

Sammanställd Patient- säkerhetsberättelse för vårdgivare i Tyresö

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet
Kaija Partanen 2017-03-30

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting (reviderad 2013-11-19)

Innehåll

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	7
Uppföljning genom egenkontroll.....	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	15
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Samverkan med patienter och närstående	16
Risikanalys	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
Klagomål och synpunkter	20
Sammanställning och analys.....	20
Resultat.....	21
Övergripande mål och strategier för 2017	22

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 §

UTKAST

Sammanfattning

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete enligt 3 kapitlet i Patientsäkerhetslagen (PSL). I PSL 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

Denna patientsäkerhetsberättelse är en sammanställning för vårdgivare i Tyresö kommuns vård- och omsorgsboende för äldre, en dagverksamhet samt för verksamheter inom LSS/socialpsykiatri där kommunen har sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

Under 2016 genomfördes kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen på tre (3) vård- och omsorgsboenden för äldre och för verksamheter där HSV-teamet för LSS och socialpsykiatri har ansvaret för läkemedelshandling. Granskningen omfattade en genomgång av hela kedjan i läkemedelshandling från ordinationsunderlag till att patienten får sitt läkemedel.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Inom socialförvaltningen registreras avvikelser inom läkemedel, fall och övrig hälso- och sjukvård.

Analysen visar att det har inträffat totalt 234 läkemedelsavvikelser under 2016 jämfört med 390 året innan. Antalet fallskador har minskat från föregående år från 695 fall till 561 fall. I samband med fall har det skett 8 frakturer under 2016 jämfört med 11 frakturer under 2015. Ett 15-tal avvikelser gällande medicintekniska produkter har registrerats av verksamheterna.

Synpunkter från patienter och närstående har beaktats då synpunkter /klagomål inkommit och dessa utreds och hanteras enligt gällande rutiner i verksamheterna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har varit inkopplad i ett klagomål gällande hälso- sjukvård som har rapporterats i verksamheter.

Tre (3) stycken klagomål från närstående har lämnats för utredning till Inspektionen av Vård och Omsorg (IVO) som väntar på beslut därifrån.

MAS har gjort en lex Maria-anmälan till IVO under 2016.

Inga klagomål har rapporterats under 2015 från Patientnämnden.

Registrering i kvalitetsregister görs för att säkerställa god patientsäkerhet genom ett systematiskt arbetssätt. De kvalitetsregister som används inom socialförvaltningens verksamheter är Senior alert, BPSD, SveDem och Palliativa registret.

Vården planeras och utförs i stor utsträckning 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 förhindras
- * 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
- * att hälso- och sjukvården utformas så att tillgängliga resurser utnyttjas optimalt för att nå ovanstående mål

Socialnämnden har haft som mål att alla personer 65 år och äldre på vård- och omsorgsboenden ska riskbedömas avseende fall, undernäring och trycksår vilket har uppnåtts enligt Kvalitetsportalen, täckningsgraden är 100 %.

Strategier för patientsäkerhetsarbete

Bland strategierna i verksamheterna för att förbättra patientsäkerheten har varit t.ex. kompetenshöjning inom demensvård i form av fortsatt BPSD-utbildning samt Silviacertifiering. Strategierna skiljer sig i verksamheterna beroende på inriktningen i verksamheten. Att öka vårdkvaliteten genom implementering och användning av validerade vårdmetoder är gemensamt för samtliga verksamheter.

Bland strategierna när MAS gör anmälda och oanmälda besök förs diskussioner kring utveckling av digitaliseringen på dokumentation, delegeringsförfarande och läkemedelshantering. Även uppföljning på längden av nattfasta hos de boende samt hygienrutiner och användning av medicintekniska produkter har varit i fokus vid patientsäkerhetsarbete.

Kontinuerlig uppföljning och analysering av uppkomna avvikelser rörande fall, läkemedelshantering, trycksår, brister i vårdkedjan samt infektionsregistrering är delar av patientsäkerhetsarbete.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ledningsansvaret för hälso- och sjukvården i Tyresö har socialnämnden som enligt reglementet är utsedd att vara 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 över-

gripande processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9).

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för planering samt ledning och socialförvaltningens stab är en resurs i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef enligt HSL 29§ ansvarar för att i verksamheten bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses samt främja kostnadseffektivitet och ska löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt.

