



2017-02-15

Tjänsteskrivelse

Kontor

Social- och
omsorgskontoret

Handläggare

Tove Bergek
08-523 03 592

Äldreomsorgsnämnden

Kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse 2016

Dnr ÄON 2017/002

Sammanfattning av ärendet

Kvalitetsrapport

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrift om ledningssystem för kvalitet, SOSFS 2011:9. Enligt föreskriften ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Resultaten från det gångna årets kvalitetsarbete dokumenteras och analyseras i en så kallad kvalitetsrapport som redovisas till nämnden.

I kvalitetsrapporten för 2016 konstateras att verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya rutiner, nya arbetssätt och nya organisatoriska strukturer. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017.

Patientsäkerhetsberättelse

Den 1 januari 2011 trädde en ny lag om patientsäkerhet i kraft (SFS 2010:659), PSL. Syftet med Patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare och leda till färre vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonalen begått misstag. Vårdgivaren ska dokumentera vad som har gjorts för att identifiera, analysera och så långt det är möjligt minska riskerna i vården och förebygga tillbud och negativa händelser. Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården på vård- och omsorgboende och på dagverksamhet. Resultatet redovisas årligen till nämnden i en så kallad patientsäkerhetsberättelse.

Under 2016 har mycket förbättringsarbete genomförts men det finns områden som behöver utvecklas och förbättras ytterligare under 2017.

Social- och omsorgskontoret förslår att nämnden godkänner kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse för 2016.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-15.

Kvalitetsrapport daterad 2017-02-08.

Patientsäkerhetsberättelse daterad 2017-02-15

Bilaga I till patientsäkerhetsberättelse, daterad 2017-02-15

Ärendet

Kvalitetsrapport

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrift om ledningssystem för kvalitet, SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen definierar kvalitet enligt följande: *"att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. I föreskriften om ledningssystem framgår också (7 kap. 1 §) att: "Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras."*

I kvalitetsrapportern för 2016 redogörs för uppföljning och resultat av det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämnders verksamheter. Rapporten innehåller statistik avseende Lex Sarah-rapporter, inkomna avvikelser, resultat av individ- och verksamhetstillsyner, genomförd kompetensutveckling, egenkontroller samt en beskrivning av vilket förbättringsarbete som bedrivits utifrån brister som har uppmärksamrats. Uppföljningen av nämndens verksamheter visar att det bedrivs en goda, säkra och ändamålsenliga insatser. Det finns dock förbättringsområden att arbeta vidare med. Uppföljningen av övrigt kvalitetsarbete visar att verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya rutiner, nya arbetssätt och nya organisatoriska strukturer. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017.

Prioriterade utvecklingsområden inför 2017 är:

- Avvikelsehantering
- Riskanalysarbete
- Samverkansprocesser
- Fördjupad analys av offentlig statistik som ett förbättringsverktyg
- Tydliggöra processer och arbeta med rutiner

Patientsäkerhetsberättelse

Den 1 januari 2011 trädde en ny lag om patientsäkerhet i kraft (SFS 2010:659), PSL. Syftet med Patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare och leda till färre vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonalen begått misstag. Vårdgivaren ska dokumentera vad som har gjorts för att identifiera, analysera och så långt det är möjligt minska riskerna i vården och förebygga tillbud och negativa händelser. MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) följer tillsammans med verksamhetschef upp hälso- och sjukvården inom de olika boendena genom att regelbundet analysera och följa upp inkomna avvikelser. Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården på vård- och omsorgboende och på dagverksamhet.

Under 2016 har mycket förbättringsarbete genomförts men det finns områden som behöver utvecklas och förbättras under 2017.

Utvecklingsområden som identifierats i patientsäkerhetsberättelsen är:

- Processen för inkommande vårdavvikelse bör ses över och förbättras och verksamheterna behöver arbeta mer med att kartlägga bakomliggande faktorer vid analys av avvikelser
- Riskbedömningar görs på individnivå i team och vårdplan upprättas. Det verksamheten behöver bli bättre på är att följa upp om de vidtagna åtgärderna har gett avsedd effekt.
- Redovisa om avvikelser uppstår till följd av bristande hälso- och sjukvård, bristande/otillräckliga insatser eller om det är hem/bostadsmiljö för att möjliggöra kartläggning av vilken process vilka aktiviteter som behöver utvecklas.
- Systemet och rutinen för hantering av klagomål och synpunkter på vården kan förbättras.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört journalgranskning utifrån standardiserad mall. Det framkom en del svagheter som behöver ses över och åtgärdas.

Social- och omsorgskontoret förslår att nämnden godkänner kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse för 2016.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser eller behov av finansiering.

Social- och omsorgskontorets förslag till nämnden:

1. Nämnden godkänner kontorets kvalitetsrapport 2016.
2. Nämnden godkänner kontorets patientsäkerhetsberättelse 2016.



Lenita Granlund
Socialdirektör



Tove Bergek
Kvalitetsutvecklare



Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet expedieras till:

Akten

Kommunala Pensionärsrådet



Rapport 2017-02-08

Kvalitetsrapport

-Äldreomsorgsnämnden 2016

Tove Bergek
Kvalitetsutvecklare
SK
Telefon (direkt): 08-523 035 92
E-post: tove.berge@sodertalje.se

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning.....	3
2.	Inledning.....	3
3.	Risikanalys	3
4.	Avvikelser, synpunkter och klagomål	4
5.	Missförhållanden enligt lex Sarah.....	5
6.	Tillsyn.....	6
7.	Egenkontroll	7
	Brukarundersökningen	7
	Uppföljning	7
	Drifttavlor.....	8
8.	Kompetensutveckling.....	8

1. Sammanfattning

Under 2016 har Äldreomsorgsnämndens verksamheter arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya rutiner och nya arbetssätt. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017 för att ta kvalitetsarbetet till nästa nivå.

Prioriterade utvecklingsområden inför 2017 är:

- Avvikelsehantering
- Riskanalysarbete
- Samverkansprocesser
- Fördjupad analys av offentlig statistik som ett förbättringsverktyg
- Tydliggöra processer och arbeta med rutiner

2. Inledning

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett väl fungerande och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att förebygga brister och ta hand om synpunkter och klagomål för att minska risken för att det ska inträffa avvikelser eller missförhållanden i verksamheten.

I Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. I de allmänna råden anges också att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Föreliggande rapport är en sammanställning av kvalitetsarbetet inom hemtjänst, särskilt boende samt myndigheten för äldre (MÄF).

3. Riskanalys

Riskanalys är en metod för att förebygga skador och andra negativa händelser. Riskanalys handlar dels om att analysera vad som hänt när något gått fel och dra lärdom av det enskilda fallet. Detta kallas händelseanalys. Riskanalys handlar även om att kartlägga risker som finns i verksamheten just nu eller som kan tänkas uppstå genom en förändring. Denna typ av riskanalys görs på grupp eller organisationsnivå.

Vården och omsorgen om de äldre ska hålla en god kvalitet och ge den äldre förutsättningar för att leva ett bra liv. Riskanalyser är ett bra sätt att säkerställa att det blir så. Det handlar om flera olika saker:

- Att förebygga skador.
- Hitta förklaringar till en ökad mängd klagomål, avvikelser eller negativa resultat i brukarundersökningar och Öppna jämförelser.
- Uppmärksamma och kartlägga problem kring omsorgsinsatser.
- Regelbundet se över verksamhetens kvalitet och hitta långsiktiga lösningar.
- Skapa förståelse för hur verksamheten kan arbeta mer personcentrerad.

