



# Patientsäkerhetsberättelse

## År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-08-10 Carin Östlund

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
Inledning.....	4
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>8</b>
Riskanalys .....	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>10</b>
Egenkontroll.....	10
Avvikelser .....	10
Klagomål och synpunkter.....	12
Kvalitetsmätning inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen .....	13
Kvalitetsmätning inom hemsjukvård.....	18
Kvalitetsregister BPSD och Pallitiva.....	21
<b>MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....</b>	<b>24</b>

---

## Sammanfattning

Målet för patientsäkerhetsarbetet 2019 var att:

- Kvalitetssäkra kommunal hälso- och sjukvård genom egenvårdskontroller.
- Fortsatt implementering av det systematiska arbetet att förebygga risker så som fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

Egenvårdskontroller har genomförts genom olika mätningar såsom kvalitetsmätning, självskattning av basala hygienrutiner, nattfastemätning, avvikelser och fallrapporter, trycksår, undernäring samt uppföljning av klagomål och synpunkter.

Inrapporteringen av klassificering av vårdåtgärder, KVÅ, inom hälso- och sjukvård genomförs regelbundet till Socialstyrelsen. Det verksamhetssystem som kommunen har i nuläget är inte riktigt anpassad så att vi kan säkerställa att det blir korrekt statistik som skickas till Socialstyrelsen. Det nya verksamhetssystemet som ska implementeras under hösten 2020 är bättre anpassat, så det ska underlätta att skicka in statistiken för KVÅ till Socialstyrelse.

Resultaten på egenkontroller som kommer fram i de olika mätningarna inom verksamheten återkopplas till enheterna. De resultat som redovisas ska leda till att handlingsplaner jobbas fram vilket ska leda till förbättringar för personerna på enheterna. Att ta tillvara resultaten av mätningarna och jobba med förbättringsområden är ett område som äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen kan utveckla och bli bättre på.

Läkemedelsavvikelser och inrapporterade fall i nyckeltal visar att de ökar. För att minska läkemedelsavvikelser görs webbutbildning med kunskapstest. Vi har även lagt till ett test som görs på papper när sjuksköterska är med. Det är även på gång att köpa in ett digitalt signeringsverktyg som även de ska minska läkemedelsavvikelser såsom till exempel utebliven dos. Fallförebyggande arbete jobbas det med genom riskbedömningar i Senior Alert. Sjukgymnast ska på försök 2020 på en enhet handleda/instruera vård- och omsorgspersonal i balans- och styrkeövningar som de regelbundet ska öva med de äldre på enheten.

Läkemedelsgenomgångar genomförs och är även de ett förebyggande arbete för att minska fall och läkemedelsbiverkningar. Andelen genomförda läkemedelsgenomgångar har ökat något 2019 till 41% jämfört med 2018 23%. Det behövs samarbete mellan kommunen och hälsocentralen för att genomföra en läkemedelsgenomgång och under 2019 har det inte kunnat genomföras alla planerade läkemedelsgenomgångar på grund av att läkartiderna inte räckt till.

---

## **Inledning**

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten i hälso- och sjukvården där kommunen har ansvaret.

## **STRUKTUR**

### **Övergripande mål och strategier**

Målet för patientsäkerhetsarbetet 2019 var att:

- Kvalitetssäkra kommunal hälso- och sjukvård genom egenvårdskontroller.
- Fortsatt implementering av det systematiska arbetet att förebygga risker så som fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

Strategier:

Att genomföra en egenkontrolls mätning för hälso- och sjukvård.

Följa upp statistik som rapporteras in till Socialstyrelsen.

Information till vård- och omsorgspersonal om syftet och arbetssättet med riskbedömningar samt uppföljning på enheterna av den egna statistiken.

### **Organisation och ansvar**

#### **Vårdgivare/Kommunstyrelsen**

Vårdgivaren/Kommunstyrelsen ansvarar för kommunens hälso- och sjukvård, och för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kommunstyrelsen kallas inom Hälso- och sjukvården för vårdgivare och utbildning- och omsorgsutskottet är beredande organ till kommunstyrelsen.

#### **Verksamhetschef för omsorgen**

Verksamhetschef för omsorgen samt hälso- och sjukvården representerar vårdgivaren. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar, så att verksamheterna bedriver en god vård samt omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschef utan sjuksköterskeutbildning har enligt bestämmelser inte det medicinska ansvaret.

---

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS utgör tillsammans med verksamhetschefen ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för uppföljning enligt patientsäkerhetslagen och har genom delegation från vårdgivaren att upprätta patientsäkerhetsberättelse årligen samt att utreda och anmäla Lex Maria ärenden.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal skall inom ramen för verksamhetens ledningssystem aktivt medverka i det systematiska kvalitets-, förbättringsarbetet och utvecklingsarbete samt uppföljning av mål och resultat för att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera risker, avvikelser och tillbud samt ta emot och rapportera klagomål och synpunkter.

## Kvalitetsgrupp

Verksamhetschef för omsorgen, avdelningschefer inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorg, individ och familjeomsorg, flykting samt MAS ingår i kvalitetsgruppen tom början av år 2019, därefter är det verksamhetschef, strateg och MAS som granskar, analyserar och planerar åtgärder gällande inkomna avvikelser, tillbud, klagomål och synpunkter. Kvalitetsgruppen träffas ungefär 1 gång/månad. Till hjälp i patientsäkerhetsarbetet kan vi ta del av extern expertis såsom till exempel Smittskydd, Vårdhygien och Patientnämnden.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Ledning inom kommunens verksamhetsområden utbildning och omsorg samt avdelningschef kommunal utveckling träffar hälsocentralens ledning 4 gånger per år för att samverka kring gemensamma frågor och tillsammans förbättra för medborgarna. Äldre med multisjukdom finns med som punkt på dagordningen när vi träffas för att följa upp hur vi kan förbättra vården för de äldre med flera sjukdomar.

Överenskommelse finns med Vårdhygien, Region Västerbotten, för att få stöd vid vårdhygieniska frågor samt förbättra följsamheten till basala hygienrutiner. Det innebär att vi får hjälp med utbildning, de genomför hygienronder samt stöttar med specialistkunskaper vid olika sjukdomar för att minska smitta till exempel om en brukare är bärare av multiresistenta bakterier.

Överenskommelse finns även med Medicinsk teknik, Region Västerbotten, som kontrollerar och lagar medicintekniska hjälpmedel. Avtal finns även med hjälpmedelscentralen gällande hjälpmedel.

Överenskommelse finns mellan hälsocentralen, biståndet, hemtjänst och hem-sjukvården om bland annat samordningsmöten, en gång per vecka. Vid mötet lyfts patienter (som gett sitt samtycke) som är i behov av samordning av vård och omsorg.

