

Patientsäkerhetsberättelse för verksamheter i egen regi inom Farsta stadsdelsförvaltning 2016

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	3
2	Mål och strategier för patientssäkerhetsarbetet 2016.....	4
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
4	Struktur för förebyggande arbete, uppföljning och resultat för 2016.....	6
4.1	Förebyggande arbete	7
4.1.1	Risikanalys	7
4.1.2	Utbildningsinsatser	8
4.2	Uppföljning och resultat.....	9
4.2.1	Verksamhetsuppföljning	9
4.2.2	Avvikelsehantering	9
4.2.3	Journalgranskning	11
4.2.4	Nationella kvalitetsregister	12
4.2.5	Vårdrelaterade infektioner	17
4.2.6	Loggkontroller	18
4.2.7	Läkemedelshantering	19
4.2.8	Funktionskontroller avseende tekniska hjälpmedel	19
4.2.9	Samverkan.....	19
4.2.10	Kvalitetsråd	20
4.3	Sammanfattande resultat	20
5	Mål för 2017	21
5.1.1	Strategier för en patientsäker vård	21
5.1.2	Strategier för en personcentrerad vård och omsorg	21
5.1.3	Strategier för en god vård i livets slutskede.....	22

1 Bakgrund

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL började gälla den 1 januari 2011. Syftet med lagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården genom att minska antalet vårdskador¹, oavsett om bristerna beror på systemfel eller om personalen begått misstag. Vårdgivarens ansvar och skyldighet att arbeta förebyggande genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tydliggörs i lagen.

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. En del i detta är att hälso- och sjukvårdspersonal ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, eller annan allvarlig skada till vårdgivaren. Patient² och närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Alla vårdgivare ska årligen sammanställa sin patientsäkerhetsberättelse till den 1 mars. Syftet är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen för 2016 omfattar Edö vård- och omsorgsboende med inriktningarna somatik och demens samt Lingberga gruppobostad med inriktning socialpsykiatri .

Vid Edö servicehus i C-huset har 55 lägenheter avvecklats samt en verksamhet med nio platser med somatisk inriktning. B-huset har påbörjat sin avveckling av servicelägenheter. De personer som har beslut på servicehusboende har rätten att bo kvar så länge behovet kvarstår. På grund av avvecklingen i C-huset finns svårigheter att hämta rätt statistik för denna verksamhet. Därav kommer inte några resultat att redovisas för denna verksamhet.

Lingberga gruppobostad med inriktning socialpsykiatri drivs sedan 1 mars 2016 i egen regi³. I samband med återtagandet av verksamheten har en omorganisation ägt rum. Vid rekrytering av sjuksköterska uppstod svårigheter som i sin tur medförde olika lösningar fram till årsskiftet 2016. Från årsskiftet 2017 finns fastanställd sjuksköterska plats. Därav finns ett fåtal resultat att redovisa för denna verksamhet.

Verksamheter på entreprenad eller i privat regi upprättar sin egen patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen publiceras på stadsdelens intranät.

¹ Vårdskada avser lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

² Begreppet patient avser person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård, används vid vårdrelationer.

³ Egen regi avser verksamhet (enhet) som bedrivs av Fårsta stadsdelsnämnd.

2 Mål och strategier för patientssäkerhetsarbetet 2016

Vården ska vara av god kvalitet och hålla en god hygienisk standard. Det innebär att den ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och ges med respekt för alla människors lika värde. Bemötande av den äldre och närstående ska ske så att den enskildes trygghet, värdighet och integritet beaktas.

Målet för patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder och förebygga att patienten drabbas av vårdskada.

Mål

- En fungerande teamsamverkan för en personcentrerad och patientsäker vård.
- Att verksamheten använder sig av nationella kvalitetsregister (Senior Alert, Svenska Palliativregistret, Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens⁴) i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen, i syfte att förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienterna.
- Hälso- och sjukvårdspersonal utvecklar arbetet med hälsoplaners.
- För god vård i livets slutskede ska en palliativ vårdplan upprättas inför alla förväntade dödsfall.
- Minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner.
- Att alla verksamheter följer rutin för loggkontroller i VODOK⁶.

Strategier

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns någon form av samtycke till de åtgärder som vidtas. All vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information.

- *Regelbundna teammöten* ska prioriteras i verksamheten. Utbildningsinsatser för att stärka och utveckla teamet kommer att genomföras under året.
- *Kvalitetssäkring*: Att verksamheten arbetar med implementering och registrering i nationella kvalitetsregister det vill säga Senior Alert, Svenska palliativregistret och

⁴ Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens förkortas fortsättningsvis som BPSD- registret.

⁵ Hälsoplaner avser omvårdnads- och rehabiliteringsplaner.

⁶ Elektroniskt system för dokumentation avseende hälso- och sjukvård.

BPSD-registret. Resultat analyseras och om behov finns vidtas åtgärder på individ- och enhetsnivå. Det ökade användandet av kvalitetsregistren bidrar till att teamets samlade kompetens tas tillvara.

