

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

2013

Datum och ansvarig för innehållet

2014-04-15 Kaija Partanen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Uppföljning genom egenkontroll	4
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Samverkan med patienter och närstående	10
Risikanalys	10
Hantering av klagomål och synpunkter	11
Sammanställning och analys	11
Resultat	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	12

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

I Tyresö kommun finns fyra vård- och omsorgsboende för äldre och en dagverksamhet. Björkbackens äldrecentrum drivs i kommunal regi med 137 platser, Trollängens äldreboende med 59 platser drivs på entreprenad av Vardaga, Krusmyntans äldreboende med 52 platser drivs i privat regi av Vardaga och A&O Ansvar och Omsorg driver Ängsgården med 21 platser på entreprenad. Antalet platser på vård- och omsorgsboenden för äldre är 269. Dagverksamheten drivs i kommunens egen regi.

Bland de viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten under året har varit det fortsatta arbetet med de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa kvalitetsregistret. Under året har även förarbetet med BPSD-utbildning (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) genomförts i verksamheterna.

Alla verksamheter är inte än certifierade att arbeta enligt LCP (Liverpool Care Pathway) och hälften av verksamheterna arbetar enligt LCP-metoden.

Arbetet med att ansluta Björkbackens äldrecentrum till NPÖ (Nationell Patientöversikt) via säker inloggning startades i november 2013.

Egenkontroller som har gjorts i hälso- och sjukvården är

- kvalitetsuppföljning av icke lämpliga läkemedel samt användning av medicintekniska produkter i form av enkätundersökning under oktober – december 2013
- en sammanställning av avvikelser i hälso- och sjukvården
- en sammanställning av infektionsregistrering
- en uppföljning av delegeringsbesluten
- kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- samverkansmöten med de berörda auktoriserade läkarorganisationer

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Antalet läkemedelavvikelser har minskat men fallavvikelseerna har ökat under 2013.

Under året har två Lex Maria – utredningar anmälts till Socialstyrelsen/Inspektionen av Vård och Omsorg (IVO).

Ett klagomål har rapporterats från IVO och inga klagomål har rapporterats under 2013 från Patientnämnden.

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner i kommunen. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har varit inkopplad i två klagomål gällande hälso- sjukvård som har rapporterats i verksamheter.

Vården planeras och utförs i samverkan med patienten och om patienten så önskar även i samverkan med anhöriga/närstående.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Socialnämndens övergripande mål för hälso- och sjukvården:

- att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- att den är så säker och förebyggande att vårdskador hindras
- att hälso- och sjukvården är patientfokuserad och ges med lyhördhet och respekt för individens förväntningar, behov och resurser
- att den ges på lika villkor och i rimlig tid
- att den uppfyller god hygienisk standard

Socialnämnden hade som mål 2013 att andelen personer 65 år och äldre som riskbedöms avseende fall, undernäring och trycksår i vård- och omsorgsboende är lägst 70 %.

Nationell värdegrund trädde i kraft 2011 och under 2013 har personalen på vård- och omsorgsboenden utbildats i kommunens värdighetsgarantier. Utbildningen fortsätter även under 2014.

Verksamhetsstrategier

Strategierna för att förbättra patientsäkerheten skiljer sig i verksamheterna beroende på verksamhetens inriktning. Bland strategier i verksamheterna har varit kompetenshöjning inom demensvård för samtlig personal, genomgång och implementering av värdighetsgarantierna samt att öka vårdkvaliteten för patienterna genom implementering och användande av validerade vårdmetoder.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, punkt 1

Socialnämnden är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet i kommunen så att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska också beskriva och fastställa de övergripande processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9).

Förvaltningschefen har ett övergripande administrativt ansvar för planering och ledning. Staben är en resurs i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetscheferna ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvara för att dennes verksamhet tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet, främja kostnadseffektivitet och ska löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS ansvarsområde är att utveckla, följa upp, bedöma, analysera kvalitet och säkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Uppdraget är reglerat i lag.