---

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Patienter och ev. närstående (efter samtycke) är med på individuella vårdplaneringar för att de ska få delge vilka behov de har och hur de vill att vård och omsorg ska ges samt att hälso- och sjukvårdsfrågor lyfts. Syftet med träffen är att skriva en vårdplan för fortsatt vård och omsorg.

Patienter och närstående informeras om en allvarlig vårdskada har inträffat eller om det skulle kunna ha inträffat. De erbjuds vara med i utredning och delge sin upplevelse av händelsen.

Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja individen till att kunna leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. I den palliativa vården förs samtal med patienter och ev. närstående där man utifrån patientens önskemål försöker komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet samt gemensamt sätta upp mål som är viktiga i livets slut.

Närstående erbjuds ett efterlevande samtal 1 månad efter att deras anhörig har gått bort. Det ger närstående möjlighet att delge tankar och funderingar som dykt upp efter dödsfallet och kan vara en hjälp i sorgeprocessen.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Avvikelse och fallrapporter skrivs av den som upptäcker detta. Rapporterna bedöms av inblandade och åtgärder sätts in för att minska risken för att det ska inträffa igen. MAS får alla avvikelser och fallrapporter (pappersblanketter) för att föra statistik och få en helhetssyn om händelserna, bakomliggande orsaker samt åtgärder som är insatta, dessa förs manuellt in i Excelprogram för att få en överblick om patientsäkerhetsrisker. Detta är en långsamprocess vilket gör det svårt att se sammanhang i ett tidigt skede.

När en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada initierar MAS till händelseanalys och genomför den. Berörda i händelsen är också delaktiga. Lex Maria, allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador anmäls till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Händelseanalys och riskbedömning samt plan för åtgärder är en del i anmälan. Lex Maria anmälan redovisas till utskottet när det är aktuellt.

Vid vårdkedjeproblematik skrivs avvikelser till inblandade enheter. Två gånger om år träffas vårdsamordnare Skellefteå lasarett, MAS Skellefteå, och MAS Norsjö samt andra representanter från kommun och Region Västerbotten som är berörda för att gå igenom avvikelser som inträffat för att delge åtgärder och gemensamma förbättringar för att minska vårdskador. Resultaten från dessa möten där brister i olika processer lyfts fram delges i styrgrupp äldre för Skellefteå och Norsjö området, HÖK Äldre.

---

## Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter, kan komma muntligen till verksamheten eller via kommunens hemsida eller via Patientnämnden. Under 2019 har inga klagomål eller synpunkter inkommit från patientnämnden men personal har lämnat in synpunkter. När klagomål inkommer försöker verksamheten lösa det i första hand. Om det inte går lösa på plats så går det vidare till chefer och/eller MAS samt kvalitetsgruppen för analys och eventuella åtgärder planeras in och återkopplas till berörda. Återkoppling görs till den som lämnat klagomålet om det inte är anonymt.

## Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontroller som görs redovisas i tabell 1. Analys av fastställda indikatorer samt från kvalitetsregister återrapporteras till utbildning- och omsorgsutskottet i samband med att Patientsäkerhetsberättelsen presenteras. Utifrån uppnådda resultat i kvalitetsmätningar och måluppfyllelse i fastställda indikatorer, fastställer ledningsgruppen för verksamhetsområdet Omsorg och äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen och MAS åtgärder.

Återkoppling gällande vilka åtgärder som vidtas diskuteras och återkopplas till den berörda personen eller gruppen. Återkoppling sker från närmaste chef. Berörd verksamhet eller processägare ansvarar då för att de åtgärder vidtas som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, samt förbättra de processer och rutiner som inte är ändamålsenliga.

Egen kvalitetsmätning genomförs årligen vecka 46 inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, på särskilda boenden samt inom hemsjukvården. Några av indikatorerna i kvalitetsmätningen jämförs med 8 inlandskommuner och redovisas till utbildning och omsorgsutskottet samt Kommunstyrelsen.

Tre nationella kvalitetsregister används för att utveckla och följa upp olika delar av vård och omsorg.

- Senior Alert registret – Vårdpreventiv process, syftet är att ett förebyggande arbetssätt används, för att förebygga skador i vården samt att alla patienter ska kunna garanteras en säker och lika vård genom struktur, systematik och synliggjorda resultat. I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar och att sätta in åtgärder för personer med risker inom dessa fyra områden: trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Riskbedömningar ska göras 2 gånger per år på varje patient, liksom uppföljning av åtgärder och resultat.
- Palliativa registret - syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras.

När förbättringar införs kan man använda resultat från Svenska Palliativregistret för uppföljning.

- BPSD (beteendemässiga, psykiska symtom vid demenssjukdom) registret – syftet är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.
- Övriga rapporter till exempelvis Öppna Jämförelser och revisioner som berör området används för att ta lärdom och uppmärksamma vilka förbättringsområden som finns.

Tabell 1. Redovisning av egenkontroller.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Personalen fyller i självskattningsblankett.
Hygienronder	Ca vart 4:e år	Vårdhygien genomför och protokoll för dessa.
Nattfastemätning	2 gång per år	Veckolång mätning på enheterna på pappersblankett. Höstens mätning ingår i kvalitetsmätningen vecka 46. Enheterna kan själva mäta oftare.
Avvikelser	Följs löpande och återkopplas löpande till enheterna. Redovisas 1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen.	Manuellt avvikelssystemet.
Trycksår	1-4 gånger per år.	Kvalitetsmätning, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande.	Patientnämnden, IVO, avvikelssystemet samt synpunkts- och klagomålssystemet.
Undernäring	4 ggr/år eller oftare vid behov.	Viktkontroller, kvalitetsmätning, Senior Alert.

## PROCESS –

### Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För att öka engagemanget att arbeta strukturerat vid bedömning av risker och jobba förebyggande, påbörjade enhetschefer för medicinska enheten och MAS under 2018 att föra ut information i arbetsgrupperna om syftet och arbetssättet gällande riskbedömningar enligt Senior Alert. Inom hemtjänst och hemsjukvård hade en planering gjorts för hur införandet av riskbedömningar ska ske med början under våren 2019.



---

Inom särskilt boende har en del enheter kommit igång med riskbedömningarna. Det är viktigt att enhetscheferna visar intresse för det förebyggande arbetet genom att de följer upp och visar resultat av riskbedömningarna för att det ska leda till förbättringar för våra patienter. Det har varit förändringar inom chefsgruppen vilket gjort att det varit vakant tjänst, vikarier eller nya chefer som behöver sätta sig in i flera delar och det förebyggande arbetet har inte varit första prioritet.

Inom hemtjänsten har organisationsförändringen tagit mycket tid och engagemang därför har det varit svårt att komma igång med riskbedömningarna.

Hemsjukvården har inte heller kommit igång vilket kan bero på vilken insats personen är inskriven för i hemsjukvården, även resurser och tidsbrist har påverkat införandet negativt.