- *Hälsoplaner:* Hälso- och sjukvårdspersonal försätter gemensamt med arbetet att utveckla hälsoplaner för patienten. De upprättas bland annat vid bedömd risk för fall, undernäring och trycksår samt vid behov av funktionshöjande åtgärder.
- *Palliativ vårdplan:* Att planer upprättas när vården byter inriktning, från behandlande till symtomlindrande vid vård i livets slutskede. Detta sker efter att beslut (brytpunkt) fattats av patientansvarig läkare. Demensenheten avser utveckla läkarinformation till närstående, eftersamtal, önskemål om dödsplats samt utförd validerad smärtskattning.
- *Vårdrelaterade infektioner:* Att kunskap om och följsamhet av basala hygienrutiner upprätthålls, i syfte att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
- *Loggkontroller:* Att rutiner är kända och följs i verksamheten samt att resultat rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har även skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada⁷.

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen delges nämnd.

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar i verksamheten för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Verksamhetschef ska samverka och samråda med MAS och MAR i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och *Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)* ansvarar för patientsäkerhetsarbetet utifrån 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen. MAS och MAR ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och

⁷ Med vårdskada menas kroppslig eller psykisk skada eller lidande som en patient drabbas av i kontakten med hälso- och sjukvården.

privata vårdgivare som är belägna inom stadsdelsförvaltningen geografiska område och delge nämnden dessa.

Enhetschef i verksamheten ansvarar för att alla medarbetare engageras och rätt kompetens för att bedriva en god och säker vård. Hen ska förvissa sig om att det lokala patientsäkerhetsarbetet är säkerställt för att förebygga vårdskador.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

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

4 Struktur för förebyggande arbete, uppföljning och resultat för 2016

De förändringar som skett inom Edö- vård och omsorgsboende avseende servicehuset medför att en jämförelse med förra årets statistikuppgifter inte är rättvisande och kommer därför inte att redovisas. Verksamheterna med demensinriktning och somatisk inriktning lämnar egna kommentarer till sina resultat.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem⁸ för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska identifiera, beskriva och fastställa de processer som ska finnas i verksamheten. I varje process ska de ingående aktiviteterna identifieras och aktiviteternas inbördes ordning bestämmas. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Vårdgivaren ska systematiskt arbeta med riskanalys och egenkontroll.

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från patienter, närstående, personal och andra vårdgivare och organisationer. Dessa ska sammanställas och analyseras för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

⁸ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Förebyggande av vårdskada

Vårdgivaren ska vidta åtgärder för att förebygga att en patient drabbas av vårdskada. Om åtgärder inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas. Händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada ska utredas av vårdgivaren för att klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det och ge underlag för åtgärder som ska hindra att liknande händelser inträffar på nytt.

Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada. Om händelsen har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska händelsen anmälas till Inspektionen för vård och omsorg av MAS/MAR.

4.1 Förebyggande arbete

Att arbeta förebyggande innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande och genomför riskanalyser. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Det ska ske fortlöpande för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och beslut. En bedömning genomförs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av den aktuella händelsen.

En del i patientsäkerhetsarbetet är MAS/MAR lokala regler. De är en del av arbetet med att förebygga vårdskador. Under året har arbetet fortsatt med att revidera regler inom hälso- och sjukvården av MAS och MAR. En del av underlaget vid revideringarna har utgjorts av inkomna avvikelser⁹. Reglerna publiceras på stadsdelens intranät för att underlätta tillgängligheten för all personal i det dagliga arbetet.

4.1.1 Riskanalys

Riskanalyser kan behöva genomföras innan förändringar av en verksamhet eller inför förändringar av personalens sammansättning och innan nya arbetssätt eller metoder börjar tillämpas.

Inför omstruktureringen av boendeplatser på Edö servicehus (avveckling av C-huset) genomfördes riskanalys där enhetens ledning och hälso- och sjukvårdspersonal gick igenom de olika momenten i flyttkedjan. Här identifierades och analyserades eventuella risker som kunde uppstå i samband med att de boende flyttar till annan lägenhet inom Edö eller annat vård- och omsorgsboende i staden. Enhetens befintliga checklistor granskades utifrån det nya scenariot för att säkerställa att de var tillräckliga som underlag för informationsöverföring till boende, anhöriga och mottagande enhet. Vid behov genomfördes kompletteringar samt utarbetades nya rutiner och checklistor.

⁹ Avvikelser avser en icke förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra en vårdskada eller risk för vårdskada för patient.

Servicehuset (B-huset) har nu gått in en fas av betydligt långsammare omstruktureringsstakt vilket innebär att förändringen av antalet boende kommer att ske mer gradvis. Utifrån nuvarande riskanalys ska rutiner och checklistor ses över kontinuerligt för att vara uppdaterade i den aktuella situation som servicehuset befinner sig i.

En enhet med somatisk inriktning (9 platser) har avvecklats under 2016. För varje boende inom enheten genomfördes en individuell planering inför flytt till annat boende. Planeringen hade sin utgångspunkt i den boendes önskemål, omvårdnadsbehov samt hälso- och sjukvårdsbehov. Enheten behöll sin grundbemanning av sjuksköterska, undersköterskor och rehabiliteringspersonal genom hela processen för att upprätthålla patientsäkerheten och trygghet för de boende.