Samtliga verksamheter uppger att de genomfört riskanalyser under 2016 men utformningen och omfattningen av dessa varierar. De riskanalyser som utförts har resulterat i en rad förbättringar. Exempel på sådana förbättringar är:

- Noggrannare förberedelser inför sommaren för att rusta personalen för eventuella behov av ökad beredskap.
- En mer tydlig och strukturerad introduktion av nyanställda.
- Genomgång med personalen runt sekretess och tystnadsplikt.
- Risker som kan uppstå i samband med omorganisation har definierats och nödvändiga rutiner har tagits fram.
- Omfördelning av administrativa arbetsuppgifter har genomförts i syfte att skapa tydligare arbetsfördelning och få bättre kontroll över ex. bemanning.
- Tydliggörande av ledningsstrukturen.
- Individuella utbildningsinsatser i samband med digitaliseringen inom hemtjänsten.
- Rutiner, för överrapporteringen mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal, har utvecklats.
- Dokumentationssystem har anpassats efter nuvarande krav.

4. Avvikelser, synpunkter och klagomål

I alla verksamheter inträffar avvikelser, det vill säga händelser som avviker från det som fastställts i processer och rutiner. Utöver detta inkommer även klagomål och synpunkter. Klagomål avser att någon klagar på att verksamheten inte uppnår tillräcklig kvalitet. Synpunkter avser övrigt som framförs, som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Avvikelsehanteringen är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att upptäcka och förebygga vårdskador och kvalitetsbrister. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar betyder det att det finns en kvalitetsbrist som verksamheten måste förbättra. Det är viktigt att hitta grundorsaken till att en avvikelse sker för att kunna vidta rätt åtgärder så att det inte upprepas. Det är viktigt att inte fokusera på vem som gjort fel, utan på vilka grundläggande kvalitetsförbättringar som behövs. När en avvikelse rapporteras är den som är ansvarig för verksamheten skyldig att uppmärksamma detta och vidta åtgärder, t ex se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga och följs, för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten.

Det är likt föregående år mest frekvent förekommande med synpunkter, klagomål och avvikelser gällande utförande av insatser, informationsöverföring och bemötande. De förbättringsåtgärder som vidtagits i samband med dessa är bland annat samtal med personal (både på individ och gruppnivå), utbildningsinsatser, utveckling och uppdatering av rutiner, förankring av gällande rutiner samt genomgång av nationell värdegrund och lokala värdighetsgarantier.

Under 2016 rapporterade verksamheterna in 894 avvikelser (567 för egen regi och 327 för privat regi), vilket är att jämföra med 2015 då verksamheterna rapporterade in 631 avvikelser.

De 631 avvikelser som rapporterades in 2015 avsåg dock enbart verksamheter i egen regi så årets resultat innebär en viss minskning för dessa verksamheter. Utförare i privat regi har inte redovisats i kvalitetsrapporten tidigare år så för dessa saknas jämförelsetal.

Antalet inrapporterade avvikelser skiljer sig avsevärt mellan de olika verksamheterna vilket indikerar att de har kommit olika långt i sitt arbete med att rapportera och dokumentera avvikelser, synpunkter och klagomål. Många gånger får verksamheterna in klagomål och synpunkter som åtgärdas direkt och därför inte dokumenteras. Det finns en förbättringspotential i att verksamheterna går från individsyn till systemsyn och att de mer fokuserar på att identifiera bakomliggande orsaker till att avvikelser inträffar. Upphovet till avvikelser finns oftast i systemet, och om verksamheterna inte åtgärdar grundorsaken finns risk att de upprepar sig.

MÄF skiljer sig från de utförande verksamheterna då antalet avvikelser, synpunkter och klagomål där är anmärkningsvärt få i förhållande till de utförande verksamheterna. En bidragande orsak till detta skulle kunna vara att MÄF kommunicerar sina utredningar och därigenom möjliggör för den enskilde att komma med synpunkter redan i ett tidigt skede. Möjligheten att överklaga är en annan tänkbar anledning till att antalet klagomål är färre. Det förklarar dock inte helt de låga antalet avvikelser, synpunkter och klagomål. Utifrån verksamhetens omfattning är antalet ändå lågt.

Under 2017 kommer avvikelshanteringen att ses över, i syfte att göra avvikelserapporteringen så smidig och lätthanterlig som möjligt. Avvikelser bör vara en stående punkt på verksamheternas veckomöten och personalen bör involveras i analysarbetet och tillsammans med arbetsledningen komma fram till vilka åtgärder som kan vara lämpliga att vidta. Avvikelserna bör också analyseras på aggregerad nivå för att se om det finns frekvent återkommande avvikelser som ex. skulle kunna föranleda initiering av en riskanalys.

5. Missförhållanden enligt lex Sarah

Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet som ska bedrivas i verksamheter inom socialtjänsten och enligt LSS. Syftet är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldig att rapportera missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden.

Med missförhållande avses både utförda handlingar och handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföra. Handlingarna ska ha inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa.

Missförhållande kan exempelvis vara; övergrepp och brister i omsorgerna som utgör ett hot mot enskilds liv, hälsa eller säkerhet. Med en påtaglig risk för ett missförhållande avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för att ett missförhållande (SOSFS 2011:5 2 kap. 1 §) ska inträffa. Missförhållanden som bedöms som allvarliga ska anmälas till Inspektionen för Vård- och Omsorg (IVO).

Alla lex Sarah-rapporter ska utredas. Utredningen av en lex Sarah-rapport syftar till att klarlägga vad som har hänt, varför det har hänt och vad som kan göras för att förhindra att något

liknande händelser igen. Det är därför viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på systemnivå. Syftet är inte att peka ut vem som har gjort fel i den aktuella situationen.

Under perioden 2016-01-01 t.o.m. 2016-12-31 inkom tio lex Sarahrapporter gällande Äldreomsorgsnämndens verksamheter. Fyra av dessa har bedömts som avvikelser och skickats åter till verksamheterna för registrering och fortsatta åtgärder.

Fyra rapporter har, efter utredning, bedömts som missförhållanden. Dessa rapporter gällde följande händelser:

- En boende på ett särskilt boende blev kränkt verbalt och hanterad hårdhänt av en personal.
- Personal följde inte gällande larmrutin och gick till fel brukare, vilket resulterade i att brukaren som larmat blev liggande, på golvet i sin bostad, betydlig längre än vad som är acceptabelt.
- En person som ansökt om särskilt boende fick vänta i sex månader på sitt avslagsbesked, vilket orsakade den sökande onödigt lidande.
- Nattpersonal som arbetar på särskilt boende motar in en av de boende i sin lägenhet och stänger dörren om den boende för att hen inte ska störa dem.

Två rapporter har, efter utredning, bedömts som allvarliga missförhållanden. Båda rapporterna har gällt personal som förgripit sig sexuellt på brukare. Båda händelserna har, efter utredning, rapporterats till inspektionen för vård- och omsorg (IVO). IVO har beslutat att avsluta dessa ärenden då de anser att nämnden gjort tillräckliga utredningar och vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen.

De verksamheter som har skickat in lex Sarah-rapporter har vidtagit adekvata förbättringsåtgärder till följd av dessa, oavsett om händelsen bedömts som allvarligt missförhållande, missförhållande eller avvikelse. I de fall där enskilda medarbetare handlat på ett oacceptabelt sätt har anställningen avslutats omedelbart.

Privata utförare ansvarar själva för att utreda inkomna lex Sarahrapporter och, vid behov, anmäla allvarliga missförhållanden till IVO. Under första halvåret har en privat utförare av hemtjänst rapporterat att de gjort en lex Sarahanmälan.

Verksamheterna arbetar aktivt med lex Sarah och informerar personalen kontinuerligt om rapporteringsskyldigheten och syftet med lex Sarah. De rapporter som inkommit har givit upphov till ett antal förbättringsåtgärder vidtagits för att höja kvaliteten i verksamheten och förhindra att händelserna upprepar sig.

6. Tillsyn

IVO bedriver tillsyn ur ett brukar- och patientperspektiv och inriktar sig på sådant som är angeläget för enskilda och för grupper av människor. Om inte annat framgår av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen ska tillsynen vara riskbaserad och granska det som är väsentligt för att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet. IVO utför både generella tillsyner och granskningar samt tillsyn utifrån klagomål från enskild. Även JO genomför utredning efter klagomål från enskild.