Samverkan sker när det gäller multisjuka äldre genom bland annat kommunens och Regionens primärvårdsträffar, REKO. Vi tittar till exempel på resultat från kvalitetsregistren och diskuterar samverkan för att våra äldre inte ska behöva vara på sjukhus när det är undvikbart. Det sker även samordningsmöten 1 gång per vecka mellan kommun och primärvård där individuella ärenden tas upp efter samtycke från individen som bor i ordinärt boende. Från kommun deltar sjuksköterska, enhetschef hemtjänsten samt biståndshandläggare och från primärvården läkare och distriktssköterska. Arbetsterapeut och sjukgymnast kallas då det finns ett behov av deras insatser.

## **Risikanalyser**

Risikanalyser görs vid Lex Maria utredningar. Risikanalyser ska även göras vid händelser som skulle kunna leda till vårdskador och inför organisationsförändringar.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

Avvikelse bedöms på enheterna och av MAS. Allvarigare händelser eller risk för allvariga händelser har utretts av MAS. Det är gjort och pågår händelseanalys gällande två händelser med fall samt en händelse gällande smärtstillande behandling. Händelseanalyserna har visat på brister som lett till åtgärder som lyfts eller kommer att lyftas i verksamheterna som förbättringsåtgärder. Händelseanalyserna visar inte att det är så allvariga händelser att de lett till Lex Maria anmälan.

I samband med en del avvikelser genomför MAS journalgranskning för att bedöma händelsen genom aktuell dokumentation. Ibland går det följa händelsen och ibland är det svårt följa händelsen genom dokumentationen. Brister i dokumentationen återrapporteras till berörda i samband med att avvikelsen återrapporteras.

## **Informationssäkerhet**

Informationssäkerhet är ett område som behöver utvecklas inom hälso- och sjukvården. En skriftlig loggrutin finns men har inte implementerats fullt ut.

# RESULTAT OCH ANALYS

## Egenkontroll

Redovisning av måluppfyllelse för 2019 redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Visar hälso- och sjukvårdens mål, strategier, åtgärder, resultat och analys för 2018.

Mål 1	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Kvalitetssäkra kommunal hälso- och sjukvård genom egenkontroller.	Att genomföra en egenkontrollmätning för hälso- och sjukvård.	Egenkontroller är genomförda enligt tabell 1 utom hygienrund.	Genomgång av resultat har börjats lyftas på ett särskilt boende genom kvalitetsråd.  Resultaten följs upp och återkopplats på enhetsnivå.	Information behöver jobbas med kontinuerligt. Ny personal anställs och behöver få information om systematiska arbetet att förebygga risker.  Kvalitetsråd har startat upp på Vinkebo där chef och personal på enheterna tittar på sina egna resultat och jobbar med förbättringar för patienterna.  När riskbedömningarna börjar användas och föras in i registret behöver enhetscheferna stöd i att ta fram resultaten.
Mål 2	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Fortsatt implementering av det systematiska arbetet att förebygga risker så som fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.	Följa upp statistik som rapporteras in till Socialstyrelsen. Information till vård- och omsorgspersonal om syftet och arbetssättet med riskbedömningar samt uppföljning på enheterna av den egna statistiken.	Genomgång av syfte och struktur till enheterna behövs kontinuerligt för att förankra arbetssättet bland all personal. Stötta Senior Alert ombuden genom gemensamma träffar.	Under 2019 har 28 personer riskbedömning införda i Senior Alert registret. Dessutom har 10 personer fått riskbedömningar gjorda som är dokumenterade i omvårdnadsjournal. Där risker är funna är även åtgärder insatta.	Enheterna behöver själva hitta arbetsätt för att följa upp och bedöma resultat av riskbedömningarna i team och hur uppföljningar ska ske på redan inplanerade träffar.

---

Självskattning av basala hygienrutiner två gånger om år görs för att påminna personalen om vad som gäller för vård- och omsorgspersonal runt basala hygienrutiner och klädregler för att minska smittspridning. Följsamheten är ganska bra men behöver förbättras på en del områden, bland annat användandet av plastförkläder behöver förbättras. Vårdhygien hade utbildning för vård- och omsorgspersonal på Vinkelbo och Bäckgården 2018 som ett led i att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Solbacka har fått utbildning 2019.

## AVVIKELSER

### FALLRAPPORTER

#### Äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilt boende samt korttidsboende

Under 2019 har det inkommit 223 fallrapporter, nyckeltal 2,75 (antal fall per boendeplats). Fallen har ökat under detta år jämfört med 2018. Av 2019 års fall ledde 5 fall till en frakturkada, andelen frakturer av antal fall är 2%. Årsjämförelse för de senaste 5 åren visas i tabell 3.

ÅRTAL	NYCKELTAL
2015	2,27
2016	1,69
2017	2,15
2018	2,17
2019	2,75

Tabell 3. Fallavvikelser inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilda boende samt korttidsboendet årsjämförelse i nyckeltal (=antal fall per boendeplats) mellan 2015 – 2019

#### Hemsjukvård med eller utan hemtjänst

Under 2019 inkom 5 fallrapporter, nyckeltal 0,18. Det är en minskning jämfört med 2018 då var nyckeltalet 0,38 (15 fall) samt 2017 då nyckeltalet var 0,89 fall per inskrivna i hemsjukvården. Varken 2019 eller 2018 ledde fallen till någon fraktur, men 2017 var det en fraktur.

Övervägande konsekvens både på särskilt boende, korttidsboende och hemsjukvård är lindrig eller ingen skada vid fall, men även allvarliga eller besvär en längre tid förekommer. Det finns flera faktorer som kan påverka att patienterna faller. Inom särskilt boende har patienterna ofta flera sjukdomar eller en demenssjukdom som påverkar deras fysiska funktioner utöver det naturliga åldrandet. En del läkemedel kan påverka motoriken negativt, även brist i sömn och nutrition kan ha påverkan på fallrisk. I riskbedömningarna ingår bedömning av fallrisk, och där risker finns ska bakomliggande orsaker tittas på och åtgärder för att förebygga fall erbjudas.

---

### **I ordinärt boende med hemtjänstinsatser där primärvården har hälso- och sjukvårdsansvar**

Under 2019 har det inkommit förkännedom till MAS 36 fallrapporter, 2018 var det 77 fallrapporter och 2017 37 fallrapporter. Dessa fallrapporter utreds av primärvården.

### **LÄKEMEDELSAVVIKELSER**

#### **Äldre- och funktionsnedsättningsomsorgens särskilt boende samt korttidsboende**

Det inkom 178 läkemedelsavvikelser 2019 i nyckeltal 2,2 läkemedelsavvikelser per boendeplats. I tabell 4 finns årsjämförelse av läkemedelsavvikelse mellan 2015 – 2019, som visar att nyckeltalet ökar över tid. De flesta läkemedelsavvikelserna gav lindriga eller inga besvär men även besvär längre tid har inträffat. Orsaker till avvikelserna är oftast utebliven dos på grund av att man glömmet, brister i kommunikation och stress av att vara ensam med delegering samt att man inte följer gällande rutin. Det är även avvikelser på grund av att läkemedel är felaktigt delade.

