

Sammanställd Patientsäkerhetsberättelse Tyresö kommun

2014

Datum och ansvarig för innehållet
2015-04-01 Kaija Partanen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

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	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Samverkan med patienter och närstående.....	11
Riskanalys.....	12
Klagomål och synpunkter.....	12
Sammanställning och analys.....	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	13

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 omsorgsboenden för äldre och en dagverksamhet. Björkbackens äldrecentrum drivs i kommunal regi med 137 platser, Vardaga drev Trollängens vård- och omsorgsboende med 59 platser under januari-augusti 2014 och sedan 1 september 2014 driver Förenade Care AB Trollängens äldreboende. Ansvar och Omsorg, A & O AB driver Ängsgården med 21 platser på entreprenad och Krusmyntans äldreboende med 52 platser drivs i privat regi av Vardaga. Antalet platser på vård- och omsorgsboenden för äldre är 269. Dagverksamheten drivs i kommunens egen regi.

För att öka patientsäkerheten under året har arbetet med de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa kvalitetsregistret fortsatt. Under året har arbetet med BPSD-utbildning (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) intensifierats i och med att demenssjuksköterskan har utbildats till certifierad utbildare i BPSD.

Verksamheterna arbetar enligt LCP-metoden (Liverpool Care Pathway) vid vård i livets slut och arbetet att utöka användning av NPÖ (Nationell Patientöversikt) via säker inloggning fortsätter.

Egenkontroller som har gjorts i hälso- och sjukvården är

- kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård via enkäten QUSTA under augusti-september 2014
- kvalitetsuppföljning av icke lämpliga läkemedel samt användning av medicintekniska produkter i form av enkätundersökning under november – december 2014
- 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. Såväl antalet läkemedelsavvikelser som fallavvikelser har minskat under 2014, men antalet fallavvikelser som medfört frakturer har ökat något.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har fått 41 stycken allvarliga avvikelser för utredning varav en har föranlett lex Maria – anmälning till Inspektionen av Vård och Omsorg (IVO). Inga klagomål har rapporterats under 2014 från Patientnämnden. Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner i verksamheterna. MAS har varit inkopplad i ett 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 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 hade som mål 2014 att andelen personer 65 år och äldre som riskbedöms avseende fall, undernäring och trycksår i vård- och omsorgsboende är lägst 90 %, vilket har uppnåtts.

Nationell värdegrund trädde i kraft 2011 och under 2014 har utbildningen och arbetet i kommunens värdighetsgarantier fortsatt på vård- och omsorgsboenden.

Strategier för patientsäkerhetsarbete

Bland strategierna i verksamheterna för att förbättra patientsäkerheten har varit t.ex. kompetenshöjning inom demensvård. Strategierna skiljer sig i verksamheterna beroende på inriktningen i verksamheten men implementering och arbetet med värdighetsgarantierna samt att öka vårdkvaliteten genom implementering och användning av validerade vårdmetoder är gemensamt för samtliga verksamheter.

Vid MAS anmälda och oanmälda besök inspekteras bland annat läkemedelshantering, hygienrutiner, förrådshantering och användning av medicintekniska produkter.

Kontinuerlig uppföljning och analysering av uppkomna avvikelser rörande fall, läkemedelshantering, 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 §, punkt 1

Enligt lagstiftningen ska ledningsansvaret för hälso- och sjukvården utövas av den nämnd som utses av kommunfullmäktige. I Tyresö är det socialnämnden som enligt reglementet är utsedd 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 övergripande processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9). Förvaltningschefen har ett övergripande administrativt ansvar för planering och 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 på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Kommunens MAS tar del av patientsäkerhetsberättelser från egen regi, entreprenörer och enskild regi och sammanställer till socialnämnden.

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

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast-fysioterapeut) 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.

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 avvikelser bedöms allvariga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen/enhetschefen och om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse kontaktas direkt även MAS.

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.

MAS följer upp verksamheternas hälso- och sjukvård genom tillsyn och 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.