Verksamhetschefer har skyldighet ska upprätta årligen till 1 mars en patientsäkerhetsberättelse. Kommunens MAS tar del av patientsäkerhetsberättelser från verksamheterna i egen regi, entreprenörer och enskild regi och sammanställer till socialnämnden.

MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24§ och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3§. MAS ansvarsområde i huvudsak är att utarbeta riktlinjer som säkerställer god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården ur ett patientsäkerhetsperspektiv. MAS utövar tillsyn inom kommunens vård- och omsorgsboenden för äldre samt inom LSS-verksamheter i kommunen.

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut-sjukgymnast) är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/-er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Vårdhygien Stockholms län, Smittskydd Stockholm, Apoteket Farmaci AB och läkarorganisationerna som verkar i kommunens verksamheter har rådgivande och stödjande expertroll för verksamheterna.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

MAS följer upp verksamheternas hälso- och sjukvård genom granskningar, riktade uppföljningar, besök och samverkan med ansvariga läkarorganisationer. Trycksår, fall, undernäring och munhälsa följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroller är systematisk uppföljning av verksamheten samt kontroll att verksamheten bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Syftet med kvalitetsregister är att säkerställa god patientsäkerhet genom ett systematiskt arbetssätt.

Kvalitetsgranskning

Under november – december 2016 har MAS utfört kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvård i alla vård- och omsorgsboenden för äldre i kommunen. Syfte med denna granskning var att göra en uppföljning av 2015-års granskning QUSTA så att en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som håller god kvalitet kan jämföras över tid.

I uppföljningarna framgår att verksamheternas hälso- och sjukvårdsarbete fungerar bra i praktiken, vissa delar behöver även i fortsättningen utvecklas så att målet för god kvalitet uppfylls. Några av de områden som ligger lägre och som i hög grad måste utvecklas ytterligare är inkontinens och delar av dokumentation. Det finns även brister i att hålla de skriftliga lokala rutiner levande och aktuella.

Kravet i ledningssystemet är att det ska finnas så tydliga processer/rutiner så att all legitimerad personal självständigt ska klara av att utföra sitt arbete.

Dokumentationen av hälso- och sjukvården uppfyller inte helt kraven i regelverket. Alla enheter behöver fortsätta att utveckla dokumentationen både i samband med när en ny journal vid inflyttning upprättas och därefter säkra den pågående dokumentationen är aktuell tills journalen avslutas.

Hälso- och sjukvården inom LSS-verksamheterna och socialpsykiatrien har följts upp av MAS genom flera möten med HSV-teamet. 2016-års arbete har bestått till stor del att skapa lokala rutiner för hälso- och sjukvården för dessa verksamheter samt rutiner för samverkan med primärvården och psykiatrien.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts i tre (3) vård- och omsorgsboenden för äldre samt för verksamheter som HSV-teamet för LSS och socialpsykiatrien ansvarar för.

MAS är samordnande gentemot Apoteket Farmaci och har deltagit i granskningarna. Läkemedelshantering sker säkert i verksamheterna men det finns vissa förbättringsområden. Förbättringsförslag som har framförts vid årets granskningar har genomförts och lokala rutiner revideras tillsammans med MAS. Verksamhetscheferna/enhetscheferna tillsammans med MAS ansvarar för att de lokala rutinerna för läkemedelshantering följer MAS framtagna riktlinjer.

Läkemedelsgenomgångar

Respektive läkarorganisation tillsammans med verksamheterna arbetar systematiskt med läkemedelsgenomgångar enligt SKL:s riktlinjer vilket har medfört att antalet läkemedel i vård- och omsorgsboenden för äldre minskar bland vårdtagarna dock ökar användning av olämpliga läkemedel.

Följsamhet i läkemedelsgenomgång i vård- och omsorgsboenden för äldre enligt SKL:s riktlinjer har under 2016 varit 100 %.

Att utveckla samarbetet med läkemedelsgenomgångar, för de brukare inom LSS-verksamheter som behöver dessa, med primärvården pågår.

I granskningen av läkemedelslistor hos alla ≥ 65 år i vård- och omsorgsboenden för äldre kunde MAS konstatera att antalet läkemedel som är fler än 10 samtidigt har minskat jämfört året innan. Men användning av olämpliga läkemedel vid behandling av äldre enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för 2016 har ökat marginellt.