<b>ÅRTAL</b>	<b>NYCKELTAL</b>
<b>2015</b>	<b>1,47</b>
<b>2016</b>	<b>1,54</b>
<b>2017</b>	<b>1,59</b>
<b>2018</b>	<b>1,90</b>
<b>2019</b>	<b>2,2</b>

Tabell 4. Årsjämförelse av läkemedelsavvikelse i nyckeltal mellan 2015 – 2019 inom ÄFO, särskilda boende och korttidsboende

### **Hemsjukvård**

Inom hemsjukvård där insats är ansvar för läkemedelshantering genom delegeras till hemtjänst överlämnandet av läkemedel har det under 2019 inkommit 58 läkemedelsavvikelser, nyckeltal 2,15 läkemedelsavvikelser per inskrivna i hemsjukvården. 2018 inkommit 42 läkemedelsavvikelser, nyckeltal: 1,08, under 2017 57 läkemedelsavvikelser, nyckeltal: 1,54. Avvikelserna har ökat detta år. Orsaker liknar de som är inom ÄFO särskilda boenden men även omorganisationen inom hemtjänsten har haft inverkan. Konsekvenserna har varit inga eller lindriga besvär.

### **I ordinärt boende med hemtjänstinsatser där primärvården har hälso- och sjukvårdsansvar**

Hemtjänsten har identifierat när personer med egenansvar som de har insatser hos inte har kunnat sköta sin egen läkemedelshantering och rapporterat detta vidare till primärvården.

---

## ÖVRIGA AVVIKELSER

Det har inkommit sammanlagt 36 övriga avvikelser under 2019. Under 2018 var det 30 övriga avvikelser. Avvikelser 2019 gällande hot och våld har det inkommit 5 avvikelser som handlat om våld mellan brukare – personal, brukare – brukare. Övriga avvikelser har bland annat handlat om brister i kommunikation och teamarbete, datorproblematik, HSL ordinationer som inte har följts, saknade läkemedel och felplacerade eller inte startade rörelselarm.

När det gäller avvikelser inom vårdkedjan har det varit 9. En av dessa avvikelser har inkommit från Region Västerbotten mot kommunen övriga har varit avvikelse från kommunen mot Regionen Västerbotten. Det har gällt brister i informationsöverföring, hjälpmedel, läkemedelsordination och transportsätt.

## Klagomål och synpunkter

Synpunkter har inkommit gällande svårighet att få till bra möten för kommunikation mellan olika yrkeskategorier. Arbete pågår för att förbättra arbetsmiljön för olika yrkeskategorier och det är planerat att veckoträffar ska genomföras på de olika enheterna för att olika yrkeskategorier ska kunna ta upp frågor som berör våra patienter för att förbättra dialog och kommunikation i teamen runt patienterna.

## Kvalitetsmätning inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen

Kvalitetsmätning görs under en vecka (vecka 46) årligen på särskilt boende inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, korttidsboendet är inte med i mätningen. Antalet boendeplatser och boende under denna mätning har förändrats över tid, en jämförelse mellan 2015 - 2019 visas i tabell 5 nedan.

År	2015	2016	2017	2018	2019
Antal boende v. 46	73	72	76	77	66
Antal särskilda boendeplatser (inte korttidsplatser)	73	74	78	77	75
Inskrivna i hemsjukvård med olika insatser v. 46	-	33	37	39	28

Tabell 5. Antal boendeplatser och boende vecka 46 åren 2015 - 2019 inom ÄFO särskilda boende samt inskrivna i hemsjukvård vecka 46 åren 2016 - 2019

---

### Trycksår

Vid 2019 års mätning var det 4 personer som hade lindrigaste trycksårs grad 1, trycksårs grad enligt Norton (grad 1= hudrodnad till grad 4= fullhudskada). Vid 2018 års mätning var det tre trycksår, två sår med grad 2 och ett trycksårs grad 3. 2017 var det ett trycksår med lindrigaste trycksårsgraden 1. Dessa Trycksår har uppstått på boendet de senaste tre åren. De förebyggande och behandlande åtgärder som sätts in är till exempel antidecubitushjälpmedel, avlastning, översyn av nutrition och såromläggning.

### Kontinens

Användandet av inkontinenshjälpmedel har ökat med 30 procentenheter 2019, ökat med 14 individer, jämfört med 2018. Användning av kateter har ökat med 5 procentenheter, i antal är det en person mer än 2018. Toalett träning/passning har minskat 2019 till 27% jämfört med 2018 då det var 38%.

### Läkemedel

På grund av de fysiologiska förändringar som sker när vi åldras blir vissa läkemedelsgrupper mer riskabla för äldre att använda. Bland läkemedel som bör undvikas, om inte särskilda individuellt välgrundade skäl finns, räknas de vars användning i hög grad leder till biverkningar hos äldre. De biverkningar som det finns risk för är till exempel påverkan på balans och motorik samt kognitiv förmåga. I kvalitetsmätningen mäts några av dessa läkemedelsgrupper. Vi mäter sen 2018 även de läkemedelsgrupper som Socialstyrelsen tittar särskilt på: Antikolinerga<sup>1</sup>, Bensodiazepiner<sup>2</sup>, Tramadol<sup>3</sup> och Propiomazin<sup>4</sup>.

I diagram 1 jämförs resultaten från mätningarna 2017 - 2019.

---

<sup>1</sup> Läkemedel med antikolinerg effekt används av många äldre för att behandla bland annat högt blodtryck, inkontinens och allergi. Antikolinerga läkemedel blockerar effekterna av signalsubstansen acetylkolin, som bland annat används av vissa nervbanor i hjärnan som är viktiga för de kognitiva funktionerna. Exempel på effekter av antikolinergika är ökad puls, vidgade pupiller, mindre salivproduktion och mindre aktivitet i tarmarna.

<sup>2</sup> Används mot ångest och sömnproblem.

<sup>3</sup> Smärtstillande.

<sup>4</sup> Sömnläkemedel.