En verksamhetstillsyn har genomförts av IVO på MÄF till följd av klagomål på ett gynnande beslut som avslutats utan att detta gått till på ett riktigt sätt. Klagomålet handlade också om bristande rutiner för överlämning av larmnycklar.

Verksamhetstillsynen har lett till en ny rutin tagits fram för att förtydliga vad som gäller vid erbjudande om plats på boende samt vid återtagande av ansökan. Rutinen för överlämning av larmnycklar har också förtydligats. IVO har avslutat ärendet.

I övrigt har ingen av verksamheterna haft någon tillsyn under 2016.

På uppdrag av revisorerna i Södertälje genomförde Ernst and Young (EY), under 2016 en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av lex Sarah och lex Maria. I rapporten konstaterades att en grundläggande förutsättning för en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser och missförhållanden blir rapporterade. En närmare granskning av nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser visade att det fanns en risk för underrapportering. Otillräcklig rapportering av avvikelser kan leda till allvarliga kvalitetsbrister om de inte identifieras och hanteras i verksamheten. Social- och omsorgskontoret ska under 2017 arbeta aktivt med avvikelshanteringen samt hanteringen av lex Sarah och lex Maria då detta är ett prioriterat utvecklingsområde. Att hitta en systematik för rapportering av avvikelser och skapa en tydlig struktur för att arbeta med avvikelsebaserat förbättringsarbete är således en naturlig del av utvecklingsarbetet.

7. Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen ska utöva egenkontroll. Syfte med egenkontrollen är att säkerställa att den verksamhet som bedrivs är av god kvalitet.

Egenkontrollen kan se ut på många olika sätt. Det kan exempelvis röra sig om:

- Jämförelse av resultat i ex. "Öppna Jämförelser" dels med andra verksamheter men också med verksamhetens resultat från tidigare år.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Inhämtande av synpunkter från andra intressenter eller ex. revisorer

Brukarundersökningen

För fjärde året i rad har Socialstyrelsen frågat alla äldre med äldreomsorg vad de tycker om sin vård och omsorg. Resultaten från 2016 års nationella brukarundersökning har återförts till verksamheterna och de frågor där Södertälje ligger under rikets medel eller där verksamheternas resultat visar en nedåtgående trend har analyserats. Det är dock viktigt att bryta ner resultaten på enhetsnivå för att få en mer djupgående förståelse för var bristerna finns. Flera enheter får genomgående bra resultat medan andra enheter får resultat som behöver analyseras mer noggrant. Brukarundersökningen är en bra indikation på möjliga kvalitetsbrister i verksamheten och är ett bra verktyg att använda i det fortlöpande förbättringsarbetet.

Uppföljning

Uppföljningsarbetet är ett verktyg för såväl nämnder som utförarna att arbeta med ständiga förbättringar. Målbilden är att medborgare och brukare upplever att erbjudna tjänster motsvarar

behoven och håller en hög kvalitet i förhållande till, både lagstiftning och den enskildes förväntningar. Äldreomsorgsnämnden beslutar årligen om en uppföljningsplan.

Uppföljning kan ske på olika sätt, genom t ex intervjuer med förutbestämda frågor till ansvarig chef och omvårdnadspersonal eller genom granskning av dokumentation och observationer. Uppföljningarna genomförs i huvudsak av personal på uppföljningsenheten som, om uppföljningen omfattar många enheter, kan förstärkas med personal från kvalitetsenheten och/eller utredarenheten.

Drifftavlor

De flesta av äldreomsorgsnämndens verksamheter arbetar med olika typer av så kallade drifftavlor. Drifftavlorna är verksamheternas egenkontroll det vill säga ett sätt att konkret följa de viktigaste processerna i verksamheten. Det ger möjlighet att se och rätta till avvikelser på daglig- och veckobasis. På drifftavlorna följer de olika verksamheterna till exempel; ärendemängd, in- och utflöde, utredningstider, uppföljning av insats och att brukare får de insatser som är beslutat varje dag eller vecka

8. Kompetensutveckling

Kompetensutveckling är något väsentligt för alla yrkesverksamma personer. Det är även betydelsefullt för att säkerställa kvaliteten i verksamheten då medarbetarnas kunskaper och färdigheter måste överensstämma med de aktuella kraven på deras yrkesroll. Under 2016 har en rad olika kompetensutvecklande aktiviteter genomförts i de olika verksamheterna. Exempel på kompetensutvecklings insatser som varit lite mer omfattande är:

- Flera medarbetare på MÄF samt åtta chefer i hemtjänsten har genomgått högskoleutbildning i socialrätt (7,5 poäng).
- Ett antal medarbetare i hemtjänst och på särskilt boende har under året slutfört utbildning inom omvårdnadslyftet.
- Flera medarbetare har genomgått webbutbildningar i lex Sarah, demensvård och psykisk ohälsa.
- Alla medarbetare i hemtjänsten har genomgått utbildning i digital social dokumentation.(ca 350 st.)
- Dementsteamet har hållit i utbildningar om demensvård och värderingar. På särskilt boende har måltidssituationen för personer med demenssjukdom varit ett fokusområde.
- Många medarbetare har deltagit i Nestors öppna föreläsningar och seminarier.
- Medarbetare har även, i olika utsträckning, bl.a. deltagit i utbildningar i social dokumentation, förflyttningsteknik, mat och livskvalitet, munhälsa, basal hygien, värdegrund, avvikelshantering, konflikthantering, olika verksamhetssystem, upprättande av genomförandeplan, riskanalys, hjärt- och lungräddning, nollvision för tvångsåtgärder, inkontinens, taktilmassage, rehabiliterande förhållningssätt, kultur i vården (Kultur 365), fallprevention, hot och våld i nära relation samt färdtjänsthandläggning.



2017-02-15

Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivare äldreomsorgsnämnden

2016

Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Södertälje kommun

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	3
<i>Inledning</i>	5
<i>Uppföljning genom egenkontroll</i>	6
Verktyg för uppföljning	6
<i>Förbättringar som genomförts 2016</i>	7
<i>Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet</i>	8
Demenssjukdom och verktyget BPSD register	8
Källa: BPSD register	9
Vård i livet slut och palliativa registret	9
Vårdhygien	9
Läkemedelshantering	10
Habilitering/rehabilitering	10
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	11
<i>Riskhantering</i>	12
<i>Avvikelsehantering</i>	14
<i>Patientnämnden</i>	16
<i>Inspektionen för vård och omsorg(IVO)</i>	16
<i>Anmälan enligt lex Maria</i>	16
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i>	16
<i>Hantering av klagomål och synpunkter</i>	16
<i>Samverkan med patienter och närstående</i>	17
<i>Övergripande mål och strategier för kommande år</i>	17
<i>Patientsäkerhetsarbetet på dagverksamhet</i>	18

Sammanfattning

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården på vård- och omsorgboende och på dagverksamhet. Totalt finns det 413 + 9 (2017) vård- och omsorgboendeplatser fördelat på 9 enheter i kommunal regi och en enhet på entreprenad med 48 vård- och omsorgboendeplatser. 2018 är det planerat för 54 nya vård- och omsorgboendeplatser.

Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera och förebygga skador och risker som orsakas av hälso- och sjukvården, samt att säkerställa en adekvat hantering av redan inträffade skador som hade kunnat undvikas.

Ledningssystemet för det systematiska patientsäkerhetsarbetet kan alltid förbättras och ska upplevas som ett verktyg för att leda och planera men också för att kontrollera, följa upp och utvärdera arbetet. Systemet ska kopplas ihop med verksamhetens strategier och mål i det dagliga arbetet och öka medvetenhet och förståelse för patientsäkerhetsarbetet hos all personal. Genom att tillämpa ett systematiskt arbetsätt uppfylls de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut och det är en förutsättning för att uppnå god kvalitet i vården. För att verksamheten ska uppfylla krav och mål behöver verksamheten se över och utveckla det lokala ledningssystemet för patientsäkerhetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) arbetar kontinuerligt med att informera om att patientsäkerhet omfattar hela sjukvårdssystemet och att verksamheten ska arbeta systematiskt och i samverkan.