4.1.2 Utbildningsinsatser

Det treåriga projektet *Utveckling av funktionsstödjande och hälsobefrämjande hälso- och sjukvårdsdokumentation med hjälp av ICF₁₀ (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)* har fortgått under året för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och avslutades den 31 december 2016. Det nationella fackspråket för den legitimerade personalen har möjliggjort användning av ett gemensamt standardiserat språk och en tankemodell (Biopsykosociala modellen) för att beskriva patienters hälsa och hälsorelaterade tillstånd. För att stärka kunskaperna och dokumentationen har utbildning och handledning genomförts fortlöpande.

Mål för 2016, en fungerande teamsamverkan för en personcentrerad och patientsäker vård.

- *Strategi, regelbundna teammöten* ska prioriteras i verksamheten. Utbildningsinsatser för att stärka och utveckla teamet kommer att genomföras under året.

Under året har utbildningsinsatsen ”Att arbeta i team – verksamhetsutveckling i äldreomsorgen” genomförts för all personal i egen regi (cirka 100 medarbetare). Syftet var att utveckla grundläggande kunskap, som vilar på aktuell forskning, i frågor om samarbete, samverkan och teamarbete samt bygga vidare på den kunskap som finns och därigenom öka de anställdas samarbetskompetens. Den teoretiska kunskapen har förmedlats av Samarbetshälsan och Stiftelsen Äldrecentrum har synliggjort hur teamarbete kan gynna utvecklingsarbete vid verksamheten och en personcentrerad omvårdnad. Genom att stärka teamets samarbetskompetens med teoretiska och praktiska kunskaper ökar också möjligheten att säkra teamarbetets framtida kvalitet, fortlevnad och utveckling. I dagsläget är det inte möjligt att utvärdera effekten eftersom utbildningsinsatsen avslutades i november.

¹⁰ Nationell fackspråk, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Teammöten genomförs regelbundet inom varje arbetsgrupp där varje patients fortsatta vård och omsorg planeras. Vid teammötet deltar kontaktperson, övriga undersköterskor i teamet, sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. Teammötet genomförs med en uppdaterad checklista som underlag och resultatet dokumenteras.

4.2 Uppföljning och resultat

Egenkontroll kan beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Det innebär en systematisk uppföljning, utvärdering och kontroll att det sker enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

4.2.1 Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsuppföljning genomförs årligen av MAS, MAR och uppföljare från stadsdelsförvaltningen. Resultatet rapporteras till Äldreförvaltningen. Vid uppföljningen sker en kontroll av att lagar, föreskrifter, riktlinjer, regler och rutiner efterlevs samt uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser i verksamheten.

4.2.2 Avvikelsehantering

Vid avvikande händelser inom hälso- och sjukvården skrivs en avvikelserapport. Legitimerad personal bedömer, åtgärdar, dokumenterar och rapporterar händelsen i ett elektroniskt avvikelssystem. Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan av verksamhetschef, MAS och/eller MAR. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS och MAR ansvar att anmäla till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och till stadsdelsnämnden.

Alla avvikelser som rapporterats har följts upp av MAS och MAR. Vid allvarliga händelser genomför MAS och MAR ytterligare utredning. I vissa fall kan det leda till en Lex Maria¹¹ anmälan. Under 2015 gjordes en Lex Maria anmälan till IVO. Beslut från IVO kom i december 2016 och ärendet avslutades.

Läkemedelsavvikelser

Under året har enheterna rapporterat in läkemedelsavvikelser för patienter där så har skett. Generellt har avvikelserna bestått av att patienten inte har fått sitt läkemedel i rätt tid, utebliven dos (patienten har inte fått läkemedlet, inte velat ta emot det, patienten har sovit) eller att antalet tabletter inte har stämt med det som anges på ordinationshandlingen för läkemedel (ej korrekt iordningställt doseringshjälpmedel).

¹¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28).

Edö demens (51 platser)

Demensenheten har haft 29 läkemedelsavvikelser under året (48 läkemedelsavvikelser 2015), varav merparten 20 har handlat om utebliven dos (42 utebliven dos 2015). Orsaken till dessa händelser har diskuterats på arbetsplatsträffar och med respektive personal som varit inblandad för att förebygga att det händer igen.

Edö Somatik (28 platser)

Verksamheten har haft 12 läkemedelsavvikelser under året (15 läkemedelsavvikelser 2015, 37 platser) varav fyra har handlat om utebliven dos (11 utebliven dos 2015, 37 platser) och tre om att läkemedel inte har iordningställts rätt i patientens doseringshjälpmedel. Orsaken till dessa händelser har diskuterats på arbetsplatsträffar och med respektive personal som varit inblandad för att förebygga att det händer igen.

Fall

Vi har sett ett minskat antal frakturer och skador vid fall på grund av användande av läkemedelsgenomgångar, höftskyddsbyxor, fallskyddsmatta vid säng, mattlarm, rörelselarm och övrigt personligt utprovade hjälpmedel.

Edö demens (51 platser)

Antal: 78 fallavvikelser 2016 (86 fallavvikelser 2015)

Resultatet fall är summan av antalet fallincidenter. Det beskriver inte hur många personer som fallit och det är ofta samma person som faller upprepade gånger. Trots demenssjukdom är de boende fortfarande rörliga och får inte begränsas när det gäller rätten att röra sig fritt enligt vår nollvision. Till sjukdomen hör också att man glömmet bort att man inte kan gå eller att man glömmet att använda sin rollator. Viktigt är dock att begränsa skador vid fall och att arbeta fallförebyggande. För att förebygga fall och skador vid fall använder vi larmmattor och fallskyddsmatta speciellt nattetid trots att detta är en begränsningsåtgärd. För personer med fallrisk har vi extra tillsyn och utgår från fysioterapeuts och arbetsterapeuts förflyttningsstatus och ADL-status för att ge adekvat stöd.