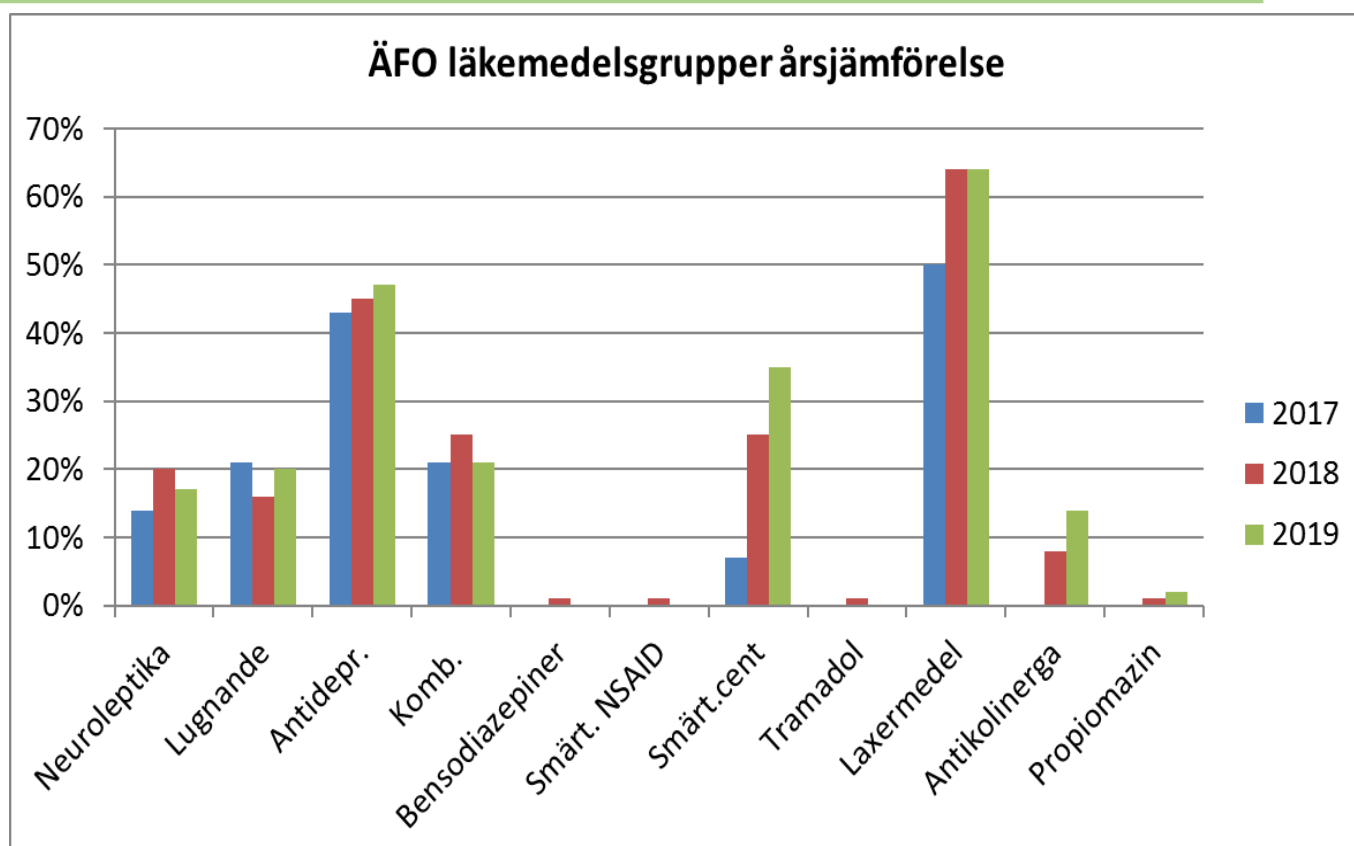


Diagram 1. Årsjämförelse i andelar mellan 2017–2019 gällande användandet av några läkemedelsgrupper inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO.

Års jämförelse mellan läkemedelsgrupperna 2017–2019 visar ett ökat användande av följande läkemedelsgrupper: lugnande, antidepressiva, smärtstillande central påverkande, och antikolinerga samt propiomazin. Minskning har skett inom grupperna: neuroleptika, kombination av neuroleptika, lugnande och antidepressiva, smärtstillande NSAID samt tramadol.

Årsjämförelse mellan 2018–2019 visar att andelen som har ordinerat 1–5 läkemedel har minskat från 29% till 23%, de som har ordinerat 6-9 läkemedel är har ökat från 40% till 44% samt att de som har ordinerat mer än 10 läkemedel håller sig mellan 29-30%.

Inom äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen, ÄFO har de flesta dispense-rade läkemedel från apotek, så kallade Dospåsar 92%. Endast 5 vårdtagare klarar av att hantera sina läkemedel själva.

Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt läns rutin, Modell Västerbotten. Under 2019 genomfördes 27 (41%) fördjupade läkemedelsgenomgångar jämfört med 2018 då 18 (23%) genomfördes. Läkemedel ordinerar av läkare inom Region Västerbotten. Vi har två distriktssköterskor med förskrivningsrätt inom kommunen. Dialog förs med vårdtagare, läkare, sjuksköterska och vård- och omsorgspersonal när det gäller insättning, uppföljning och utsättning. Om samtycke finns så kan även närstående vara med. Överenskommelse finns mellan hälsocentralens läkare och kommunens hälso- och sjukvård om att när neuroleptika sätts in ska även datum för uppföljning planeras.

En enklare översyn av läkemedel görs av läkare när de konsulteras om problem hos vårdtagaren. Det har varit svårt att få tider med läkare för fördjupade läkemedelsgenomgångar under året. Sjuksköterskorna planerade under hösten för läkemedelsgenomgångar men på grund av att läkartiderna inte räckte till hann inte alla planerade genomföras innan mätningen gjordes.

### Diagnoser

En årsjämförelse mellan 2017–2019 gällande andelen av de vanligaste diagnoserna inom ÄFO visas i diagram 2. Personer med diagnos demens har ökat med 11 procentenheter till 53% (35 personer), jämfört med 2018 då det var 42% (32 personer) även personer med diagnos hjärtsvikt har ökat till 21% (21 personer) 2019 från 10% (14 personer) 2018. Övriga diagnoser håller sig jämt i årsjämförelsen. Att andelen diagnoser varierar över tid beror på vilka personer som bor på särskilt boende.