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i syfte med detta rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Vårdhygien Stockholms län, Smittskydd Stockholm samt Apoteket Farmaci AB har rådgivande och stödjande expertroll för verksamheterna.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare i verksamheterna har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda vid en händelse. När avvikelserna bedöms allvarig rapporteras detta direkt till verksamhetschefen/enhetschefen och om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt även med medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Verksamheterna har olika struktur i vilka forum (kvalitetsråd, arbetsplatsträffar, teammöten) uppföljningar och utvärderingar av avvikelser sker, och i verksamheternas avvikelседokumentation kommer fram hur det systematiska förbättringsarbete sker och hur de bearbetar och åtgärdar kvalitetsbrister inom sin verksamhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer upp verksamheternas hälso- och sjukvård genom tillsyn samt riktade uppföljningar.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § punkt 2

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.

Vårdhygien - Infektionsregistrering

Vårdhygien Stockholm har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens. Vårdhygien kontaktas när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheterna av MAS eller direkt från verksamheterna när det behövs extra stöd. När det handlar om smittskyddsåtgärder som ligger i hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen är Smittskydd Stockholm som man vänder sig till.

Under 2013 genomfördes inte några hygienronder utan verksamheterna har arbetat med förbättringsåtgärder från tidigare hygienrond. Våren 2014 genomförs uppföljningar på dessa hygienronder.

Antalet vårdrelaterade infektioner håller sig på samma låga nivå som tidigare år. På de verksamheter där det har framkommit utökning av infektioner, t.ex. urinvägsinfektioner, har arbetet med identifiering av orsakerna påbörjats med riskanalyser och åtgärdsplaner.

Det har inte varit några utbrott av influensa under året och enbart några enstaka fall av ”vinterkräksjuka” har uppstått i vård- och omsorgsboenden för äldre.

PPM-trycksår och PPM-BHK

Verksamheterna har börjat delta i nationella punktprevalensmätningar trycksår samt basala hygien- och klädregler (PPM-BHK) såväl på våren och på hösten med varierande resultat. Även egenkontroller i form av självskattning i basala hygienrutiner har startats i

verksamheterna. Dessa utförs ett par gånger per termin och resultatet redovisas på enheternas arbetsplatsträffar.

Utvecklingsförslag 2014

- Verksamheterna deltar i större omfattning i PPM-mätningarna för att få tillgänglig/tillförlitlig statistik

Förflyttning och medicintekniska produkter (MTP)

Journalgranskning har utförts av MAS med ingång att granska bedömning av förflyttningsförmåga tillsammans med användandet av medicintekniska produkter.

Användandet av medicintekniska produkter ska ske på ett säkert sätt. Den medicintekniska utrustningen, i detta fall gäller det hjälpmedel för förflyttning, ska fungera på anvisat sätt varje gång den används för att inte medföra skada eller risk för patienten eller personal. Alla användare av medicintekniska produkter ska känna till produkten väl och ha god kunskap om hur den ska användas. Rehabiliteringspersonal utbildar omvårdnadspersonal årligen i förflyttningsteknik och hantering av medicintekniska produkter.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomfördes i verksamheterna under våren 2013, medicinskt ansvarig sjuksköterska är samordnande och deltog i granskningarna. I samband med dessa reviderades lokala rutiner tillsammans med MASen. Verksamhetscheferna/enhetscheferna tillsammans med MAS ansvarar för att de lokala rutinerna följer framtagna riktlinjer.

Läkemedelsgenomgångar

Verksamheterna tillsammans med respektive läkarorganisation har arbetat systematiskt under året med läkemedelsgenomgångar enligt SKL:s riktlinjer vilket har medfört att antalet läkemedel i vård- och omsorgsboenden för äldre minskar bland vårdtagarna likaså olämpliga läkemedel.

Under 2013 har alla patienter i vård- och omsorgsboenden fått läkemedelsgenomgång, det har gjorts 241 fördjupade läkemedelsgenomgångar (2012 genomfördes 219 läkemedelsgenomgångar).