Kvalitetsgranskning enligt QUSTA

Under 2014 har MAS startat kvalitetsuppföljning enligt QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) genomförts av hälso- och sjukvården på tre vård- och omsorgsboenden för äldre. Kvalitetsinstrumentet bygger på föreskrifter och innehåller 14 kapitel med en varierande mängd frågor som rör vissa utvalda delar i hälso- och sjukvården och som hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om. Syfte med kvalitetsinstrumentet är att säkerställa att alla vårdtagare i kommunens vård- och omsorgsboende får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som håller god kvalitet och som kan jämföras över tid.

I uppföljningarna framgår det att verksamheternas arbete fungerar i praktiken, men de har inte ännu helt uppfyllt målet god kvalitet. För att nå upp till godkänd kvalitet i QUSTA, krävs förbättringsarbete. Några av de områden som fortfarande ligger lågt och som i hög grad måste utvecklas ytterligare är lokala rutiner utifrån MAS riktlinjer, inkontinens och vårdhygien.

Det finns brister i att hålla skriftliga rutiner levande och aktuella. Kravet i ledningssystemet är att det ska finnas så tydliga rutiner/processer 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 att man upprättar en ny journal vid inflyttning och därefter säkra den pågående dokumentationen.

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 2014 genomfördes uppföljningar på tidigare genomförda hygienronder i alla verksamheter.

MAS tar även in registrering av infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) på vård- och omsorgsboenden för äldre som sedan sammanställs och 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 år. Verksamheterna har inte heller drabbats av större utbrott av influensa under året och enbart några enstaka fall av ”vinterkräksjuka” har uppstått i vård- och omsorgsboenden för äldre.

PPM-trycksår/fallskador och PPM-BHK

Verksamheterna har deltagit i nationella punktprevalensmätning av trycksår och fallskador under våren 2014 samt basala hygien- och klädregler (PPM-BHK). 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.

Utvecklingsområde för 2015

- Verksamheterna ska delta i PPM-mätningarna både vår och höst för att få tillgänglig/tillförlitlig statistik

Förflyttning och medicintekniska produkter (MTP)

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.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts i alla verksamheterna under 2014, MAS är samordnande gentemot Apoteket och deltog i granskningarna. Verksamheterna har i stort en säker läkemedelshantering men det finns fortfarande vissa förbättringsområden. Flera förslag som framfördes vid föregående års granskning har genomförts men dock inte alla. I samband med dessa granskningar har lokala rutiner reviderats 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 ska arbeta systematiskt 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 2014 har patienterna i vård- och omsorgsboenden fått läkemedelsgenomgång enligt SKL:s riktlinjer, det har gjorts 287 fördjupade läkemedelsgenomgångar (2014 genomfördes 241 läkemedelsgenomgångar).

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

Fler än 10 läkemedel samtidigt

2013		2014	
≤ 79	≥ 80	≤ 79	≥ 80
31	61	39	52

Läkemedel som enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för 2014 är olämpliga vid behandling av äldre har hittats i granskningen av läkemedelslistor hos fem patienter i kommunens vård- och omsorgsboende för äldre (sju patienter 2014).

Nationella kvalitetsregistren

Alla verksamheter använder **Senior Alert** för riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för att kunna upptäcka de personer som är i riskzon och upprätta adekvata vårdplaner med förbättringsåtgärder. Verksamheterna har även möjlighet att utföra bedömningar i munhälsa och inkontinens, som är nya bedömningsformer i Senior Alert från 2013 och 2014.

Resultat enligt Senior Alert

	2013	2014
Riskbedömningar	402	379
Unika personer	269	273
Riskbedömningar / person	1,5	1,5

Under 2014 har verksamheterna fortsatt arbetet med **BPSD-registret**. BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är ett arbetsverktyg närmast för verksamheter med inriktning demens. Socialförvaltningens demenssjuksköterska har gått utbildning till certifierad utbildare i BPSD för att fortsätta implementering av arbetssättet med BPSD-register.