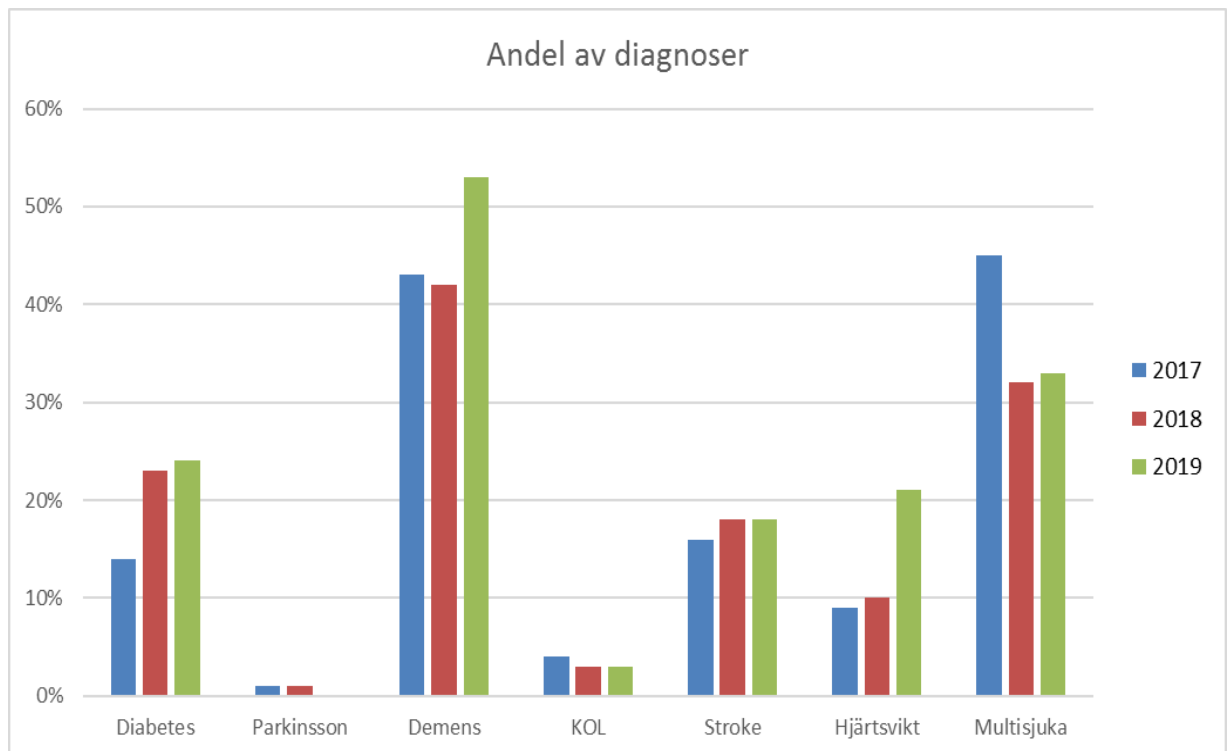


Diagram 2. Årsjämförelse gällande diagnoser inom äldre- och handikappomsorgen mellan 2017-2019.

### Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder såsom bälte, grensele, bord och sänggrind är något ökad i andel jämfört med i fjol, 15% (10 personer) 2019, 13% (10 personer) 2018. Varje skyddsåtgärd ska följas upp och det ska göras en riskanalys innan det sätts in. Skyddsåtgärd får bara användas om personen ger sitt samtycke.

### Samordnad vård- och omsorgsplan (individuellt vård- och genomförandeplan).

Kvalitetsmätningen visar att det har skett en minskning av samordnad vård- och omsorgsplan till 38% 2019 mot 48% 2018. Arbetsterapeut och fysioterapeut kallade till få vård- och omsorgsplaneringar, de blir i stället kontaktade efter planeringen om behov finns för deras kunskaper och åtgärder. Det är



---

svårt att få till tider för vårdplaneringar då det involverar flera personer samt att kontaktman inte alltid förstått sin roll som sammankallande. Struktur för gemensamma träffar sågs över under 2018 för att förbättra kvalitén och ge vägledning till vad de olika träffarna innebär och vem som gör vad. Målet är att alla ska erbjudas minst en samordnad vård- och omsorgsplan per år. Den gemensamma mötesstrukturen behöver lyftas fram i verksamheterna och ingå som en del i arbetet.

### Nutrition

För Body Mass Index, BMI under 22 har andelen ökat med 8 procentenheter och BMI över 27 har minskat med 10 procentenheter från 2018 till 2019. BMI säger mer när man följer individen än när man jämför generellt. Följs det individuellt kan man se variationer utifrån utgångsläget när de flyttar in.

Det har sedan 2017 minskat antalet personer som har nattfasta under 11 timmar jämfört mellan åren 2017 och 2019, det har minskat med ca 7 procentenheter. Nattfasta mellan 11–13 timmar har ökat med 10 procentenheter sedan 2018 och en minskning har skett med 5 procentenheter gällande nattfasta över 13 timmar mellan 2018 och 2019. Det innebär att de flesta av våra vårdtagare har för lång nattfasta. I diagram 3 visas årsjämförelse mellan åren 2016–2019. Genomsnittlig nattfasta inom ÄFO var 12,16 timmar vid hösten nattfastemätning.

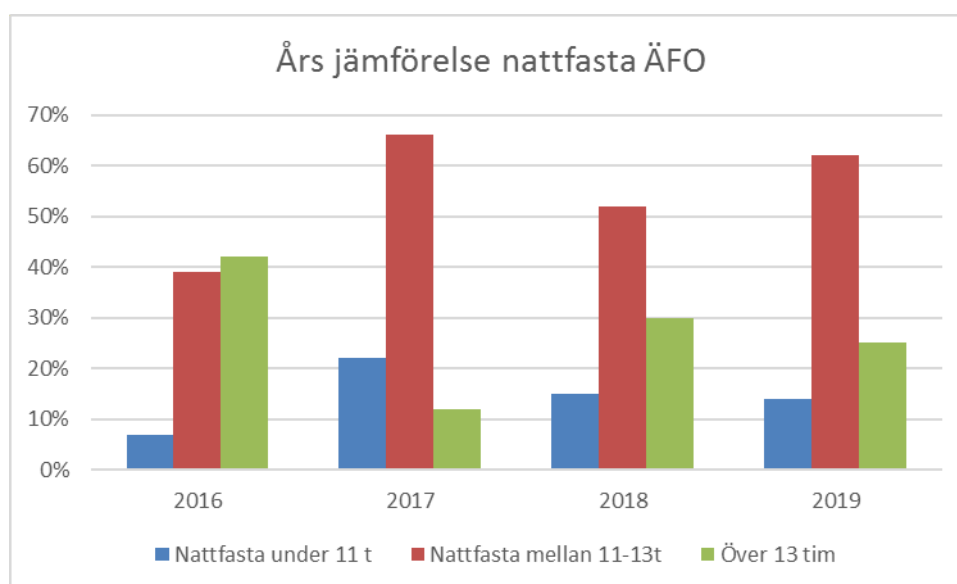


Diagram 3. Årsjämförelse mellan 2016–2019 gällande nattfasta.

### Hjälpmedel

Olika hjälpmedel förskrivs för att bland annat underlätta självständighet, förflyttning, samt förebygga och behandla trycksår. Alla utlämnade hjälpmedel kontrolleras och följs upp samt att vid inflyttning kontrolleras hjälpmedel.

---

### Bedömning/Behandling/Träning

Arbets terapeuter gör ibland ADL status vid inflyttning eller vid uppföljning. Fysioterapeut/sjukgymnast gör ibland bedömning av förflyttning vid inflyttning eller vid uppföljning. Det är utifrån vårdtagarens behov bedömningar, behandlingar och träning utförs.

Balans- och styrketräning var vecka 46 ordinerade till 22 personer, varav 14 kvinnor och 8 män.

Under Balansera Mera, vecka 40 var rehabiliteringspersonal en dag utanför matvaruaffärer i Norsjö för att lämna ut broschyrer och samtala om fall. Det möttes med positiv respons, de hade träffat ca 20–30 personer.