Edö Somatik (28 platser)

Antal: 48 fallavvikelser 2016 (56 fallavvikelser 2015, 37 platser)

Resultatet fall är summan av antalet fallincidenter. Det beskriver inte hur många personer som fallit och det är ofta samma person som faller upprepade gånger. Vid årets början fanns det 37 platser vid verksamheten och som ingår i resultatet, av har nio platser har avvecklats under året. Det är inte möjligt att lyfta ur dessa vilket gör att resultat kan vara svårt att analysera. Generellt kan konstateras att trots förebyggande åtgärder så sker det fall på enheten av olika orsaker. Orsaken kan vara kognitiv svikt, sjukdomstillstånd,

självbestämmande samt vikten av att boende ska få bibehålla sin integritet och självständighet.

4.2.3 Journalgranskning

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt ansvar att föra journal¹² enligt de riktlinjer¹³ som finns för stadens verksamheter. Journalen ska endast innehålla uppgifter som är väsentliga för patientens hälso- och sjukvård. Den huvudsakliga planeringen och uppföljningen ska framgå av patientens hälsoplan innehållande ordinationer/åtgärder och avsett hälsotillstånd (mål).

Mål för 2016, hälso- och sjukvårdspersonal utvecklar arbetet med hälsoplaner.

Införandet av nationellt fackspråk (ICF) har inneburit en process av lärande för all legitimerad personal. Utökad stöd för att dokumentera enligt ICF har genomförts av processledare genom regelbundna nätverksträffar för dokumentationshandledare. Vid andra tillfällen har sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter inbjudits att delta. Därutöver har riktade utbildningsinsatser erbjudits till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Dessutom har regelbundna handledningstillfällen genomförts i verksamheterna (även entreprenader) för att stödja dokumentationshandledare och enskild legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Edö demens och somatik

Journalgranskning har genomförts av MAS, MAR och processledare. Att granska journaler har visat sig vara ett bra instrument då brister uppmärksammas. Förvaltningens processledare erbjuder utifrån detta stöd till hälso- och sjukvårdspersonalen samt vid behov till enhetschefer. Utifrån genomförda insatser har verksamheterna rekommenderats att upprätta utvecklingsplaner för att fortsätta utveckla och förbättra dokumentationen. Verksamheterna har inför 2017 påbörjat arbetet med att upprätta utvecklingsplaner för dokumentationen. Verksamhetens utför egenkontroll 2017 där journalerna granskas utifrån att de innehåller rätt information. MAS och MAR kvalitetsgranskar informationen i journalen.

Lingberga gruppboende (inriktning socialpsykiatri)

Granskningen av dokumentation har påvisat brister vilket grundar sig på svårigheten att rekrytera fast anställd sjuksköterska till verksamheten. Dokumentationen har dock innehållit nödvändiga uppgifter för att kunna utföra hälso- och sjukvårds insatser till patienterna. Verksamhetens nyanställda sjuksköterska får under 2017 extra stöd av förvaltningens processledare i att utveckla dokumentationen.

¹² Journal avser patientens journal förd inom hälso- och sjukvårdens område av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

¹³ Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation inom Stockholms stads särskilda boenden enligt SoL och LSS, dagverksamheter enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS.

4.2.4 Nationella kvalitetsregister

För att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna registrera i de nationella kvalitetsregistren ska patientens samtycke inhämtas. Registreringar i de nationella kvalitetsregistren har endast utförts sporadiskt av de olika verksamheterna på grund av den omstrukturering som skett inom Edö vård- och omsorgsboende och återtagandet av Lingberga gruppboende. Riskbedömningar görs dock i patientens journal.

Senior Alert, nationellt kvalitetsregister

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas, för att därmed förbättra vård och omhändertagande samt öka säkerheten för patienterna. Det som registreras är risk för fall, trycksår, onormal nedgång i vikt, munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens.

Mål 2016, att verksamheten använder sig av det nationella kvalitetsregistret Senior Alert i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen, i syfte att förbättra vård och omhändertagande och öka säkerheten för patienterna.

Inhämtad statistik för verksamheterna ger inget värde att analysera då registreringar endast utförts sporadiskt.

Riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring dokumenterade i patientens journal

Alla patienter ska erbjudas riskbedömning¹⁴ för trycksår, fall och undernäring vilket ska dokumenteras i journalen. Patienten kan tacka nej till bedömning och i dessa fall ska det dokumenteras i journalen. Vid risk ska en bedömning om behov av hälsoplan ska upprättas.

Trycksår

Enheterna arbetar förbyggande genom att bedöma risker och att vidta åtgärder vid trycksår hos patienten. Alla patienter ska ha en aktuell riskbedömning för trycksår. Det förekommer trots det att patienter på vård- och omsorgsboende samt servicehus drabbas av trycksår.

Ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsakar stort lidande. Varje verksamhet som vårdar patienter med risk att få trycksår ska ha rutiner för att så snart som möjligt bedöma risken och vilka åtgärder som bör sättas in. Trycksår kan uppkomma av många olika orsaker, men den gemensamma faktorn är att huden på ett visst område har utsatts för ett sådant tryck att blodtillförseln blivit störd. Risken för trycksår är hög om en patient blir stillaliggande på grund av sänkt medvetandegrad, skador, svaghet, smärta eller vid palliativ vård. Patienter med nedsatt rörelseförmåga eller gångförmåga, minskat

¹⁴ Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation inom Stockholms stads särskilda boenden enligt SoL och LSS, dagverksamheter enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS.

födo- och vätskeintag, inkontinens eller försämrat allmäntillstånd har en ökad risk för trycksår.

Edö demens (51 platser)

Antal upprättade riskbedömningar: 45

Antal upprättade hälsoplaner: 7

Antal personer med trycksår: 8

Merparten av patienterna har en riskbedömning genomförd under året. De som inte har en riskbedömning kan ha tackat nej till erbjudandet. Alla patienter som det har utförts en riskbedömning för har inte alltid ett behov av att en hälsoplan för trycksår upprättas. Trycksår definieras i olika stadier och kan i första stadiet bestå av enbart en rodnad, men det bedöms ändå som ett trycksår. Trycksår uppkommer ofta efter besök på akutmottagning och efterföljande sjukhusvård. Ett trycksår kan uppkomma hos en person efter ett par timmar på en behandlingsbänk. Trycksår kan uppkomma efter försämringar i allmäntillståndet efter fraktur, lunginflammationer och försämrad mobilitet. Viktigt att snabbt informera vårdpersonal och sätta in vårdåtgärder efter riskbedömning för trycksår, till exempel behandlande antidecubitusmadrasser och tryckavlastande rullstolsdynor, hälskydd, vändscheman, näringstillskott mm.

Edö somatik (28 platser)

Antal upprättade riskbedömningar: 17

Antal upprättade hälsoplaner: 10

Antal personer med trycksår: 7

Alla patienter har inte en riskbedömning genomförd under året. Det kan bero på att de har tackat nej till erbjudandet. Alla patienter som det har utförts en riskbedömning för har inte alltid ett behov av att en hälsoplan för trycksår upprättas. Trycksår definieras i olika stadier och kan i första stadiet bestå av enbart en rodnad, men det bedöms ändå som ett trycksår. Ett trycksår kan exempelvis uppkomma hos en person efter ett par timmar på en behandlingsbänk. Trycksår kan uppkomma efter försämringar i allmäntillståndet, efter frakturer, lunginflammationer och försämrad mobilitet. Vid dessa tillstånd vistas boende oftast på sjukhus.

Fall

Enheterna arbetar förbyggande genom att bedöma risker och att vidta åtgärder vid fall för patienten. Alla patienter ska ha en aktuell riskbedömning för fall. Trots vidtagna åtgärder inträffar fall, dels för att föreslagna fallförebyggande åtgärder aldrig kan tvingas på någon och dels för att patienten måste kunna röra sig obehindrat även om det finns risker.

Fallskador leder många gånger till smärta, obehag och en besvärande konvalescens för den äldre, vilket i sin tur kräver större resurser från verksamhetens sida. Verksamheterna följer regeln för fallriskbedömning, fallprevention och insatser vid inträffade fall. Regeln

förtydligar ansvarsfördelning inom området och att det finns rutiner för hur fall ska förebyggas och behandlas.

Orsaken till ett högt antal fallolyckor kan vara att enstaka patienter försämrats i sitt hälsotillstånd och därmed faller oftare. Det kan också bero på att patienter med hög fallrisk flyttat in på boendet.

Edö demens (51 platser)

Antal upprättade riskbedömningar: 46

Antal upprättade hälsoplaner: 16

Ett fåtal patienter har inte en riskbedömning genomförd under året. De som inte har en riskbedömning kan ha tackat nej till erbjudandet. Alla patienter som det har utförts en riskbedömning för har inte alltid ett behov av att en hälsoplan för fall upprättas.

Edö somatik (28 platser)

Antal upprättade riskbedömningar: 19

Antal upprättade hälsoplaner: 11

Alla patienter har inte en riskbedömning genomförd under året. Det kan bero på att de har tackat nej till erbjudandet. Alla patienter som det har utförts en riskbedömning för har inte alltid ett behov av att en hälsoplan för fall upprättas.

Undernäring

Verksamheterna arbetar förebyggande för att förhindra uppkomsten av undernäring hos patienten. Patienter som tackat ja till bedömning ska ha en aktuell riskbedömning för undernäring. Verksamheterna följer regeln för nutrition för att säkerställa när en patients näringstillstånd ska utredas och hur utredningen ska genomföras. Regeln förtydligar ansvarsfördelning inom området nutrition och hur undernäring ska förebyggas och behandlas.

I de fall där undernäring konstaterats kan det bero på att patienten efter ett akut sjukdomstillstånd tappat vikt. Psykiska som fysiska sjukdomstillstånd kan bidra till att boende tappar matlusten, har svårt att äta eller tillgodogöra sig kosten.

På servicehuset utförs insatser utifrån biståndsbeslut vilket förutsätter att den boende ansöker om insatser för att förhindra undernäring.