En ökad medvetenhet och förståelse för patientsäkerhetsarbetet genererar ett ökat systematiskt kvalitetsarbete. Processen för inkommande vårdavvikelse bör ses över och förbättras, ansvar och roller bör tydliggöras och dokumentationen av analys och åtgärd bör förbättras. Likaså behöver verksamheten arbeta mer med att kartlägga bakomliggande faktorer vid analys av avvikelser, vilket kommer att stödja verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalen i det förebyggande arbetet och därmed förhindra eller minska risken för att patienter drabbas av vårdskador och öka säkerheten i vården.

Under 2016 har mycket förbättringsarbete genomförts men det finns områden som behöver utvecklas och förbättras under 2017.

Utvecklingsområden som identifierats i patientsäkerhetsberättelsen är:

- Processen för inkommande vårdavvikelse bör ses över och förbättras och verksamheterna behöver arbeta mer med att kartlägga bakomliggande faktorer vid analys av avvikelser
- Riskbedömningar görs på individnivå i team och vårdplan upprättas. Det verksamheten behöver bli bättre på är att följa upp om de vidtagna åtgärderna har gett avsedd effekt.
- Redovisa om avvikelser uppstår till följd av bristande hälso- och sjukvård, bristande/otillräckliga insatser eller om det är hem/bostadsmiljö för att möjliggöra kartläggning av vilken process/vilka aktiviteter som behöver utvecklas.

- Systemet och rutinen för hantering av klagomål och synpunkter på vården kan förbättras.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört journalgranskning utifrån standardiserad mall. Det framkom en del svagheter som behöver ses över och åtgärdas.

Inledning

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag (2010:659). Patientsäkerhet i denna lag handlar ytterst om skydd mot vårdskada¹.

Patientsäkerhetsberättelsen är till för att ge inblick i arbetet med att, genom ständiga förbättringar, erbjuda en god och säker vård.

Socialstyrelsen beskriver patientsäkerhetsarbetet på följande sätt: ”Det arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser”. Vårdgivaren har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som lett till, eller hade kunnat leda till vårdskada. Vad som karaktäriserar patientsäkerhetsarbetet är att arbeta förebyggande och att fokusera på struktur istället för individ. Patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att skapa säkra system som skall fungera som barriärer.

I denna rapport redovisas patientsäkerhetsarbetet under 2016 och ges exempel på hur verksamheterna arbetar med att förbättra kvaliteten i vården samt vilka delar som kommer att utvecklas. För att åstadkomma god kvalitet finns lagar, föreskrifter och verksamhetsmål att tillgå

Kvalitet är att patienten får en god och säker vård, känner trygghet, bevarar och utvecklar det friska, bemöts med respekt för privatliv och personlig integritet, får individanpassad vård, är delaktig, får möjligheter till välbefinnande och välmående och känner meningsfullhet i tillvaron.

Patientsäkerhet är

- att skydda patienter från att skadas i eller av vården
- en del i det dagliga arbetet
- att kommunikationen är god i alla möten inom vården
- att kontinuiteten i kontakter med vården fungerar
- att patienterna är välinformerade om sin sjukdom, om planeringen och om egenvården.

Patientsäkerhetsarbete handlar även om att på bästa sätt ta hand om de patienter och närstående som trots allt drabbas av en vårdskada.

De förebyggande fokusområdena i patientsäkerhetsarbetet ska innefatta de områden/processer där flest antal återkommande avvikelser inträffar.

En framgångsfaktor för att lyckas i patientsäkerhetsarbetet är att involvera patient, närstående och personal till att delta.

¹En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Uppföljning genom egenkontroll

Resultatenhetschefen på respektive boende ansvarar för kvalitetsuppföljning på enheten och ska medverka i upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen. Kvalitetsuppföljning ska utföras systematisk och vid behov.

Resultatområdeschefen redovisar årligen patientsäkerhetsarbetet till MAS som analyserar och sammanställer den.

För att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut i verksamheterna och säkerställa kravet på god kvalitet behöver verksamheten se över och utveckla det lokala ledningssystemet för patientsäkerhet och dess uppföljning.

Ledningssystemet för patientsäkerhet ska upplevas som ett verktyg för att leda och planera men också för att kontrollera, följa upp och utvärdera arbetet.

Uppföljning görs av

- Mål
- Process
- Indikatorer
- Lagar och föreskrifter

Verktyg för uppföljning

- Brukarenkät där det ingår vårdfrågor
- Risk-och avvikelshanteringssystem
- Journalgranskning
- Kvalitetsregister
- Palliativa registret
- registret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).
- Riskbedömning- Senior alert(munhälsa, fall, trycksår, nutrition och blåsdysfunktion/inkontinens)
- Socialstyrelsens och SKL:s öppna jämförelser
- Hygienronder, genomförs av hygiensjuksköterska från smittskydd Stockholm
- Kvalitetsbokslut
- Årsredovisningar
- Granskning av läkemedelshantering (av farmaceut)
- Rapporter till nämnd
- Läkemedelsgenomgångar i samverkan med läkarorganisationen
- Klagomål och synpunkter
- Infektionsregistrering, verksamheten ingår i den nationella mätning som genomförs årligen
- Besiktning av medicintekniska produkter

Genomgång av registreringar i kvalitetsregistret Senior Alert sker veckovis för resultatområdet och månadsvis på social- och omsorgskontorets ledningsgrupp. På enheten används individresultat på t ex boendemöte kring brukaren och teambaserade bedömningar används för att förbättra omvårdnaden och hälso- och sjukvården. För systematiskt kvalitetsarbete tas resultat och analys upp på exempelvis APT och ledningsgrupper. Utbildningsinsatser genomförs och rutiner ses över.

MAS följer upp patientsäkerhetsarbetet genom risk- och vårdavvikelseberapportering, klagomål och synpunkter på vården, journalgranskning, granskning av läkemedelshantering, möten, enkäter, redovisningar, verksamhetsbesök (tillsyn) och hygienronder.

MAS har granskat hälso-och sjukvårdsjournaler med standardiserad mall på tre, slumpmässigt valda, vård- och omsorgboende (en patientjournal per boende). Syftet med granskningen var att få en uppfattning om huruvida rätt saker dokumenteras och att dokumentationen är tillräcklig. De svagheter som påvisats var tämligen lika i granskade journaler, resultatet var tillräckligt för att identifiera vad som behöver utvecklas.

Uppföljning av trycksår har genomförts på korttidsboendet för att få bättre uppfattning om ifall trycksår utvecklas efter det att brukaren vistats på korttidsboendet eller om patienten hade trycksår redan innan vistelsen. Resultatet visade att patienten hade trycksår innan vistelsen.

Förbättringar som genomförts 2016

- Förbättringar har genomförts avseende bedömning av och dokumentation om huruvida brukaren själv kan ta ansvar för att hantera sina läkemedel (egenvård). Dokumentationen kan ytterligare förbättras.
- Samtliga medarbetare har fått grundutbildning i munhälsa.
- Alla leg. sjuksköterskor och leg. arbetsterapeuter har under året genomgått fördjupad utbildning i munhälsobedömningar.
- Som ett led i att arbeta med olika frågor kopplade till nutrition, mat och måltidssituationer pågår ett långsiktigt arbete. Det sker ett utökat samarbete mellan resultatområdet och enheten i processen "Bättre måltider i vård- och omsorgsboende". Bl.a. pågår projekt för ökad valfrihet och ökad matglädje. Kostombudsträffar har genomförts och en dietist har anställts i verksamheten.
- Flera sjuksköterskor har erhållit utbildning avseende förskrivningsrätt vid inkontinens.
- På några områden har lokala rutiner arbetats fram eller är under framtagning.
- Översyn och dokumentation av lokala rutiner har gjorts för att förbättra säkerheten vad gäller kontroll och tillsyn av läkemedel.
- Under november 2016 anställdes en metodutvecklare med särskild inriktning mot hälso- och sjukvård samt rehabilitering. Metodutvecklaren ingår i resultatrådets stöd- och utvecklingsteam som organiserats under hösten. Numera ingår också dietist i teamet.