## **Kvalitetsmätning inom hemsjukvården**

Kvalitetsmätning inom hemsjukvården utfördes under en vecka (vecka 46). Vid tillfället var det 28 personer inskrivna i hemsjukvården för olika insatser, bland några är insatsen övertagande av läkemedelshantering hos 19 personer. Utöver hemsjukvård utförs tillfälliga insatser i hemmen på hälsocentralens uppdrag, dessa kan vara planerade eller oplanerade uppdrag. Antalet inskrivna i hemsjukvård vecka 46 under åren 2016–2019 redovisas i tabell 5.

### Inkontinenshjälpmedel

Inkontinenshjälpmedel förskrivs till 8 personer, 2018 var det 4 personer. Förskrivningen dokumenteras och följs upp. Kvarliggande kateter, KAD, har 4 personer, 2018 var det 3 personer. Tydlig indikation finns hos alla 4 och försök att avveckla KAD är genomfört hos samtliga.

### Läkemedel

Det är samma läkemedelsgrupper som mäts inom ordinärt boende där kommunen har ansvar för läkemedelshantering som inom särskilt boende. Det är hos 19 personer där hemsjukvården har tagit över läkemedelshantering, och kvalitetsmätningens statistik gällande läkemedel är räknat utifrån dessa 19 personerna. Jämförelse från 2016 till och med 2019 visas i diagram 4. Ingen person har förskrivit neuroleptika, bensodiazepiner, smärtstillande NSAID, tramadol, antikolinergika eller propiomazin. Ökning har skett procentuellt när det gäller lugnande, antidepressiva, kombination av lugnande och antidepressiva samt centralstimulerande smärtstillande läkemedel. Minskning har skett gällande laxermedel.

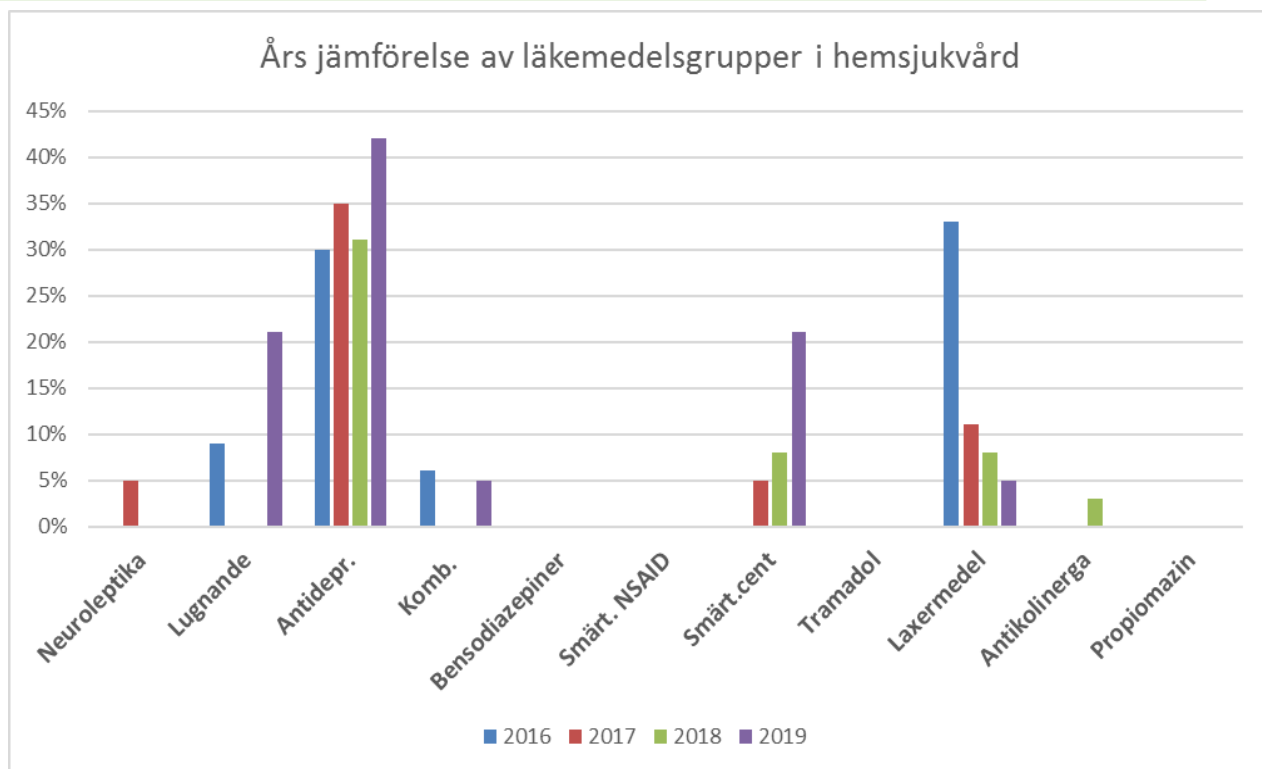


Diagram 4. Jämförelse från 2016 till 2019 gällande läkemedelsgrupper inom hemsjukvården, där kommunen har ansvar för läkemedelshanteringen

#### Stående och dispenserade läkemedel

Det har skett en ökning i andelen olika läkemedel, i gruppen som har 6–9 olika läkemedel samt mer än 10 olika läkemedel jämfört med 2018. 16% av personerna har 1–5 olika läkemedel, 53% av personerna har 6–9 olika läkemedel och 37% har fler än 10 olika läkemedel. Personerna har dosdispenserade påsar från apotek. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts hos 7 personer och planeras för 3 personer men på grund av att det är svårt få läkartider för läkemedelsgenomgångar så har de inte blivit genomförda. Förra året gjordes det ingen fördjupad läkemedelsgenomgång.

#### Diagnoser

Antal personer inskrivna i hemsjukvård med diagnoserna Parkinson, demens, KOL är liknande jämfört med 2018. Personer med diabetes och hjärtsvikt har minskat marginellt. Personer som är multisjuka har ökat från 8 personer 2018 till 15 personer 2019. Se jämförelse från 2016 till 2018 i diagram 5.