	2015	2016
Fler än 10 läkemedel	73 personer	63 personer
Olämpliga läkemedel	15 personer	17 personer

Öppna jämförelser siffror för Tyresö och riket visar följande för de som är över 75 år och äldre samt bor på vård- och omsorgsboende för äldre:

	2015 Tyresö / Riket	2016 Tyresö / Riket
Fler än 10 läkemedel	14,2 % (23,3 %)	24,4 % (26 %)
Olämpliga läkemedel	7,3 % (9,4 %)	8,1 % (8,8 %)

Läkemedelsnära produkter – Inkontinens

Urininkontinens är ett av största folkhälsoproblemen. Urininkontinens utgör för många ett socialt handikapp vilket ger påverkan på det dagliga livet på grund av rädsla för att läcka urin. Patienter som har urininkontinens ska få sina problem utredda och därefter få individanpassade inkontinensskydd. Vid journalgranskningen 2016 framkommer det att patienter inte alltid får sina problem utredda och att produkter som förskrivs inte har planerats utifrån en individuell utprovning. I verksamheterna finns sjuksköterskor som har specifik utbildning för inkontinens men det saknas en bra arbetsmetod vilken behöver vara fokus för kommande åren så att den enskilde får de inkontinenshjälpmedel som är individuellt anpassade.

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 det Smittskydd Stockholm som verksamheterna vänder sig till.

Under 2016 har genomförts uppföljningar av vårdhygienisk standard på vård- och omsorgsboenden för äldre där även MAS deltar. Under 2017 kommer Vårdhygien jobba med vårdhygieniska frågor på plats i verksamheterna i ämnen enligt deras egna önskemål.

MAS samlar in statistik av infektioner (antibiotikabehandlade, bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) på vård- och omsorgsboenden för äldre som sedan redovisas till Vårdhygien. Infektionsregistreringen är också en del av kvalitetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Antalet vårdrelaterade infektioner håller sig på samma låga nivå som tidigare åren. Det är bara enstaka fall av influensa och ”vinterkräksjuka” som har uppstått i vård- och omsorgsboenden för äldre under året.

Punktprevalensmätning basala hygien- och klädregler (PPM-BHK)

Våren 2016 deltog verksamheterna i det nationella punktprevalensmätning basala hygien- och klädregler (PPM-BHK). Mätningarna utförs ett par gånger per termin och resultatet redovisas på enheternas arbetsplatsträffar för fortsatt arbete inom hygien.

Tabellen nedan visar andelen korrekt följda basala hygien- och klädregler vid PPM-mätningen i Tyresö (alla kommuner i Stockholms län)

Frågeställning	Läkare /arb.terapeut sjukgymnast	Sjuk- sköterska	Under- sköterska	Vårdbiträde
Arbetsdräkt	100,0% (75,7%)	100,0% (89,4%)	96,3% (95,5%)	100,0% (89,7%)
Korta naglar	100,0% (90,0%)	100,0% (96,0%)	91,5% (95,0%)	100,0% (91,6%)
Uppsatt hår	100,0% (95,7%)	100,0% (99,1%)	91,5% (97,9%)	100,0% (96,2%)
Utan klockor / ringar	100,0% (79,7%)	90,0% (92,9%)	96,3% (93,3%)	100,0% (91,0%)
Användning plastförkläde	100,0% (87,0%)	100,0% (90,1%)	86,6% (84,9%)	100,0% (77,0%)
Användning av handskar	100,0% (97,7%)	100,0% (93,8%)	98,8% (97,0%)	100,0% (96,2%)
Handdesinfek- tion före arb.uppgifter	100,0% (70,7%)	80,0% (74,4%)	78,0% (68,2%)	50,0% (59,1%)
Handdesinfek- tion efter arbets- uppgifterna	100,0% (92,9%)	100,0% (94,0%)	98,8% (93,8%)	100,0% (92,5%)

Egenkontroller i form av självskattning i basala hygienrutiner genomförs i verksamheterna ett par gånger per termin och resultatet redovisas i verksamheterna.

PPM-trycksår/fall

Punktprevalensmätning av trycksår/fall togs över av Folkhälsomyndigheten under 2016 i samband med införandet av HALT (Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandling). Alla verksamheter deltog inte i mätningen pga. att det nya arbetssättet inför denna mätning inte var implementerad.

Nationella kvalitetsregistren

Alla vård- och omsorgsboenden för äldre använder **Senior Alert** för riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen för att kunna upptäcka de personer som är i riskzon och upprätta adekvata vårdplaner med förbättringsåtgärder.