MAS har utfört journalgranskning och det kan konstateras att antalet läkemedel som är fler än 10 samtidigt håller sig på samma nivå som tidigare år men användning av olämpliga läkemedel minskar.

Fler än 10 läkemedel samtidigt

2012		2013	
≤ 79	≥ 80	≤ 79	≥ 80
35	57	31	61

Läkemedel som enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer är olämpliga vid behandling av äldre har hittats i granskningen av läkemedelslistor hos 28 patienter i kommunens vård- och omsorgsboende för äldre.

Nationella kvalitetsregistren

Alla verksamheter använder **Senior Alert** för riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Ängsgården har genomfört även bedömningar i munhälsa som är en del i Senior Alert. Enligt Senior Alert har verksamheterna utfört riskbedömningar för 207 brukare av 269 (78 %). Antal vårdtagare som bedömdes vara i riskzonen och fick åtgärder insatta var 53 % för fall, 56 % för undernäring och 64 % för trycksår.

Under året har personal i verksamheterna utbildats för att använda arbetssättet i **BPSD-registret** men arbetet har avbrutits på grund av oklarheter kring inhämtande av samtycke från personer med demens.

Registrering i **Svensk Palliativregister** syftar till att successivt förbättra vården i livets slutskede. Samtliga vård- och omsorgsboenden för äldre i kommunen registrerar i palliativa registret.

Resultat palliativ vård i livets slut under 2012 och 2013 (Palliativa register)

Kvalitetsindikatorer	SoS målvärde	Resultat 2012	Resultat 2013
Efterlevandesamtal erbjudet	100	69,1	67,3
Läkarinformation till patienten	100	49,1	67,3
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	52,7	47,3
Munhälsa bedömt	100	69,1	70,9
Avliden utan trycksår	90	83,6	85,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	81,8	80,0
Utförd validerad smärtskattning	100	23,6	40,0
Lindrad från smärta	100	89,1	87,3
Lindrad från illamående	100	92,7	94,5
Lindrad från ångest	100	78,2	85,5
Lindrad från rosslig andning	100	83,6	74,5
Läkarinformation till närstående	100	63,6	76,4

Antal vårdtillfällen i urvalet: 55 båda åren

Förbättringsförslag från 2013 kvarstår för 2014

- Vårdplan för personer inom vård- och omsorgsboende för äldre ska inför livets sista tid utgå från individuell palliativ vårdplan utformad enligt en kvalitetssäkrad metod.
- Användning av validerade smärtskattningsinstrument (VAS eller Abbey Pain Scale) utökas vid vård i livets slut
- Bedömning av munhälsa
- Informerade samtal för patienten (brytpunktsamtal) genomförs

På grund av oklarheter kring inhämtande av samtycke från personer med demens kan riskbedömningar i Senior Alert och BPSD-registret genomföras genom att använda manuell hantering av bedömningsblanketter som sparas i patientens journal. Därmed kan verksamheterna fortsätta med riksbedömningar och förebyggande arbete för att förbättra patientsäkerheten för individerna.

Munhälsa

Patienterna erbjuds årligen en munhälsobedömning av Oral Care AB som även erbjuder en årlig munvårdsutbildning till omvårdnadspersonal. Det är viktigt att personalen är med vid munhälsobedömningen för att få information och kunskap om hur munhålan ska skötas. Tandvårdsenheten SLL överlämnar resultat för genomförda munhälsobedömningar till kommunen.

Munhälsobedömning - Särskilt boende SoL och LSS	2012	2013
Antal erbjudna	246	250
Antal JA-tack för erbjudandet	222	233
Antal utförda munhälsobedömningar	157	187
Andel utförda av de som tackat JA	71 %	80,26 %
Munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal	0	95

Medicinskt ansvarig sjuksköterska är kontaktperson gentemot tandvårdsenheten och deltar informations- och utbildningsmöten på tandvårdsenheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § punkt 5

Den personal som upptäcker en avvikelse ska rapportera till tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal som utan dröjsmål ska göra en bedömning av vilka åtgärder som ska vidtas samt dokumentera detta i brukarens journal. Den som upptäcker avvikelsen skriver en rapport i avvikelsehanteringssystemet. Detta ska helst ske i anslutning till händelsen. I rapporten bör noteras även namnet på den tjänstgörande sjuksköterskan eller annan legitimerad personal som kontaktades vid händelsen.