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

Resultat palliativ vård i livets slut under 2013 och 2014 (Palliativa register)

Kvalitetsindikatorer	SoS målvärde	Resultat 2013	Resultat 2014
Efterlevandesamtal erbjudet	100	67,3	47,9
Läkarinformation till patienten	100	67,3	64,6
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	47,3	29,2
Munhälsa bedömt	100	70,9	60,4
Avliden utan trycksår	90	85,5	91,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	80,0	79,2
Utförd validerad smärtskattning	100	40,0	18,8
Lindrad från smärta	100	87,3	87,5
Lindrad från illamående	100	94,5	89,6
Lindrad från ångest	100	85,5	77,1
Lindrad från rosslig andning	100	74,5	70,8
Läkarinformation till närstående	100	76,4	77,1

Antal vårdtillfällen i urvalet: 55 under 2013

Antal vårdtillfällen i urvalet: 53 under 2014

Resultatet visar att samtliga parametrar i Svenska palliativa registret för vård i livets slut behöver utvecklas. De parametrar som verksamheterna behöver fortsätta att arbeta mest med är utförd validerad smärtskattning, önskemål om dödsplats, erbjuda närstående eftersamtal, munvård och läkarinformation till patient och närstående.

Utvecklingsområde för 2015

- Vård i livets slut behöver lyftas upp i alla verksamheter under 2015.

På grund av att det har funnits oklarheter kring inhämtande av samtycke från personer med demens har riskbedömningar i Senior Alert och BPSD-registret genomförts genom att använda manuell hantering av bedömningsblanketter som sparats i patientens journal. Därmed har verksamheterna kunnat fortsätta med riskbedömningar och förebyggande arbete för att förbättra patientsäkerheten för individerna.

Munhälsa

Patienterna erbjuds årligen en gratis 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/ genomförda utbildningar till kommunen.

Munhälsobedömning - Särskilt boende SoL och LSS	2013	2014
Antal erbjudna	254	321
Antal JA-tack för erbjudandet	235	264
Antal utförda munhälsobedömningar	188	201
Andel utförda av de som tackat JA	80 %	71 %
Munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal	95	6

MAS är kontaktperson gentemot tandvårdsenheten och deltar informations- och utbildningsmöten på tandvårdsenheten.

Utvecklingsområde för 2015

- Munvårdsutbildningar för vård- och omsorgspersonalen är färskvara och behöver uppdateras årligen.

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 IVO (Inspektionen för Vård – och Omsorg) ska ske inom två månader från det händelsen inträffat.

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

Svar från IVO 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 MAS riktlinjer och följsamheten bedöms som god. Dock visar MAS granskning av avvikelser att avvikelserna inte är alltid korrekt ifyllda utan det saknas delar som har betydelse för analysarbete och utredning. Registrering av antalet fall/fallavvikelser håller sig ungefär på nivå som åren innan.

ÅR	2012	2013	2014
Totalt	818	856	816
Läkemedel	324	259	242
Fall i verksamheten	494	597	574
Allvarlig skada, ex. fraktur/Sjukhusvård	10	9	13
Trycksår uppkomna inom verksamheten	1	12 (alla kategorier 1-4)	7 (alla kategorier 1-4)
Antal lex Maria-anmälningar under året	2	2	1

Avvikelser - medicintekniska produkter

När en medicinteknisk produkt är t.ex. felaktig/ej komplett/försenad från leverantören ska en avvikelse upprättas och om avvikelsen är av allvarlig karaktär ska en anmälan göras till Läkemedelsverket av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under 2014 har rapporterats 26

avvikelse gällande medicintekniska produkter, de flesta avvikelser har handlat om att larmsystemet inte har fungerat, att rörelselarmet har använts fel. Även felanvändning av och på antidecubitusmadrass (förebygger trycksår) har rapporterats. Inga MTP-avvikelser har rapporterats till Läkemedelsverket.

Utvecklingsområde för 2015

- Rapportering på medicintekniska avvikelser samt vårdkedjeavvikelser behöver lyftas fram i verksamheterna.

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 2014 har verksamheterna rapporterat ett tiotal vårdkedjeavvikelser.

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 läkemedelshandling, 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 patientsäkerhetsarbetsätt 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 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 som utförs av Familjeläkarna Saltsjöbaden på Björkbackens Äldrecentrum, Team Äldredoktorn på Krusmyntan och Trollbäckens vårdcentral på Trollängen och Ängsgården består samarbetet främst som avstämningsmöten kring hur förfrågningsunderlaget 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.