Enligt Kvalitetsportalen är täckningsgraden i dessa verksamheter för riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår 100 % enligt Kvalitetsportalen.

Den senaste riskbedömningen som har införts på vård- och omsorgsboenden för äldre är Ohälsa i munnen och under 2016 har det utförts 488 riskbedömningar enligt verktyget ROAG (Revised oral Assessment Guide).

Kvarstående riskbedömning i Senior Alert som verksamheterna ska börja arbeta med är blåsdysfunktion.

Vid riskbedömningar som utförs i samband med inflyttning anges förslag till åtgärder och även tidpunkt för uppföljning vid eventuella risker.

Enligt Öppna jämförelser är det 56 % av de boende som får riskförebyggande åtgärder gjorda efter riskbedömningar på vård- och omsorgsboenden för äldre.

Verksamheterna behöver bli mer observanta på dessa beslutade åtgärder så att uppföljningar utförs när det har bedömts att risk finns samt att åtgärder som beslutats blir genomförda.

Resultat på riskbedömningar enligt Senior Alert

	2015	2016
Riskbedömningar	522	621
Unika personer	516	604
Riskbedömningar med risk	487	573
Riskbedömningar där minst en åtgärd planerades	343	366
Riskbedömningar där minst en åtgärd utfördes	302	240

Munhälsa

Tandvårdsenheten Stockholms läns landsting (SLL) har avtal med Oral Care AB att erbjuda årligen en gratis munhälsobedömning för Tyresö kommuns äldre i vård- och omsorgsboenden. Inom LSS-verksamheterna har P Dental Hygienist KB samma avtal gentemot de personer som är berättigade för tandvårdsstödsintyg. Dessa vårdgivare ska även erbjuda en årlig munvårdsut-

bildning till vård- och omsorgspersonal. Det är viktigt att personalen deltar vid munhälsobedömningen för att få information och kunskap om hur de kan vara behjälpliga för brukarna hur munhälsan ska skötas.

Tandvårdsenheten SLL överlämnar resultat för genomförda munhälsobedömningar/ genomförda utbildningar till kommunen.

Munhälsobedömning - Särskilt boende SoL och LSS/Egen bostad SoL och LSS	2015	2016
Antal erbjudna	577	473
Antal JA-tack för erbjudandet	425	411
Antal utförda munhälsobedömningar	188	213
Andel utförda av de som tackat JA	49,41 %	51,82 %
Munvårdsutbildning - vård- och omsorgspersonal totalt	78	12
Särskilt boende SoL och LSS	38	12
Egen bostad SoL och LSS	40	0

Munvårdsutbildningar ska uppmärksammas mer och ska genomföras i verksamheterna årligen så att all personal får kunskaper i munhälsa.

Äldre omvårdnadsberoende behöver ofta hjälp av vårdpersonalen för att upprätthålla en god munhälsa. När förmågan att utföra dagliga aktiviteter minskar, minskar även förmågan att sköta den orala hälsan. Efter förfrågan att delta i en studie kring god munhälsa kopplat till nutritionsstatus från Akademisk Centrum för Äldretandvård (ACT) deltog de flesta äldre som besöker Solgläntans dagverksamhet i en studie för att förebygga god munhälsa som genomfördes av ACT. Syfte med studien var att göra vårdpersonalen, de äldre och närstående medvetna om hur viktig munhälsa är för den äldres nutritionsstatus. Resultatet presenteras våren 2017.

Kontaktperson gentemot Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tandvårdsenhet är MAS som deltar på informations- och utbildningsmöten.

Demensvård

Arbetet med **BPSD-registret** har fortsatt under 2016. Syftet med BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är att kvalitets-säkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet.

69 personer med demenssjukdom i Tyresö har registrerats i BPSD-registret under 2016. Arbetsmetoden används även utan att registrera i själva systemet,

vilket kan ge en förklaring till det låga antalet.

Utbildad personal i BPSD-registrets 2-dagars utbildning finns på våra fyra vård- och omsorgsboende, en LSS-gruppboende, dagverksamhet och kommunal hemtjänst. 32 personer utbildades i Tyresö under 2016 av demenssjuksköterskan.

Utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikation för god demensvård visar statistiken på att i Tyresö, andelen personer som har olämpliga läkemedel har sänkts från 50 % till 33 % under 2016 (neuroleptika och lugnande läkemedel).

Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel har höjts från 65 % till 83 %.

Andelen personer som verkar smärtfria är 78 % vilket kräver fortsatt uppföljning under 2017.

Under 2016 anslöt sig Tyresö kommun till **SveDem** (Svenska Demensregistret) med Björkbackens vård- och omsorgsboendes demensenheter; 51 platser på Syrenen, Nejlikan, Solrosen och Näckrosen. Efter dem kom Ängsgårdens vård- och omsorgsboende som har 21 platser med demensinriktning.

Under kommande år tänker vi möjliggöra de två återstående vård- och omsorgsboenden i kommunen att delta.

För att stödja verksamhetsutveckling lägger SveDem särskild vikt vid att följa kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för demensvård och omsorg. Genom att registrera den egna enhetens kvalitetsindikatorer och variabler över tid, kan man följa utvecklingen och se i vilken grad värdena förbättras och mål uppnås. Under 2016 följdes 56 personer med demenssjukdom upp via SveDem i Tyresö. Besvarade kvalitetsindikatorer i SveDem visar på att 98 % har fått en läkemedelsgenomgång inom de senaste 12 månaderna. Riskbedömningar är gjorda som lägst på 96 % för munhälsa och till 100 % för fall. Till 80 % ligger levnadsberättelsen till grund för vårdens utformande.

Under 2016 genomfördes utbildningar inom demensvård för all personal inom kommunens vård- och omsorgsboenden för äldre och verksamheterna. Silviacertifierades i februari 2017.

Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar.

Enligt Svedem har 87 % någon form av tvångs-, skydds- eller begränsningsåtgärd. Av dessa är 52 % i form av passiva larm. Utifrån nollvisionsarbetet för en demensvård utan tvångs- och begränsningar finns mer att önska av förbättring och ändrat synsätt.

Ett utbildningspaket har tagits fram av Svenskt Demenscentrum med material i olika former.

Demenssjuksköterskan och en Silviasyster verksam på Björkbackens vård- och omsorgsboende har getts utbildning i Svenskt Demenscentrums material för att verka som Nollvisionsambassadörer.

Att som personal eller anhörig få kunskap att rätt bemöta och ha ett personcentrerat förhållningssätt till person med demenssjukdom kan förebygga att svåra situationer med beteendestörningar uppstår och kan därmed minska behov av tvångs-, skydds- eller begränsningsåtgärd.

Att förbättra vården i livets slutskede har varit ett av 2016-års utvecklingsområden. Föreläsningsserier kring palliativ vård har arrangerats för såväl vård- och omsorgsboendens som för hemtjänstpersonal. Samtliga vård- och omsorgsboenden för äldre i kommunen registrerar i **Svensk Palliativregister**.

Resultat palliativ vård i livets slut 2015 - 2016 (Palliativa register)

Kvalitetsindikatorer	SoS målvärde	Resultat 2015	Resultat 2016
Efterlevandesamtal erbjudet	100	65,3	92,9
Läkarinformation till patienten	100	69,4	67,9
Munhälsa bedömt	100	63,9	78,6
Avliden utan trycksår	90	87,5	89,3
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	83,3	80,4
Utförd validerad smärtskattning	100	11,1	42,9
Lindrad från smärta	100	91,7	83,9
Lindrad från illamående	100	93,1	89,3
Lindrad från ångest	100	83,3	88,3
Lindrad från rosslig andning	100	76,4	80,4
Läkarinformation till närstående	100	81,9	83,9

Antal vårdtillfällen i urvalet: 72 under 2015

Antal vårdtillfällen i urvalet: 56 under 2016

Resultatet visar att verksamheterna har utvecklat arbetet med att erbjuda efterlevandesamtal samt utförda validerade smärtskattningar. Det som verksamheterna behöver fortsätta att arbeta med är att ytterligare utveckla validerad smärtskattning, erbjuda läkarinformation till patient samt utveckla arbetet med munhälsa vid vård i livets slut.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Verksamheternas arbete med Senior Alert, BPSD-registret och SveDem, systematiska läkemedelsgenomgångar och arbetet i Svenska Palliativa registret ökar patientsäkerheten i vården likaså arbetet med samverkan med 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 § p 3

Samverkan kommun - landsting, privata aktörer

Representanter för kommunen ingår i olika nätverk, samrådsgrupper, FOU-nätverk, m.m. tillsammans med landstinget. Kommunen har avtal och samarbete med SLLs Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, beställare vård avseende läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre. Läkarinsatserna utförs av Familjeläkarna Saltsjöbaden på Björkbackens Äldrecentrum, Team Äldredoktorn på Krusmyntan och Ängsgården och av Legevisitten på Trollängen.