Verksamhetschefen/enhetschefen gör en intern händelseanalys samt riskanalys som innehåller t.ex. vilka åtgärder som ska vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Verksamhets-/enhetschefen ska lämna information om en allvarlig avvikelse direkt till MAS som bedömer om anmälan ska ske enligt Lex Maria. Avvikelser som inte föranleder Lex Maria-anmälan återkopplas av verksamhetschefen/enhetschefen till personalen.

Verksamheterna bistår MASen vid en Lex Maria-utredning och anmälan till Socialstyrelsen ska ske inom två månader från det händelsen inträffat.

Socialnämnden, patienten/anhöriga/närstående informeras om Lex Maria-anmälan.

Svar från Socialstyrelsen återkopplas till socialnämnden, berörd personal, patient och ev. anhöriga/närstående.

Avvikelser – fall och läkemedel

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Alla medarbetare ska utifrån denna skyldighet rapportera risker för vårdskador som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada till vårdgivaren. Syftet med avvikelserapporteringen är att dra lärdom av tillbudet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar avvikelser enligt medicinskt ansvarig sjuksköterskans riktlinjer och följsamheten bedöms som god. Men MAS granskning av avvikelser visar att avvikelserna inte är alltid korrekt ifyllda utan delar saknas som har betydelse för analysarbete och utredning.

ÅR	2011	2012	2013
Totalt	921	818	856
Läkemedel	353	324	259
Fall i verksamheten	568	494	597
Allvarlig skada, ex. fraktur/ Sjukhusvård	10	10	9
Trycksår uppkomna inom verksamheten	ingen uppgift	1	12 (alla kategorier 1-4)
Antal lex Maria-anmälningar under året	1	2	2

Att antalet fallavvikelser har ökat under året behöver inte betyda att patienterna faller mer än tidigare utan kan betyda att personalen är mer medvetna om problematiken och kan åtgärda bristerna samt förbygga med t.ex. att ändra möbleringen på enheterna.

Avvikelser - medicintekniska produkter

När en medicinteknisk produkt är t.ex. felaktig/ej komplett/försenad från leverantören ska en avvikelse upprättas och om avvikelserna är av allvarlig karaktär ska en anmälan göras till Läkemedelsverket av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under 2013 har rapporterats 34 avvikelser gällande medicintekniska produkter, exempel på avvikelser är att larmsystemet inte har fungerat, att rörelselarmet har använts fel eller det har varit fel på antidecubitusmadrass. Inga allvarliga MTP-avvikelser har rapporterats till Läkemedelsverket.

Vårdkedjeavvikelser

Vårdkedjeavvikelse mellan vårdgivare sker då en patient skrivs ut från sjukhus till kommunen eller vice versa. Dessa avvikelser uppkommer när de överenskomna riktlinjerna inte följs antingen från sjukhusens eller från kommunens sida. Under 2013 har verksamheterna rapporterat ett tiotal vårdkedjeavvikelser.

Utvecklingsområde för 2014

- Utbildningsinsatser i inrapportering/dokumentering av avvikelser
- Rapportering på medicintekniska avvikelser samt vårdkedjeavvikelser behöver lyftas fram i verksamheterna.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § punkt 1-2

I anvisningarna till patientsäkerhetsberättelsen har angivits att områden som ska belysas utifrån att de är kända och definierade områden där patientsäkerhetsrisker kan uppstå. Dessa områden är läkemedelshantering, fall, nutrition, trycksår, munhälsa, hygien, medicintekniska produkter och hur samverkan fungerar mellan olika parter.