Edö demens (51 platser)

Antal upprättade riskbedömningar: 44

Antal upprättade hälsoplaner: 14

Alla patienter har inte en riskbedömning genomförd under året. Det kan bero på att de har tackat nej till erbjudandet. Alla patienter som det har utförts en riskbedömning för har inte alltid ett behov av att en hälsoplan för nutrition upprättas. I de fall där det konstaterats undernäring kan det bero på att personerna har varit på sjukhus

och/eller efter sjukdom/fraktur tappat vikt under vårdperioden. Undernäring kan också uppkomma efter lunginflammation eller andra sjukdomar. De boende kan vägra att äta på grund av olika orsaker; minskad aptit, lust att äta, har en tro att maten är förgiftad, illamående med mera. Att tvångsmata någon är inte etiskt försvarbart, däremot serverar eller lockar vi ofta med något annat än den ordinarie lunch/middagsmåltid som serveras och som den boende kan tänkas vilja äta eller dricka.

Edö Somatik (28 platser)

Antal upprättade riskbedömningar: 19

Antal upprättade hälsoplaner: 11

Alla patienter har inte en riskbedömning genomförd under året. Det kan bero på att de har tackat nej till erbjudandet. I de fall där det konstaterats undernäring kan det bero på att personerna efter ett akut sjukdomstillstånd tappat vikt under vårdperioden. Olika sjukdomstillstånd såväl psykiska som fysiska kan också bidra till att boende tappar matlusten, har svårt att äta/ eller tillgodogöra sig kosten.

Svenska Palliativregistret, nationellt kvalitetsregister

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slutskede. Syftet med registrering är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos och typ av vårdenhet.

Registreringar i palliativa registret sker endast vid förväntade dödsfall där palliativa åtgärder satts in och dödsfallet inträffar på enheten.

Mål 2016, att verksamheten använder sig av det Svenska Palliativregistret i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen, i syfte att förbättra vård och omhändertagande och öka säkerheten för patienterna.

Edö demens (51 platser)

Antal registreringar i Palliativa registret: 2

Enheten har haft 10 dödsfall under året varav tre personer har avlidit på sjukhus. Vid demensverksamheten har teamarbetet vid användandet av ”Palliativa registret” prioriterats. Det har inneburit att personal och läkare har använt sig av frågeställningar från registret i sitt arbete. Enheten har kommit igång med detta arbete och fortsätter under kommande år.

Edö somatik (28 platser)

Antal registreringar i Palliativa registret: 9

Enheten har haft 11 dödsfall under året.

Lingberga gruppbostad

Antal registreringar i Palliativa registret: 0

Enheten har haft ett oväntat dödsfall under året.

Mål 2016, för god vård i livets slutskede ska en palliativ vårdplan upprättas inför alla förväntade dödsfall.*Edö demens (51 platser)*

Antal palliativa vårdplaner: 9

Enheten har haft 10 dödsfall under året varav tre personer har avlidit på sjukhus.

Edö somatik (28 platser)

Antal palliativa vårdplaner: 6

Enheten har haft 11 dödsfall under året.

Lingberga gruppbostad

Antal palliativa vårdplaner: 0

Enheten har haft ett oväntat dödsfall under året.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD), nationellt kvalitetsregister.

Syftet med att använda registret är att tvärprofessionella vårdåtgärder minskar förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och lidandet som det innebär och ökar livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Att använda registret ger en bra struktur i omvårdnadsarbetet som kan leda till en ökad livskvalité för personen med demenssjukdom, personcentrerad omvårdnad och ett gemensamt språk för personalen, teamarbete med tydliga mål, kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar, att tydliggöra vårdtyngden och bidra till verksamhetsutveckling och att implementera de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Mål 2016, att verksamheten använder sig av det nationella kvalitetsregistret BPSD i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen, i syfte att förbättra vård och omhändertagande och öka säkerheten för patienterna.*Edö demens (51 platser)*

Antal registreringar i BPSD: Enheten har registrerat 8 personer under november - december 2016.

Demensverksamheten har lagt stor vikt vid införandet av BPSD-registrering. Ytterligare 6 personer har utbildats i att kunna registrera i BPSD-registret. Verksamheten är involverad i kvalitetsarbetet med att systematisera vårdåtgärder vid neuropsykiatriska tillstånd som t ex vanföreställningar, ångest, oro, hallucinationer, sömnrubbingar, agitation, depression/nedstämdhet, eufori, apati, labilitet, hämninglöshet, motorisk rastlöshet och ätstörningar. Registrering har

skett i team med fysioterapeut, arbetsterapeut, kontaktperson och sjuksköterska.

4.2.5 Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner är ett omfattande problem med konsekvenser för individ, sjukvård och samhälle. Det kan leda till vårdskador vilket innebär ett lidande för de drabbade och ökade kostnader för samhället. Det är därför viktigt med följsamhet i livsmedelshygien, basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg. Hygienrund genomförs årligen på enheterna i samarbete med Vårdhygien Stockholms län. Vid detta tillfälle säkerställs rutiner för att förhindra smittspridning.

Mål för 2016, minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner

Miljöförvaltningen genomför regelbundet oanmälda kontroller inom verksamheten. De avvikelser som uppmärksammats vid kontrolltillfällena är hanterade och åtgärdade.