- Resultatområdet har ökat samarbetet mellan enheterna vad gäller legitimerad personal för att minimera konsekvenserna av tidvis brist på medarbetare.
- En majoritet av enheterna har förbättrat egenkontrollerna av basala rutiner och utbildat i basala hygienrutiner. Här har dock inte alla enheter nått målet.
- Samtliga medarbetare har fått grundutbildning i munhälsa.
- Alla leg. sjuksköterskor och leg. arbetsterapeuter har under året genomgått fördjupad utbildning i munhälsobedömningar.
- Utbildning i basala hygienrutiner. Här har dock inte alla enheter nått målet.
- Det har genomförts ett stort antal delegeringsutbildningar.
- Fler sjuksköterskor har erhållit utbildning avseende förskrivningsrätt inom inkontinens.
- Samtliga medarbetare har fått utbildning i hot och våld i nära relationer.

Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet

Demenssjukdom och verktyget BPSD register

Alla vård- och omsorgsbonden som har personer med demenssjukdom arbetar med registret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Ett verktyg som stödjer verksamheten i att uppnå ett likvärdigt omhändertagande, minska användningen av neuroleptika och i stället främja arbetet med omvårdnadsåtgärder för patienter med demens. Som ytterligare stöd finns ett lokalt vård- och omsorgsprogram framtaget för demenssjukdomar för att vårdgivare ska uppnå de krav och rekommendationer som gäller i lagar, föreskrifter och nationella riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut medverkar i BPSD-arbetet.

BPSD	Andel 2016	Andel 2015
Personer som har olämpliga läkemedel	41 % (riket 38 %)	58% (54%)
Personer som verkar smärtfria	77 % (riket 71 %)	76% (riket 70%)
Personer som har bemötandeplan	79 % (riket 87 %)	81% (riket 87%)
Personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	86 % (riket 86 %)	

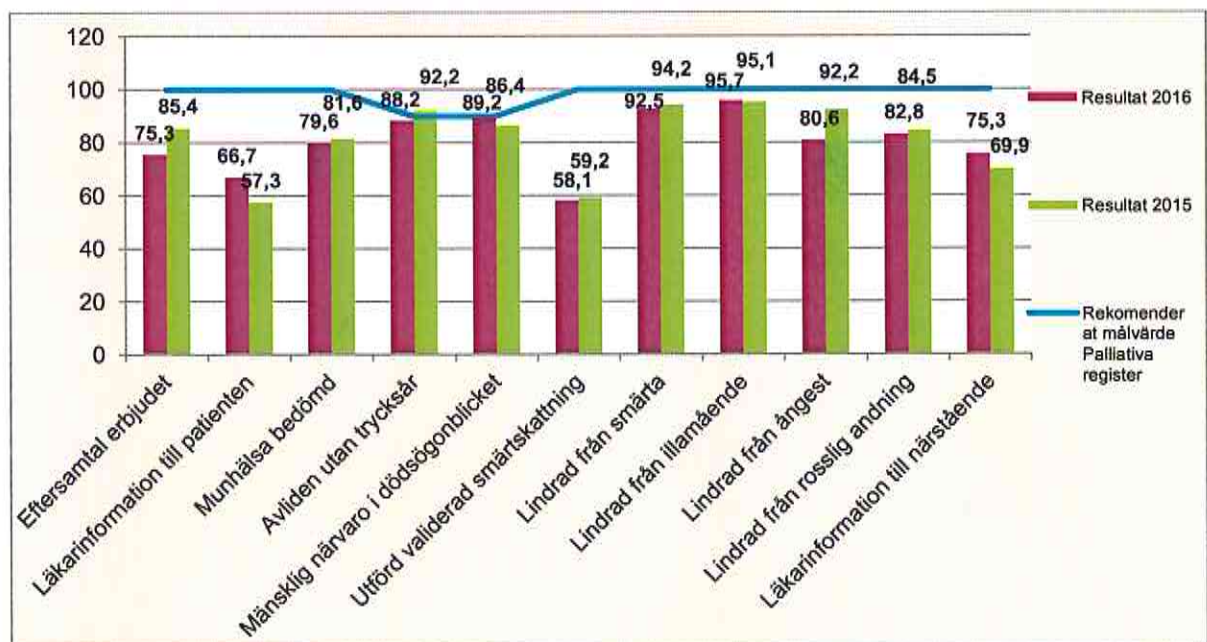
NPI²-poäng över tid Södertälje 18 poäng (riket 25 poäng), lägre värde bättre

Källa: BPSD register

Vård i livet slut och palliativa registret

För att patienten ska få bra vård vid livets slutskede är det viktigt med god samverkan mellan personal, patient, anhöriga och läkarorganisationen. Till stöd för ökad kvalitet vid livets slutskede deltar verksamheten i stödverktyget palliativa registret som innefattar tydlig vårdplanering. Tillsammans med chefer på vård- och omsorgsboende har MAS samverkansmöte med läkarorganisationen två gånger om året, där palliativvården tas upp.

Resultat palliativ vård i livets slut



Vårdhygien

Vården skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Hygienrutiner är viktiga att följa för att undvika vårdrelaterade infektioner.

En majoritet av enheterna har förbättrat egenkontrollen av basala rutiner och utbildat i basala hygienrutiner, men alla enheter har inte nått målet.

Hygienronder var planerade att genomföras med början under hösten 2016 men arbetet har blivit fördröjt. Tider för hygienronder finns inbokade under våren 2017 och kommer att utföras av hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm.

² NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesymptom (BPSD) vid olika demenssjukdomar.

Alla enheter på vård- och omsorgsboende för äldre ingår i den nationella mätningen för infektionsregistrering. Enheterna behöver bli bättre på att registrera och använda underlaget som ett led i förbättringsarbetet.

På samtliga enheter finns handlingsprogram vid smittsamma sjukdomar att tillgå för att smittan inte ska föras vidare. Enheterna behöver bli bättre på att bryta ned programmen till lokala rutiner och att de är väl kända av all personal. Om behov för kompetensutveckling finns har verksamheten hygiensjuksköterska att tillgå på Smittskydd Stockholm. Enheterna bör utse hygienombud.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering är ett viktigt område inom äldreomsorgen. Lokala rutiner finns upprättade på nästan alla enheter och läkemedelshantering fungerar bra.

För att bedöma om patienten klarar av att hantera sin medicinering ska det utföras egenvårdsbedömning. Med egenvård menas när någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd och där läkemedelshantering är stor del i det. Under året har diskussioner och information av MAS om egenvård och bedömningen som ligger till grund för denna varit aktuell vid flera mötesforum för chefer och sjuksköterskor. Enheterna är igång med att implementera rutin för egenvårdsbedömning på enheterna.

Uppföljning av delegering för överlämnande av läkemedel är ett utvecklingsområde. För att följa upp om läkemedlen är överlämnade finns en signeringslista. Det framkommer att det finns en del ej signerade tillfällen på signeringslistan. Det framgår inte om utebliven signering betyder att patienten inte har fått medicinen eller om patienten fått medicinen men signering saknas. Oftast har patienten fått medicinen men personalen har glömt att signera. För att detta ska tydliggöras har signeringslistan reviderats.

En ny delegeringsriktlinje är upprättad och läkemedelsriktlinjen är reviderad.

Habilitering/rehabilitering

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar med förskrivningsprocessen. De bedömer brukarens behov av hjälpmedel, provar ut och följer upp. De utbildar och instruerar omvårdnadspersonal i lyft, förflyttningsteknik och praktisk handledning av personal i hjälpmedelshantering och rehabiliterande förhållningssätt. De ansvarar också för att besiktiga medicintekniska produkter var 6:e månad.

Det finns även möjlighet till individuell träning/ behandling av fysioterapeut. Arbetet ska leda till att förbättra livskvaliteten och sträva efter att bevara funktionen hos patienten.

