebliven vård- och behandling inom särskilt boende - SoL.

Tabell 28 – Patientnämndsärenden.

Händelseskategorisering – Patientnämnden 2015	Antal registreringar
Behandling	2
Bemötande	2
Informationsöverföring/samverkan mellan olika vårdgivare/huvudmän	1
Läkemedel	1
Medicinteknisk utrustning/hjälpmedel	1
Personlig omvårdnad	1
Undersökning/utredning	1
Valfrihet/fritt sökande	1
Vårdplanering/vårdplan	1
	11

Källa – Region Östergötland Patientnämnd

13 Övergripande mål och strategier för kommande år

Det viktigaste målet är att skapa en stark patientsäkerhetskultur. Med patientsäkerhetskultur menas ett förhållningssätt och attityder hos individer i en organisation, som har betydelse för patientsäkerheten. En förutsättning för att lyckas är ett starkt stöd och engagemang på alla ledningsnivåer i organisationen. Genom att reflektera över misstag som naturliga inslag i en komplex verksamhet och som en källa till systematiska förbättringar stärks säkerhetsmedvetandet. Det är först då som aktiviteter för ökad patientsäkerhet blir effektiva.

Vård- och omsorgsnämndens mål inom hälso- och sjukvård

Målet är att patientsäkerheten ska öka. Under 2016 - 2018 ska kvaliteten inom följande områden öka:

- vårdprevention gällande fall, undernäring, munhälsa och trycksår
- basala hygienrutiner och klädregler
- läkemedelsgenomgång
- rehabiliteringsnivåbedömning
- god och värdig vård i livets slutskede.

Ytterligare identifierade förbättrings- och utvecklingsområden

- avvikelshantering och riskanalys
- patientsäkerhetsdialogerna inom alla verksamheter
- kommunikation och informationssäkerhet enligt SBAR
- journaldokumentation, vårdplaner, SIP och loggkontroller
- deltagande i befintliga och kommande kvalitetsregister, exempelvis SveDem
- följsamhet till nationella vårdprogram och andra styrande dokument
- demensvård, hjärtsvikt, pyelonefrit, KOL och diabetes
- patient och närstående medverkan
- läkarmedverkan
- läkemedelshantering och förvaring
- personal, lokaler och utrustning

Strategier

Vård- och omsorgskontoret behöver fortsätta arbetet med att utveckla patientsäkerhetskulturen. Ansvariga för hälso- och sjukvården ska tillsammans ta fram handlingsplaner med tydliga mål, ansvarsfördelning, tidplan, åtgärder och uppföljning av åtgärders effekt för samtliga förbättrings- och utvecklingsområden. Handlingsplanerna ska täcka både enhets-, verksamhets- och förvaltningsövergripande nivå.

Utbildning och träning i att identifiera processer och arbetsrutiner, med stöd av Lean, är viktigt för att skapa en gemensam värdegrund och förbättra kommunikationen mellan individer och yrkesgrupper som ytterligare stärker patientsäkerhetskulturen.