Personalen arbetar utifrån basala hygienrutiner som alltid tillämpas när patienten undersöks, vårdas eller behandlas. Det förhindrar spridning av smitta och skyddar både vårdtagare och vårdpersonal. All personal informeras om vikten av att följa de lokala hygienrutinerna.

Uppföljning av följsamheten till basala hygienrutiner i verksamheten sker genom att enhetschefer följer upp att all omvårdnadspersonal¹⁵ har genomfört webbaserad hygienutbildning årligen.

Årlig självskattning görs och observation av alla medarbetares följsamhet. Vid observation används checklista av hygienombuden.

Vid verksamheten med demensinriktning har komplettering av desinfektionsrum, städ/sköljföråd, tvättstuga med skyddsutrustning; handskar, förkläden med mera; samt hygienutrymmena hos de boende skett av hygienombuden. Lägenhetsbunden städutrustning finns hos samtliga boende. Vid inflyttning uppmanas den boende/närstående att ta med egen städutrustning. För att förbättra följsamheten kring Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg¹⁶ har personalen informerats om förrådshållning av arbetskläder och intern cirkulationstvätt. Personalen har påbörjat arbetet med att kvalitetssäkra arbetssätt och rengöring av tvättstuga. Avseende att strukturera läkemedelsföråd och föråd för förbandsmaterial har arbetet påbörjats av sjuksköterskorna.

Vårdrelaterade infektioner (antibiotika behandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) registreras enligt rekommendationer av Vårdhygien i Stockholms län. Uppgifterna

¹⁵ Omvårdnadspersonal avser person anställd som vårdbiträde eller undersköterska.

¹⁶ Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)

inlämnas månadsvis till MAS som vid årets slut lämnar dem till Vårdhygien Stockholms läns landsting. Inga utbrott av vårdrelaterade infektioner har rapporterats under 2016.

Edö demens (51 platser)

De flesta äldre vaccineras mot influensa men man har som patient/närstående rätt att tacka nej till detta. Vid två av enheterna har utbrott av influensa förekommit och både boende och personal har insjuknat. De boende har trots vaccination inte fått ett fullgott skydd.

Edö somatik (28 platser)

De flesta äldre vaccineras mot influensa men man har som patient/närstående rätt att tacka nej till detta. Antalet urinvägsinfektioner som registrerats har minskat något. Orsaken till det kan vara att man är mer uppmärksam att ge patienterna ordentligt med vätska.

4.2.6 Loggkontroller

I patientdatalagen¹⁷ (PDL) och i Socialstyrelsens föreskrifter¹⁸ om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården regleras vårdgivarens ansvar för rutiner och kontroll av åtkomst till patientuppgifter. Syftet med loggkontroll är att granska att åtkomsten till patientuppgifter sker enligt gällande regelverk. Gällande riktlinje¹⁹ och regel²⁰ anger att kontrollen ska ske på ett systematiskt och regelbundet sätt samt dokumenteras och resultat ska rapporteras till MAS.

Mål för 2016, att alla verksamheter följer rutin för loggkontroller i Vodok.

Alla verksamheter har gjort loggkontroller i det elektroniska journalhanteringssystemet, Vodok.

Edö demens (51 platser)

Enhetschef har kontrollerat och gjort loggkontroller på 12 journaler under juni-juli. Ytterligare 10 loggkontroller har gjorts under december. Kontrollerna har skett systematiskt med en avdelning i taget och 32 journaler har loggkontrollerats. En avvikelse hittades som medförde kontakt med systemansvarig centralt. Efter genomförd utredning framkom inget anmärkningsvärt.

¹⁷ Patientdatalag (2008:355)

¹⁸ 2 kap. 19 § SOSFS 2008:14 samt Handbok till stöd för tillämpningen SOSFS 2008:14.

¹⁹ Riktlinjer för logghantering, kontroll och åtkomst enligt Patientdatalagen (PDL) och SOSFS 2008:14 (Vodok och NPÖ)

²⁰ Regel för logghantering och åtkomstkontroll

Edö somatik (28 platser)

Loggkontroller har genomförts regelbundet. Inget anmärkningsvärt har framkommit.

4.2.7 Läkemedelshantering

Årlig kvalitetsgranskning av enheternas läkemedelshantering utförs av farmaceut från apoteket tillsammans med MAS, enhetschefer och sjuksköterskor. Granskningen inkluderar ordination av läkare, förvaring och kassation samt regler för läkemedelshantering och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enheterna har i stort en säker läkemedelshantering men det finns förbättringsområden. Vid granskning framkom bland annat att signaturförtydligandelista för legitimerad personal behöver kompletteras med läkares signatur. Vid överlämnande av läkemedel till patient ska läkemedelsdos alltid kontrolleras mot aktuell ordinationshandling. Brister finns i följsamhet av regel för läkemedelshantering och delegering. Handlingsplan med aktuella åtgärder är upprättad.

Läkarorganisationen har huvudansvaret för att läkemedelsgenomgångar genomförs för varje patient. Vid läkemedelsbehandling och läkemedelsgenomgångar samverkar läkare och sjuksköterska. Genomgång av patientens läkemedel genomförs för de patienter som så önskar minst en gång per år under ledning av ansvarig läkare.