För bättre informationsöverföring finns skriftlig information/ instruktioner i hälso-och sjukvårds pärm "hempärm". Muntlig samt praktisk informationsöverföring görs till patienter/omvårdnadspersonal. Bostadsmöten i team och yrkesspecifika träffar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter sker regelbundet.

Arbets terapeuter och fysioterapeuter igår i teamet vid riskbedömningar, arbetar för att förebygga trycksår, bedömer behov/ förskriver tryckavlastande hjälpmedel och med mobilisering/positionering.

Vid fallrisk hjälper arbetsterapeut och fysioterapeut till med förskrivning av individuella hjälpmedel, ger individuell träning och gruppträning samt ger rekommendationer om möblering. I arbetet ingår även att utbilda omvårdnadspersonal i lyft, förflyttning och ge praktisk handledning till personal i hjälpmedelshandling och rehabiliterande förhållningssätt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan krävs för att trygga enskilda patienters rätt att få en god och säker vård inom rimlig tid samt att få omsorg och rehabilitering i samband med överflyttning mellan olika vårdgivare. En grundläggande förutsättning för att samverkan ska fungera vid vårdens övergångar är att den information som behövs för patientens fortsatta vård, behandling, rehabilitering och omsorg överförs mellan vårdgivare både muntligt och skriftligt.

På verksamheten sker hela tiden ett utökat samarbete inom resultatområdet och mellan enheter i diverse frågor bl.a. vad gäller gemensam planering och utbildning/utveckling.

Former för samverkan regleras i olika samverkansöverenskommelse både övergripande för Stockholms län och lokala för äldreomsorgen.

Samverkansöverenskommelser/dokument

- Samordnad individuell plan, SIP, är ett verktyg för samverkan(SKL)
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner mellan Södertälje kommun och läkarorganisationen Legevisitten. MAS träffar resultatrådets ledning, verksamhetschef för Legevisitten och medicinskt ansvarig läkare för att gå igenom alla delar i överenskommelsen. Detta görs två gånger om året. På mötet tas alla avvikelser från överenskommelsen upp och åtgärdas.
- Lokalt vårdprogram för vård i livet slut finns mellan äldreomsorgen och Legevisitten.
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården.
- Uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård för vissa äldre och funktionshindrade
- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre, överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län.
- Lokalt vård- och omsorgsprogram "Vård och omsorg vid demenssjukdomar i Södertälje".
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län om samverkan när en individ behöver praktisk hjälp med egenvård.

- Riktlinje för lokal samverkansöverenskommelse mellan vårdgivare av Läkarinsatser i vård- och omsorgsboende och annan huvudman.
- Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län angående kostnadsfördelning för läkemedelsnära produkter inom särskilda boendeformer.
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt.
- Kommunförbundet Stockholms Län om logopedinsatser och medicinsk fotvård i särskilda boenden för äldre samt apodos.
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

Riskhantering

Verksamheten arbetar med att fortlöpande göra bedömningar om det finns risk för att tillbud och negativa händelser skulle kunna inträffa. Till stöd för att förebygga tillbud och negativa händelser på individnivå ingår verksamheten i kvalitetsregistret Senior Alert. Senior Alert är ett verktyg för förebyggande arbetssätt. Resultaten kan användas som utgångspunkt för det egna förändrings- och förbättringsarbetet.

Samtliga brukare/ patienter som bor i vård- och omsorgsboende erbjuds riskbedömning. Att ingå i Senior Alert är frivilligt och samtycke inhämtas och ska journalföras. De områden som kontinuerligt riskbedöms är munhälsa, fall, trycksår, nutrition. Riskbedömning blåsdysfunktion/inkontinens har verksamheten inte kommit igång med ännu. Bedömningarna görs teambaserade av t ex sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och omsorgspersonal. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltar i det förebyggande arbetet för riskområdena trycksår och fall. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter förskriver tryckavlastande hjälpmedel och arbetar med mobilisering/ positionering vid risk för trycksår. Vid fall provar de ut individuella hjälpmedel, genomför träning i grupp och individuellt samt rekommenderar möblering vid inflytt.

Som en del i mål- och riskanalysarbete följs teambaserade riskbedömningar på målstyrnings- och drifttavlor i verksamheterna.

Resultat av riskområden hämtade från Senior Alert

Riskområde trycksår

Antal riskbedömningar	Varav antal risk för trycksår	Plan för att förebygga trycksår	Utförda åtgärder	Antal faktiska trycksår
781	226	215(95,1%)	145(64,2%)	7(3.1%)

Källa: Senior Alert

Riskområde undernäring

Antal riskbedömningar	Varav antal risk för undernäring	Plan för att förebygga undernäring	Utförda åtgärder	Viktninskning > 5%
790	519	497(95,8 %)	367(70.7%)	89(17.1%)

Källa: Senior Alert

Riskområde ohälsa i munnen

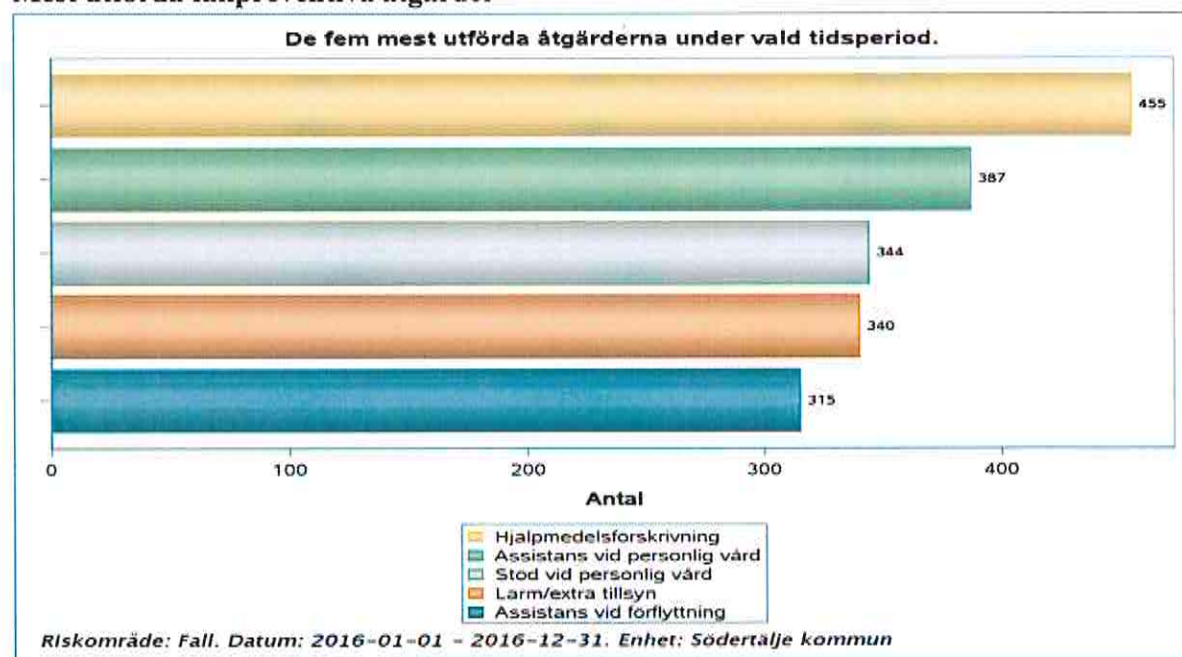
Antal riskbedömningar	Varav antal risk för ohälsa i mun	Plan för att förebygga ohälsa i munnen	Utförda åtgärder
755	213	179(84.0%)	127(59.6%)

Källa: Senior Alert

Riskbedömda för fall(teambaserat arbete enligt process för att förebygga fall)

Antal riskbedömningar	Varav antal risk för fall	Plan för att förebygga fall	Utförda åtgärder	Antal faktiska Fall på riskbedömda
803	669	639(95,5%)	476(71.2%)	268(40.1%)

Källa: Senior Alert

Mest utförda fallpreventiva åtgärder

Källa: Senior Alert

Medelvärde per person som ramlat jämfört med riket

Medel per person som fallit	2016	2015
Södertälje kommun	5,0	3,0
Riket	3,4	3,5

Källa: Senior Alert

Avvikelsehantering

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelse ska rapporteras digitalt i verksamhetssystemet ProCapita och uppföljning ska ske regelbundet. Rapporten går till resultatenhetschef, som ansvarar för att händelsen analyseras, åtgärdas och följs upp och att återkoppling sker till berörda parter.