Verksamheternas arbete med Senior Alert och med systematiska läkemedelsgenomgångar ökar patientsäkerheten i vården likaså samverkan mellan läkarorganisationer. Dessa skapar en bra systematik avseende riskanalys, egenkontroll och för det förebyggande arbete och på så sätt utvecklar nya förebyggande patientsäkerhetsarbetssätt i verksamheterna.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § punkt 3

För att säkerställa de övergripande målen för hälso- och sjukvården genomförs samverkan mellan olika parter på olika nivåer. All samverkan ska utgå från patientens perspektiv och nytta.

Samverkan kommun - landsting, privata aktörer

Representanter för kommunen ingår i nätverk, samrådsgrupper, FOU-nätverk, m.m. tillsammans med landstinget. Kommunen har avtal och samarbete med Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, beställare vård avseende läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre. Med utföraren av läkarinsatserna, Familjeläkarna Saltsjöbaden, Team Äldredoktorn och Trollbäckens vårdcentral finns samarbete främst gemensamma avstämningsmöten kring hur regelboken för läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre tillämpas. Samverkansöverenskommelserna som är skrivna mellan verksamheter, respektive läkarorganisation och kommunen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under året deltagit i samverkansmöten med läkarorganisationerna där rutiner för utveckling av patientsäkerhet tas fram samt diskussion förts hur dessa samverkansöverenskommelser behöver revideras enligt nya regler. Inom Södertörnskommunerna träffas MASarna regelbundet för att diskutera frågeställningar som berör att utveckla patientsäkerhet. MAS deltar även i Nestor FoUs Kvalitets- och patientsäkerhetsnätverk Södertörn.

Samverkan beställare/utförare

Biståndsavdelningen bedömer behov av vård- och omsorgsboende och beslutar om placeringar. För att öka förståelsen och underlätta informationsflödet hålls regelbundna kontakter mellan verksamheter och biståndshandläggare. Branschråd har startats under 2013 mellan beställaren och utförarna.

Under 2013 har MAS har startat MAS-möten där hon informerar verksamheter om nya riktlinjer, ändringar i författningar, utbildningar osv. Möten är inte riktade enbart legitimerad personal utan är öppna där innehållet i mötet ska väcka intresset att delta. MAS har fortsatt med "MAS-meddelanden" med skriftlig information bl.a. kring ökad patientsäkerhet.

Samverkan inom verksamheten

För att uppnå de uppsatta målen i hälso- och sjukvården för den enskilde vårdtagarens behov och val arbetar olika yrkesgrupper i team och på yrkesspecifika träffar. Medicinskt ansvarig sjuksköterska deltar i olika mötesforum i verksamheterna efter behov samt enligt önskemål.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Det finns skriftliga informationsbroschyrer på boenden t.ex. inflyttningsrutiner som säkerställer ett gott bemötande genom olika former av information och ansvarsfördelning i boendet. Patienterna involveras i patientsäkerhetsarbetet utifrån sin förmåga samt anhöriga/närstående när patienten önskar detta. Utifrån patientens hälsotillstånd sker kontinuerliga uppföljningar med legitimerad personal, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och anhöriga/närstående för att patientsäkerheten säkerställs.

Verksamheterna bjuder även in till olika former av anhörigträffar, närståendeträffar och möten.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys är något som verksamheterna ska göra när man ser brister i verksamhetens kvalitet och vill förebygga att händelser uppstår i framtiden. Risker ska identifieras genom att aktuella processer beskrivs för att därmed kunna bedöma riskens storlek och identifiera bakomliggande orsaker.

Risikanalys/-bedömningar utförs oftast i det patientnära arbetet så som vid inflyttning vad gäller skaderisk för den egna personen och omgivningen, förflyttnings- och hjälpmedelsbedömningar och för att t.ex. förebygga undernäring, trycksår och fall samt att de kan genomföras på organisationsnivå vid schemaförändringar.