Landstingets förfrågningsunderlag för läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre är utgångspunkten för de samverkansöverenskommelserna som är skrivna mellan verksamheter, respektive läkarorganisation och kommunen. Dessa 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.

Ändringar i läkaransvaret 2016 för brukare i korttidsvården på vård- och omsorgsboenden för äldre har lyft fram ytterligare behovet av utvecklat samarbete med primärvården för patientsäkerheten.

Samverkan med läkarinsatser i primärvården och psykiatri gentemot brukare i LSS-verksamheterna och socialpsykiatri behöver utvecklas med samverkansöverenskommelser.

Samverkan socialförvaltning/utförare

Branschråden riktade mot de olika områdena – vård- och omsorgsboenden för äldre, hemtjänst och funktionsnedsättning har haft fortsatta träffar under 2016 mellan myndigheten på socialförvaltningen och utförarna. Detta för att öka förståelsen, underlätta samverkan och informationsflödet verksamheter och biståndshandläggare.

Under 2016 har MAS haft MAS-möten där verksamheterna har informerats om nya riktlinjer, ändringar i författningar, utbildningar osv. Möten är inte riktade enbart till legitimerad personal utan är öppna för all personal där innehållet i mötet ska väcka intresse för att delta. MAS har fortsatt med ”MAS-meddelanden” med skriftlig information bl.a. kring ökad patientsäkerhet.

Samverkan inom verksamheten

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under året deltagit i samverkansmöten med SLL och KSL, med läkarorganisationerna där rutiner för utveckling av patientsäkerhet diskuteras och samverkansöverenskommelser revideras allteftersom nya regler kommer.

Inom Södertörnskommunerna träffas MASarna regelbundet för att diskutera frågeställningar som berör att utveckla patientsäkerhet. Under 2016 har uppföljningen av övertagandet av hälso- och sjukvården inom viss del av LSS-verksamhet fått uppmärksamheten. På Hälso- och sjukvårdsförvaltningen deltar MAS i en läkemedelsgrupp där läkemedelshanteringen i vårdens övergångar diskuterats.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheterna bjuder in till olika former av anhörigträffar, närståendeträffar och andra möten. MAS deltar i dessa möten enligt verksamheternas önskemål. Det finns skriftliga informationsbroschyrer på vård- och omsorgsboenden 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 hälsotill-

stånd sker kontinuerliga uppföljningar med legitimerad personal, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och anhöriga/närstående så att patientsäkerheten säkerställs.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalyser är något som verksamheterna gör 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. Riskanalys ska användas då ett flertal avvikelser med ingen eller ringa konsekvens har inträffat kring en patient eller en arbetsmetod.

Riskanalyser/-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, fall och ohälsa i munnen. Riskanalyser behöver genomföras även på organisationsnivå vid organisations-/schemaförändringar i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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 MAS riktlinjer och följsamheten bedöms som god. Dock visar MAS granskning av avvikelser att dessa inte är alltid korrekt ifyllda utan det saknas delar som har betydelse för analysarbete och utredning.

Den personal som upptäcker en avvikelse ska rapportera till tjänstgörande sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut som utan dröjsmål ska göra en bedömning av vilka åtgärder som ska vidtas samt dokumentera detta i bruka-

rens journal. Den som upptäcker avvikelser skriver en rapport i avvikelshanteringssystemet. Detta ska helst ske i anslutning till händelsen. I rapporten bör noteras även namnet på den tjänstgörande legitimerade 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 en anmälan enligt lex Maria ska ske.

När en allvarlig vårdskada har skett i verksamheten görs först en lex Maria-utredning i verksamheten och när MAS bedömer att en lex Maria-anmälan ska göras genomför verksamhetschefen en lex Maria-anmälan.

En lex Maria-anmälan till IVO (Inspektionen för Vård – och Omsorg) ska göras av MAS inom två månader från det händelsen inträffat. Information om anmälan till IVO och svar från IVO återkopplas till Socialnämnden, berörd personal, patient och ev. anhöriga/närstående.

Avvikelser som inte föranleder till lex Maria-anmälan efter lex Maria-utredning återkopplas av verksamhetschefen/enhetschefen till berörda.