På enheten utreds händelsen av resultatenhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal, patient och/eller närstående.

Vårdavvikelse tas upp vid arbetsplatsträffar och på drifttavlor. Allvarigare händelser ska anmälas till MAS för bedömning och eventuellt anmälan om Lex Maria. Under året har inga allvarliga tillbud eller negativa händelser som inträffas på enheterna rapporterats till medicinsk ansvarig sjuksköterska. Enligt redovisning tas vårdavvikelse regelbundet upp på resultatombudets ledningsgrupp som en lärandeprocess för att förebygga tillbud och negativa händelser.

Vid granskning av data och avvikelser uppmärksammas svagheter i vårdavvikelseprocessen som behöver ses över och systematiseras. Ansvar och roller för handläggningen behöver förtydligas, likaså dokumentation av analys och åtgärd. En annan del som uppmärksammas är då det inte finns koppling/kommunikation mellan journalsystemet Procapita och stödverkyget Senior Alert är att det som dokumenteras i stödverkyget Senior Alert inte alltid finns dokumenterat i patientjournal och att avvikelse som rapporteras i Senior Alert inte rapporteras digitalt. Verksamheten ska ha bättre rutin för att riskbedömningar och vårdplan journalförs. Likaså ska patientens samtycke alltid dokumenteras i patientjournal.

Rapporterade vårdavvikelse

	Läkemedel	Hälso- och sjukvårdsuppgifter	Informationsöverföring	Samverkansrutiner	Dokumentation	Medicintekniska produkter	Omvårdnad
2016	100	21	2	6	2	12	15
2015	162	26	115	9	1	19	9
2014	165	21	10	11	3	6	8

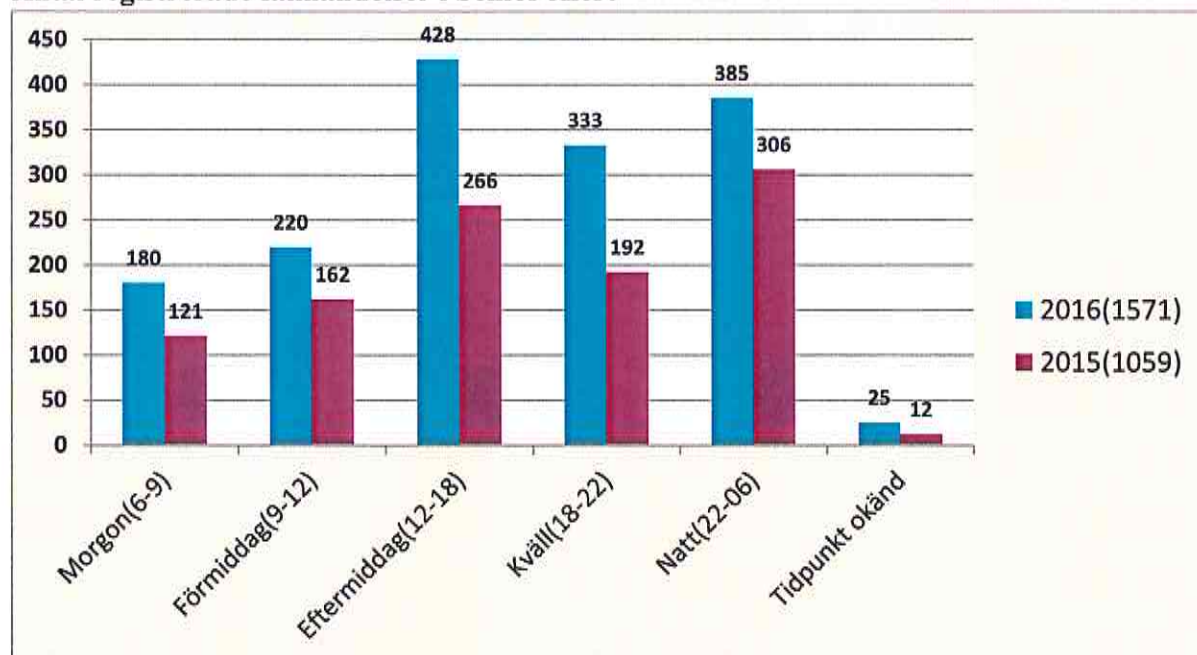
Källa: Procapita

Insatser som verksamheten har genomfört under året för att minska antalet vårdavvikelser har bl.a. varit översyn av rutiner, utbildning av olika slag och uppehåll i en del delegationer.

Läkemedelsavvikelser fördelat på händelser

	Utebliven dos	Brist narkotika	Iordningställande	Fel läkemedelsöverföring	Fel tid, förväxling, ordination
2016	62	13	10	11	9
2015	88	20	16	11	23
2014	99	10	18	8	27

Antal registrerade fallhändelser i Senior Alert



Källa: Senior Alert

I dokumentationen från Senior Alert går det inte att utläsa om registrerade fall i senior Alert har orsakats av bristande hälso- och sjukvård eller brister i omsorgen.

Antal fall som rapporteras digitalt i ProCapita, är enbart sju. Då alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska rapporteras via vårdavvikelsesystemet och inte fler är rapporterade kan ett mörkertal finnas avseende fall. Alla fall som orsakas av bristande hälso- och sjukvård ska rapporteras i verksamhetens vårdavvikelsehanteringssystem.

Antal skador som orsakats av fall

	2016	2015	2014
Höftfrakturer	14	20	19
Armfraktur	4	6	*
Sårskada	130	72	*

Källa: Senior Alert

Patientnämnden

Ett klagomålsärende har gått till patientnämnden, där en förvaltare hade synpunkter på ett vård- och omsorgsboende som brustit i vården av en kvinna. Anmälaren ville också veta hur man bär sig åt för att få ut journalanteckningar.

Inspektionen för vård och omsorg(IVO)

Två ärenden från IVO har inkommit.

Anmälan enligt lex Maria

Inga allvarliga tillbud och negativ händelser har rapporterats till MAS.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal ska rapportera risk, tillbud eller negativ händelse. Verksamheten behöver öka medvetenhet och förståelse för att patientsäkerhetsarbetet är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Att rapportera risker och vårdavvikelser är en del i detta arbete.

Hantering av klagomål och synpunkter

Den enskilde och ev. anhörig till den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens digitala system men också via brev, mail, telefon och direkt kontakt.

Klagomål ska hanteras skyndsamt med återkoppling till rapportören.

Patienter och anhöriga ska också informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden och IVO.

De klagomål och synpunkter som kommer till social-och omsorgskontoret eller via Patientnämnden och IVO registreras och omhändertas för vidare åtgärd. På verksamheten kan tillämpningen variera, rutinen för det bör ses över och tillämpas.

Vid ett fåtal tillfällen har anhöriga haft direkt kontakt via telefon med MAS då de kände sig oroad och påtalade att de inte fått tillräckligt stöd i sin oro. MAS har vid dessa tillfällen haft kontakt med enheten som berörts i syfte att diskutera ev. åtgärder. Vid ett tillfälle var klagomålet allvarligt och då har MAS analyserat ärendet och åtgärdat. Återkoppling skedde genom träff med anhörig och överlämnande av skriftlig yttrande. Klagomålet handlade om brister i bemötande och kommunikation.

Enheterna uppvisar förhållandevis få klagomål och synpunkter och det finns skäl att undra om det är en underrapportering. Vid samtal med anhöriga sker inte sällan en omedelbar återkoppling och åtgärd, vilket medför att det kan finnas brister i analysen och då också en sviktande dokumentering. Det behövs även ökad information till brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas.

Verksamheten redovisar totalt 183 rapporterade synpunkter och klagomål. Främst avser det utförande av insatser och bemötande. Verksamheten kan inte redogöra för hur många av de 183 fallen som är relaterade till hälso-och sjukvård eller till omsorg.