Risikanalys ska även användas då ett flertal avvikelser med ingen eller ringa konsekvens har inträffat kring en patient eller en arbetsmetod.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § punkt 6

Inkomna klagomål och synpunkter direkt till verksamheter utreds och analyseras enligt verksamheternas rutiner och resultaten återkopplas enhetsvis på arbetsplatsmöten och/eller i kvalitetsrådet.

Klagomål som kommer via Patientnämnden och/eller via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har betydelse för patientsäkerheten tas emot och utreds av MASen eller socialförvaltningens stab beroende på lagrummet, SoL eller HSL. Verksamheterna deltar i utredningen och analysarbete.

Utvecklingsområde 2014:

- Nationell brukarundersökning visar att kommunens vård- och omsorgsboenden behöver arbeta med informationen till patienter vart de kan vända sig vid synpunkter och klagomål.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §

Under 2013 har det inte kommit några klagomål från Patientnämnden. Klagomålen och synpunkterna som kommit direkt till verksamheterna redovisas i respektive verksamhetsberättelse. En anmälan om allvarlig vårdskada har inkommit från IVO gällande brister i hälso- och sjukvården i samband med medicinska insatser och inskickning till akutsjukhus.

MAS har gjort två lex Maria- anmälningar till IVO, en fallavvikelse som ledde till fraktur samt en med förväxling av läkemedel mellan två vårdtagare.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § punkt 3

Nationella brukarundersökningen 2013

Frågeställning	Tyresö	Riket
Lätt att träffa läkare vid behov	51 %	60 %
Lätt att träffa sjuksköterska vid behov	77 %	78 %
Lätt att få kontakt med personal vid behov	84 %	85 %
Känner trygghet hos personalen	85 %	90 %
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	48 %	45 %

Kompetens

Utbildningsinsatserna varierar i verksamheterna. Under 2013 har genomförts flera utbildningsinsatser, nedan några exempel:

- e-utbildning Basala hygienrutiner har blivit obligatorisk
- e-utbildning Demens ABC fokusgrupper
- dokumentationsombudsutbildning – levnadsberättelsens betydelse
- äldre och läkemedel – fortsättning och trycksårutbildning för sjuksköterskor
- BPSD-utbildning till personal på demensenheter
- inkontinensutbildning
- respektive läkarorganisation har hållit ett antal föreläsningstillfällen enligt verksamhetens önskemål

Utvecklingsområde 2014:

- utveckling inom demensvård - utbilda certifierad utbildare i BPSD
- utveckla palliativ vård i kommunen med att utbilda personal i palliativ vård

Måluppfyllelse

Verksamheternas värdegrundsledare har utbildats i kommunens värdighetsgarantier och dessa har implementerats bland personalen i vård- och omsorgsboenden.

Målet med att 70 % av de som är 65 år och äldre har fått riskbedömningar i fall, nutrition och trycksår har nåtts. Resultatet visar att riskbedömningar är genomförda hos 78 % av patienter.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Socialnämndens mål för 2013 gällande riskbedömningar är att *andelen personer 65 år och äldre som riskbedöms avseende fall, undernäring respektive trycksår i särskilt boende är lägst 90 %.*

Utveckling av kvalitetsledningssystemet i verksamheterna.

ÄBIC – Äldres behov i centrum – ICF (Nationellt fackspråk) i SoL samt HSL

Dokumentationen ska utvecklas inom äldreomsorgen i Tyresö kommun till en mer systematisk, behovsriktad och ändamålsenlig individuell dokumentation i både handläggning och vid uppföljning. Som utgångspunkt i utvecklingsarbetet står Socialstyrelsens arbetsmodell ÄBIC (Äldres behov i centrum) där ett gemensamt språk används för både biståndshandläggare och utförare, det nationella fackspråket ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). SoL-insatser kommer att dokumenteras enligt KSI (Klassifikation av Socialtjänstens insatser) och åtgärder enligt Hälso- och sjukvårdslagen kommer att dokumenteras enligt KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder).

NPÖ – Nationell Patientöversikt

Flera verksamheter ska få möjlighet att ha tillgång till NPÖ.