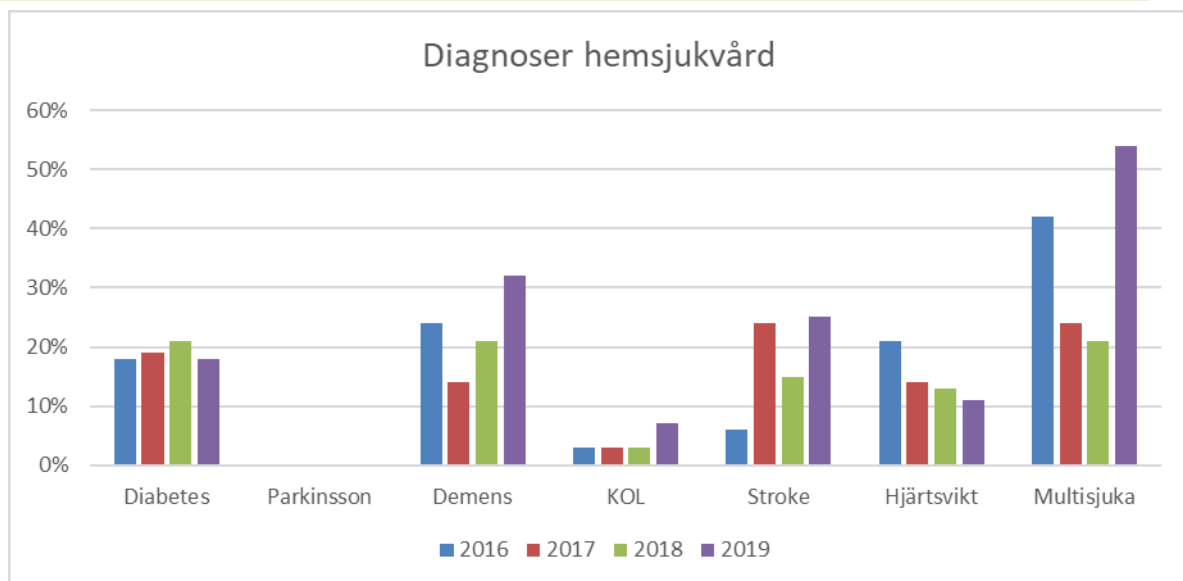


Diagram 5. Jämförelse från 2016 till och med 2019 när det gäller personer inskrivna i hemsjukvården och andelen av vissa diagnoser.

### Nutrition

Resultatet på BMI 2018 och 2019 skiljer sig inte så mycket. BMI <22 har 3 personer (2018 5 personer) och BMI >27 är 3 personer (2018 4 personer). Hos de personer som har kommunal hälso- och sjukvård för nutritionsproblem följs vikt samt kostintag, utifrån behov sätts individuella åtgärder in samt att när behov finns kontaktas dietist.

### Skyddsåtgärder

Inga skyddsåtgärder används i hemsjukvården.

### Riskbedömningar

Riskbedömning enligt Senior Alert har inte kommit igång inom hemsjukvården.

---

## **Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD.**

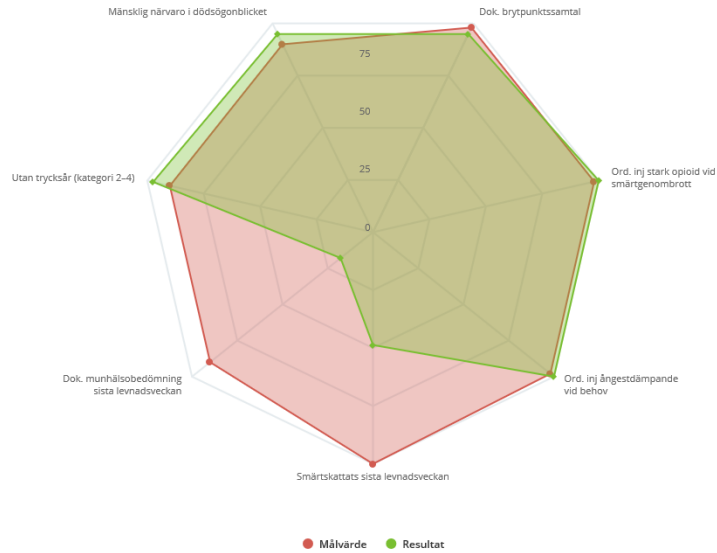
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD, förekommer hos 90 % av alla personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomstiden. Exempel på BPSD är till exempel hallucinationer, motorisk oro, sömnsvårigheter, ångest och apati. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet med registret är främst att minska BPSD och därigenom öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. BPSD-registret bidrar till forskning och utveckling inom demensvården. Arbetet med BPSD-registret skapar en tydlig struktur i en personcentrerad omvårdnad och personalen får ett gemensamt verktyg som kan underlätta och förbättra både omvårdnaden och arbetsmiljön.

Det lokala demensteamet har bara delvis varit aktiv under 2019 beroende på att det inte har funnits personalresurser för detta. Inga registreringar är gjorda i registret men skattningar på BPSD problematik och bemötandepå planer är gjorda hos några personer under året.

## **Svenska Palliativregistret**

Resultat för Norsjö gällande Socialstyrelsens indikatorer visas i spindeldiagram 1 för 2019 och spindeldiagram 2 för 2018. Det har skett en försämring i smärtskattning från ca 82% till 49% och dokumenterad munhälsobedömning från 44% 2018 till 18% 2019. Övriga indikatorer skiljer det sig inte så mycket åt mellan år 2018 och 2019.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer  
Period 2019-01 - 2019-12



Detta är en modifierad rapport

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2019-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	94,9
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	48,7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	17,9
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	97,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	94,9

Spindeldiagram 1. Utdata från Svenska Palliativregistret. Kvalitetsindikatorer januari - december 2019. Data för personer i Norsjö kommun från 18 år och uppåt. Boende inom särskilt boende, korttidsboende, eget hem med stöd av allmän palliativ hemsjukvård. Rött = målvärde, grönt = resultat. Tabell visar samma som spindeldiagrammet fast i siffror.

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2018-01 - 2018-12



Detta är en modifierad rapport

Period 2018-01 - 2018-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	92,6
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,3
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,6
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	81,5
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	44,4
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	92,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

Spindeldiagram 2. Utdata från Svenska Palliativregistret. Kvalitetsindikatorer januari – december 2018. Data för personer i Norsjö kommun från 18 år och uppåt. Boende inom särskilt boende, korttidsboende, eget hem med stöd av allmän palliativ hemsjukvård. Rött = målvärde, grönt = resultat.

---

## Mål och strategier för kommande år

### **Övergripande mål finns beslutat politiskt.**

Mål 7: Folkhälsoarbetet inom Norsjö kommuns verksamheter ger positiv effekt som årligen förbättras.

Indikator 5: Antal fall bland personer som får kommunala insatser minskar

### **Kommunens hälso- och sjukvårds mål för 2020**

Antal fall bland personer som får kommunala insatser minskar

Aktivitet:

Fallförebyggande arbetet ska intensifieras på ett särskilt boende för att minska fallskador. Det förebyggande arbetet ska ske genom att Sjukgymnast handleder/instruerar vård- och omsorgspersonal på boendet i balans- och styrkeövningar som de regelbundet ska öva med de äldre på enheten.

Datakälla:

Inkomna fallrapporter om fall från äldre- och funktionsnedsättningsomsorgen.

Muntlig och/eller skriftlig information från enheten och sjukgymnast på hur det fungerar med aktivitet.

Hur sker mätningen: Statistik sammanställs i mars månad för föregående år

När sker mätningen: Fall rapporteras löpande under året