4.2.8 Funktionskontroller avseende tekniska hjälpmedel

Kontroll av ett hjälpmedels funktion görs regelbundet i samband med användning av vårdpersonal som hanterar hjälpmedlet för en patients räkning. Arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast respektive sjuksköterska gör en årlig genomgång av alla hjälpmedel. Vissa hjälpmedel som vårdsängar och personlyftar ska ha genomgång av fackman en gång per år.

Samtliga personlyftar har besiktigats av fackman. Alla inköpta sängar är besiktigade av upphandlat företag under nov 2016. Legitimerad fysioterapeut och arbetsterapeut har kvalitetskontrollerat medicin-tekniska hjälpmedel; samtliga rollatorer, hygienstolar, lyftselar, toalettförhöjningar och rullstolar. Detta finns dokumenterat på enheten och är utfört januari 2016.

4.2.9 Samverkan

De processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada ska identifieras. Det ska framgå av ledningssystemet hur samverkan bedrivs i den egna verksamheten och säkerställs i samarbete med andra vårdgivare.

Stadsdelen samverkar med Apoteket AB och Vårdhygien, vilket bland annat omfattar granskning av läkemedelshantering och

hygienrutiner vid verksamheterna. Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationen Trygg Hälsa AB för att tillgodose hälso- och sjukvårdsbehovet för patienterna. Uppföljningsmöte med enhetschefer, läkare och kvalitetsansvarig från Trygg Hälsa, sjuksköterska och MAS sker en gång per termin eller vid behov.

Samverkan med närstående ses som en tillgång, en resurs i omvårdnaden. Att lyssna och visa förståelse och respekt för den enskilde och anhörigas situation, reaktioner och åsikter ska vara grundläggande i medarbetarnas arbetssätt.

Vid verksamheten med demensinriktning har personalen utbildats via webbutbildning i anhörigstöd och arbetet pågår med att dokumentera arbetssätt vid första mötet, hur samverkan ska se ut, strukturerade anhörigsamtal och vård i livets slut.

Vid verksamheten med somatisk inriktning upprättar teamet tillsammans med patienten och i förekommande fall dennes närstående en hälsoplan för de risker som identifierats. Det erbjuds möjlighet till delaktighet i vårdplaneringsmöten för patienten och om hen så önskar bjuds närstående in.

Vid Lingberga gruppboende har de boende hälso- och sjukvårdsinsatser från öppen psykiatrisk mottagning och primärvården som kommunens sjuksköterska samverkar med.

4.2.10 Kvalitetsråd

På enheternas kvalitetsråd följs enheternas månadsstatistik gällande avvikelser. Varje månad diskuteras och granskas avvikelserna i enheternas kvalitetsråd där enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal finns representerade. Åtgärder beslutas och rapporteras vid behov till alla medarbetare på arbetsplatsträffar.

4.3 Sammanfattande resultat

MAS och MAR har utifrån resultat vid verksamhetsuppföljningar, dokumentationsgranskning, inkomna avvikelser, kvalitetsregister, kontakt med personal och den omstrukturerade av Edö vård- och omsorgsboende och återtagandet av Lingberga gruppboende uppmärksammat områden som behöver förbättras och utvecklas. Resultatet har analyserats och lett till ett antal mål och strategier för 2017 har formulerats, i syfte att förbättra patientsäkerheten.

5 Mål för 2017

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns någon form av samtycke till de åtgärder som vidtas. All hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information. Patientsäkerhetsarbetet innebär att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder och förebygga att patienten drabbas av vårdskada.

Mål för 2017

- Patientsäker vård
- Personcentrerad vård och omsorg
- God vård i livets slutskede

5.1.1 Strategier för en patientsäker vård

- ✓ Utveckla och förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- ✓ Riskbedömningar erbjuds alla patienter (fall, nutrition, trycksår och munhälsa).
- ✓ Alla patienter med smärta ska få en bedömning utifrån en evidensbaserad metod.
- ✓ Att verksamheterna använder sig av Senior Alert och BPSD-registret (kvalitetsregister) i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen, i syfte att förbättra vård och omhändertagande och öka säkerheten för patienterna.
- ✓ Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation ska genomföras i verksamheterna.
- ✓ Loggkontroller ska genomföras i verksamheterna.
- ✓ Att läkemedelshanteringen är säker för patienten.
- ✓ Att kunskap om och följsamhet av basala hygienrutiner upprätthålls, i syfte att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

5.1.2 Strategier för en personcentrerad vård och omsorg

- ✓ Regelbundna teamkonferenser genomförs vid enheterna.

- ✓ Teamkonferens för varje boende ska genomföras minst en gång per år.
- ✓ Hälsa- och sjukvårdspersonal utvecklar arbetet med hälsoplaner.
- ✓ Alla patienter erbjuds utredning avseende blåsdysfunktion.

5.1.3 Strategier för en god vård i livets slutskede

- ✓ Palliativ vårdplan upprättas inför förväntat dödsfall.
- ✓ Palliativa ombud utbildas vid Palliativt kunskapscentrum för Edö vård- och omsorgsboende.
- ✓ Att verksamheterna använder sig av Svenska Palliativregistret (kvalitetsregister) i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen i syfte att förbättra vård och omhändertagande och öka säkerheten för patienterna.