Utvecklingsområden för 2015

- Överenskommelser i vårdkedjan mellan slutenvården och öppen vård där rutiner för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård saknas.
- Det saknas även lokal överenskommelse om samverkan inom rehabiliteringsområdet för att skapa förutsättningar för ändamålsenlig samordning av olika insatser inom rehabiliteringsområdet genom att klargöra respektive parts ansvarsområden och att tydliggöra en samordnad vårdkedja för personer i äldreomsorgens korttidsvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har under året deltagit i samverkansmöten med läkarorganisationerna där rutiner för utveckling av patientsäkerhet tagits fram samt diskussion förts hur dessa samverkansöverenskommelser behöver revideras enligt nya regler som kommit. 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 socialförvaltning/utförare

Biståndsavdelningen bedömer behovet av vård- och omsorgsboende och beslutar om placeringar. För att öka förståelsen och underlätta informationsflödet hålls regelbundna kontakter mellan verksamheter och biståndshandläggare. Branschrådet har haft fortsatta träffar under 2014 mellan socialförvaltningen och utförarna.

Under 2014 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 intresset för 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 individens behov 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, närståendetränningar och möten.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risicanalys 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.

Risicanalys/-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.

Risicanalys 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 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.

Nationell brukarundersökning för 2014 visar att kommunens vård- och omsorgsboenden för äldre behöver fortsätta arbetet 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 2014 har det inte kommit några klagomål från Patientnämnden. Klagomålen och synpunkterna som kommit direkt till verksamheterna redovisas i respektive verksamhetsberättelse. MAS har gjort en lex Maria- anmälning till IVO.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § punkt 3

Nationella brukarundersökningen 2014

Frågeställning	Tyresö	Riket
Lätt att träffa läkare vid behov	47 %	58 %
Lätt att träffa sjuksköterska vid behov	79 %	78 %
Lätt att få kontakt med personal vid behov	82 %	85 %
Känner sig trygg på sitt äldreboende	83 %	89 %
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	47 %	46 %

Kompetens

Utbildningsinsatserna varierar i verksamheterna. Under 2014 har genomförts flera utbildningsinsatser, nedan några exempel:

- e-utbildningar i Basala hygienrutiner samt Demens ABC
- äldre och läkemedel – fortsättning för sjuksköterskor
- BPSD-utbildning till personal på demensenheter
- inkontinensutbildning
- nutritionsutbildningar
- respektive läkarorganisation har hållit ett antal föreläsningstillfällen enligt verksamhetens önskemål

Utvecklingsområde 2015

- utveckla palliativ vård i kommunen med att utbilda personal i palliativ vård

Måluppfyllelse

Målet med att 90 % av de som bor på vård- och omsorgsboenden för äldre (65 år och äldre) har fått riskbedömningar i fall, nutrition och trycksår har uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2015 ska verksamheterna fortsätta att utveckla ledningssystem enligt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Under 2015 behöver även arbetet med arbetsprocesser, riktlinjer och rutiner fortsätta för att på ett systematiskt sätt kunna planera, leda, fördela, utvärdera och kontinuerligt följa upp de krav som ställs på verksamheterna.

Målet för patientsäkerheten är **ett hälsobefrämjande arbetssätt** som syftar till att patienterna inte blir undernärda, inte faller eller får trycksår.

Uppföljning av hälso- och sjukvården inom vård- och omsorgsboenden genom anmälda som oanmälda besök i verksamheten.

Följa upp och analysera inkomna avvikelser utifrån hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser.

Följa hälso- och sjukvården genom inhämtad hälso- och sjukvårdsstatistik.

ÄBIC/IBIC– Äldres/Individens behov i centrum – **ICF (Nationellt fackspråk) i SoL** samt **HSL** – arbetet att använda nationella fackspråket fortsätter både i handläggning, i SoL- och HSL-dokumentationen i verksamheterna samt vid uppföljning.

NPÖ – Nationell Patientöversikt

Björkbackens vård- och omsorgsboende för äldre har haft tillgång till andra vårdgivares dokumentationssystem som konsument via NPÖ under 2014 och arbetet pågår att alla vård- och omsorgsboenden för äldre ska ha tillgång till NPÖ oavsett verksamhetssystemet. Arbetet pågår att vård- och omsorgsboenden för äldre kan även bli producenter i NPÖ, detta betyder att t.ex. ansvarig läkarorganisation kan läsa Björkbackens journalanteckningar.