MAS har gjort en lex Maria-anmälan till IVO i kommunens egen regi verksamhet under 2016. Enligt IVOs granskning har vårdgivaren fullgjort sin skyldighet med utredning samt anmälan och därmed avslutat ärendet utan att vidta några ytterligare åtgärder.

Avvikelser – läkemedel och fall

Det är utebliven signering/läkemedelsgivning som oftast har varit orsaken till läkemedelsavvikelser. Dock har pilotprojektet på en enhet på Björkbacken visat efter införandet av digital läkemedelssignering till minskat antal läkemedelsavvikelser. Detta arbetssätt kommer att implementeras i alla verksamheter som drivs i kommunens egen regi med början på vård- och omsorgsboendet för äldre.

Registrering av antalet fall/fallavvikelser minskar för omvårdnadspersonalen är mer medvetna om risker och arbetar mer förebyggande genom att registrera fallavvikelser.

Antalet avvikelser som registrerats under 2016 inom LSS-verksamheter/socialpsykiatri är svårt att bedöma för det finns ingen tidigare sammanställd, säkerställd statistik.

ÅR	2015	2016
Läkemedel	390	234
Fall i verksamheten	695	561
Allvarlig skada t.ex. fraktur/sjukhusvård	11	8
Trycksår uppkomna inom verksamheten	24	16 (alla kategorier 1-4)
Antal lex Maria-anmälningar under året	1	1

Medicintekniska produkter - avvikelser

Användandet av medicintekniska produkter ska ske på ett säkert sätt. Rehabiliteringspersonal utbildar omvårdnadspersonal årligen i förflyttningsteknik och hantering av medicintekniska produkter. Alla användare av medicintekniska produkter ska känna till produkten väl och ha god kunskap om hur den ska användas.

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. Anmälan av en avvikelse ska upprättas när en medicinteknisk produkt är till exempel felaktig, inte komplett eller försenad från leverantören.

Avvikelserna kan handla om t.ex. felanvändning av antidecubitus-madrass (förebygger trycksår) eller felaktigheter i lyftselar och lift. Under 2016 har rapporterats 15-tal avvikelser gällande medicintekniska produkter, de flesta avvikelser har handlat om att larmsystemet inte har fungerat, att rörelselarmet inte har använts korrekt sätt.

Om avvikelsen är av allvarlig karaktär ska även en anmälan göras till Läkemedelsverket av MAS. Inga MTP-avvikelser har rapporterats till Läkemedelsverket.

Vårdkedjeavvikelser

Vårdkedjeavvikelse mellan olika vårdgivare vid vårdens övergångar t.ex. mellan sluten vård (sjukhus)/vårdcentral och kommunens hälso- och sjukvård. Dessa avvikelser uppkommer när de överenskomna riktlinjerna inte följs antingen från sjukhusens/primärvårdens eller från kommunens sida. Den mest förekommande orsaken till avvikelsen har varit bristande kommunikation och informationsöverföring vid vårdens övergångar. Tillsammans under 2016 har alla verksamheter rapporterat ett trettiofem vårdkedjeavvikelser.

Arbete med utveckling och uppdatering av samverkan och samverkansöverskommelser samt hur dessa avvikelser kan undvikas mellan slutenvården, öppen psykiatri och vårdcentraler behöver fortsätta allt eftersom det sker ändringar i verksamheterna.

Klagomål och synpunkter

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

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

Inkomna klagomål och synpunkter direkt till verksamheter utreds och analyseras enligt verksamheternas rutiner och resultaten återkopplas enhetsvis på arbetsplatsmöten och/eller i kvalitetsrådet. MAS har varit inkopplad på fem (5) stycken klagomål.

Under 2016 har det inte kommit några klagomål från Patientnämnden. Tre (3) ärenden har inkommit från IVO till socialförvaltningen/MAS, som har lämnats dit från anhöriga/närstående, med begäran om handlingar med anledning av hur vård- och omsorgsboendens personal har agerat i en vård- och omsorgssituation. Dessa ärenden är under utredning hos IVO.

Besluten från IVO lämnas till aktuell verksamhet för återkoppling till personalen och anhöriga/närstående för eventuella åtgärder.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap 2 §

Under 2016 har det inte kommit några klagomål från Patientnämnden. Klagomålen och synpunkterna från patienter/anhöriga eller närstående som kommit direkt till verksamheterna utreds och redovisas i respektive verksamhetsberättelse. Under 2016 har IVO vidarebefordrat tre (3) klagomål till kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska från anhöriga/närstående i tre skilda verksamheter för utredning. Dessa klagomål har handlat om brister i kontakt med anhöriga/närstående och kommunikation mellan olika vårdgivare samt att verksamheten och anhöriga/närstående har skilda uppfattningar om informationen har fungerat mellan dem.

Man kan dra slutsats utifrån dessa klagomål att information och kommunika-

tion mellan aktörer inte är enkelt så att man har samsyn kring vad som har informerats och kommunicerats.

En lex Maria-anmälning har gjorts till IVO som bedömdes som risk för allvarlig vårdskada pga. bristfällig följsamhet av såromläggningsordination som orsakade onödigt lidande för patienten.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Nationella brukarundersökningen 2016 (2015)

Frågeställning	Tyresö	Riket
Mycket lätt/lätt att träffa läkare på boendet vid behov	55 % (49 %)	57 % (57 %)
Mycket lätt/lätt att träffa sjuksköterska på boendet vid behov	79 % (76 %)	77 % (77 %)
Mycket lätt/lätt att träffa personal på boendet vid behov	77 % (80 %)	85 % (84 %)
Känner sig trygg i sitt äldreboende	86 % (89 %)	89 % (89 %)
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	43 % (42 %)	47 % (45 %)

Inom parentes 2015 års siffror.

Resultat på aktiviteter som genomförts i verksamheterna för t.ex. andel läkemedelsgenomgångar, andel korrekta hygien- och klädrutiner och andel riskbedömningar, redovisas under respektive kapitel.

Dessa resultat speglar t.ex. utfallet i form av andel avvikelser, andel patienter med vårdskador samt andel patienter med fall och trycksår.

Kompetens

Den största utbildningsinsatsen i alla vård- och omsorgsboenden för äldre under 2016 har varit inför Silviacertifieringen.

Andra utbildningsinsatserna varierar i verksamheterna och nedan finns några exempel vilka utbildningsinsatser har genomförts.

- * e-utbildning i basala hygienrutiner som är obligatorisk för omsorgspersonal i alla verksamheter fortsätter årligen

- * Demens ABC och Demens ABC+, BPSD samt Nollvison - speciellt i demensverksamheter

-
- * e-utbildningar i Jobba säkert med läkemedel/Daibetesutbildning
 - * Inkontinensutbildningar
 - * Palliativ vård för omvårdnadspersonal/hemtjänstpersonal

Övergripande mål och strategier för 2017

Arbetet med ICF (Nationellt fackspråk) med KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) i HSL fortsätter för verksamhetssystemet Treserva för att kunna få ut statistik enligt Socialstyrelsens framtida krav.

Även arbetet med tillgång till NPÖ – Nationell Patientöversikt för verksamheterna fortsätter.

Mål

Stärka den personcentrerade vården och öka kvalitén i samverkan med patient, närstående och berörda vårdgivare som ger säker och effektiv vård.

Strategi:

Arbeta med implementering på arbetssättet av samordnade individuella planer (SIP).

Mål:

Skapa ökad patientsäkerhet och trygghet för personal genom att utveckla säker dokumentation och informationsöverföring. En väl förd patientjournal ger trygghet för personal och har stor betydelse för patientsäkerheten.

Strategi:

Fortsätta granska patientjournaler på de delar där granskningen tidigare har visat att dokumentationen brister. Implementera kollegial journalgranskning i verksamheterna.

Mål:

- * Det strukturerade arbetet med riskbedömningarna med förebyggande åtgärder och uppföljningar i Senior Alert ska öka.
- * Införa arbetssättet med blåsdysfunktion och HALT helt i Senior Alert.

Strategi:

- * Systematiskt utveckla metoder och arbetssätt med riskbedömningar som ingår i de nationella kvalitetsregistren/PPM-mätningar/HALT som används i verksamheterna för att på ett ändamålsenligt sätt samordna och dokumentera olika insatser, åtgärder och uppföljningar.
- * Säkerställa med dokumentationen att patienter med urininkontinens erbjuds en basal utredning och att omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver ett inkontinensskydd vilket är individanpassat till blästmönster.

Mål:

Minska läkemedelsavvikelser ytterligare.

Strategi:

Fortsatt implementering av digital läkemedelssignering i alla verksamheter.

UTKAST