Samverkan med patienter och närstående

När en vårdinsats påbörjas ska kommunikation ha skett med patienten hur denna vill att information ska ske både kring den aktuella vården och om något händer. Anhöriga ska involveras utifrån den enskildes önskan. Patientlagen som tillträdde 1 januari 2015 stärker och tydliggör patientens ställning för att främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen förtydligar information till patienten, all information ska förmedlas utifrån varje patients egna förutsättningar och förmåga att ta till sig informationen. Kan hälso-och sjukvårdspersonalen inte lämna information till patienten så kan information lämnas till legal ställföreträdare.

Vid vårdavvikelse ska patient och eventuellt närstående erbjudas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet under pågående utredning som rör patienten. Verksamheten har fortlöpande dialog med patient och/eller närstående, men kan förbättras ytterligare.

Kommunikation om egenvårdsbedömning, åtgärd och uppföljning kan ytterligare förbättras.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Att arbeta med att förbättra dokumentationen.
- Öka användningen av digitala verktyg i dokumentationen.

- Förbättra och förtydliga processen avseende avvikelshantering.
- Arbeta mer övergripande och strukturellt vad avser analys av avvikelser.
- Analysera och upprätta åtgärdsplan för att förebygga fall i verksamheten.
- I samverkan med Legevisitten fortsätta arbetet med att få ned användningen av olämpliga läkemedel.
- Utbildning i psykisk ohälsa och psykiatriska sjukdomar.
- Fortsatt utbildning i, och förbättrade rutiner avseende delegeringar
- Fortsatt arbete med kost och måltider för ökad matglädje och för att förebygga undernäring, fall och trycksår.
- Mer utbildning i Senior Alert och BPSD.
- Rutiner för klagomål, synpunkter och avvikelser behöver förtydligas, vilket resultatområdet arbetar för.
- Utbildning i samtal och kommunikation för att förbättra bemötande och förebygga kommunikationsbrister.
- Utbildning till fler sjuksköterskor i förskrivningsrätt avseende inkontinenshjälpmedel.
- Kompletterande utbildningstillfällen i grundläggande munhälsa för all personal som inte nyligen utbildats och utbildning i munhälsobedömning för nyanställda leg. sjuksköterskor och leg. arbetsterapeuter.
- Utbildning till personal för att öka kunskaperna i IT och digitala verktyg.
- Fortsätta utbildning i och förbättra egenkontrollen av basala hygienrutiner
- Öka antalet medarbetare med spetsutbildning i hygienrutiner.
- Utveckla och åtgärda de brister som framkommit vid journalgranskning.
- Patientsäkerhetsarbetet bör lyftas vid möten med all personal då detta ska byggas på en tvärprofessionell samverkan.
- Vidta åtgärder enligt den åtgärdsplan som farmaceuten lämnat till enheterna efter läkemedelsgranskning.
- Delegeringsmaterial och utbildningsinsatser kommer att ses över.
- Kommunikation och information till delegerad personal ska förbättras för att säkerställa utförandet på ett patientsäkert sätt.

För att uppnå resultat krävs att verksamheten fastsätter ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet och att all personal arbetar efter beslutade riktlinjer och rutiner samt att riktlinjer och rutiner kontinuerligt ses över och revideras.

Patientsäkerhetsarbetet på dagverksamhet

Under tiden patienten vistas på dagverksamheten är det kommunen som ansvarar för hälso- och sjukvård. Utanför dagverksamheten är det primärvården som ansvarar

De hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs på dagverksamheten är oftast läkemedelshantering.

Kommunen slutade utföra delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter under oktober 2016. De risker och avvikelser som uppmärksammats vid förändringen är att primärvården inte hann träffa patienten på morgonen för att överlämna läkemedel då patienten hade hunnit åka iväg, eller att patienten inte fick med sig läkemedlen som den skulle ha med sig till dagverksamheten.

Resultatenhetschef för dagverksamheten har skapat en ny rutin för säkrare läkemedelshantering. Rutinen håller på att implementeras på samtliga enheter tillsammans med resultatenhetschefer och sjuksköterska på dagverksamhet. Rutinen beskriver var och hur läkemedel, läkemedelslista samt signeringslista förvaras samt hur avvikelser dokumenteras och utreds. Kommunansvarig sjuksköterska delegerar till personal på dagverksamheten för överlämnande av läkemedel till patient under vistelse på dagverksamhet. Sjuksköterska ansvarar även för råd och stöd till personal samt ev. akuta insatser. Personal rapporterar vårdavvikelser till kommunansvarig sjuksköterska, avvikelserna dokumenteras och rapporteras vidare till resultatenhetschef för åtgärd. Om händelsen berör primärvården rapporterar resultatenhetschef avvikelserna dit.

Vid behov görs riskbedömningar gällande t.ex. fallrisk. Akut råd och stöd kan begäras av arbetsterapeut och sjukgymnast på aktuella dagverksamheter. Vid behov kontaktar personal på dagverksamheten patientens arbetsterapeut inom primärvården gällande frågor om lämpliga hjälpmedel samt arbetssätt. Lokaler och möbler inom dagverksamheten är anpassade i förhållande till funktionsnedsatta så att fall eller annan skada ska undvikas i möjligaste mån. Enheten har de hjälpmedel som behövs och personalen är utbildade i lyfteknik och förflyttning.

Vid risk för undernäring kontaktar personal ansvarig distriktssköterska inom primärvård samt anhöriga.

Att samverka med närstående och patient är viktigt. Innan patienten börjar på dagverksamheten erbjuds välkomstsamtal tillsammans med patient och närstående. Vid samtalet informeras det bl.a. om vilka rutiner som gäller för läkemedelshantering på dagverksamheten.

Brukarens/patientens kontaktperson håller kontinuerlig kontakt med närstående.

Under 2016 har det varit en viktig del i arbetet att säkerställa läkemedelshanteringen.

Kommande år kommer det att läggas mer fokus på att kartlägga och dokumentera ledningssystemet för ökad kvalitet.



BILAGA 1.

2017-02-15

Social- och omsorgskontoret

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Inspektionen för vård och omsorg ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Patientnämnden är en del av landstinget men opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienter inom hälso- och sjukvården. Patienten kan skicka in synpunkter eller förslag till patientnämnden. Patientnämnden gör inga egna medicinska bedömningar och tar inte heller ställning till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel. Den bidrar med att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre genom att beskriva, informera, reda ut och förklara.

Ansvar och roller inom kommunen

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Vårdgivaren bedriver verksamheten, dvs. ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppnås och upprätthålls. Vårdgivaren har sitt stöd för patientsäkerhetsarbetet hos MAS. Vårdgivaren fastställer övergripande mål för systematisk patientsäkerhet, följer upp och utvärderar mål. Vårdgivaren bestämmer vilka uppgifter och skyldigheter verksamhetschefen ska ha inom sitt verksamhetsområde.

Socialdirektören har ett övergripande administrativt ansvar för att planera och leda hälso- och sjukvårdsarbetet. I ansvaret ingår även att tillsätta verksamhetschef.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) ansvarar för att bevaka att patientsäkerhet upprätthålls i den hemsjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ska främja en öppen patientsäkerhetskultur samt följsamhet till lagar och författningar. MAS ansvarar för en säker läkemedelshantering, att delegeringar sker i enlighet med gällande författningar, att patientjournaler förs i den omfattning som lagen anger och att det finns riktlinje för risk, tillbud och negativ händelse. MAS initierar och anmäler om Lex Maria.

Verksamhetschef/resultatombudschef har ansvar för kontinuerligt utvecklingsarbete, förbättra kvalitet och säkerhet för patienterna. Verksamhetschefen är

resultatansvarig och ansvarar för att leda verksamheten utifrån uppdrag/avtal.

Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Ansvarar för att underlag inkommer till MAS inom angiven tidsram samt att till MAS anmäla allvarliga tillbud och negativa händelser som skulle kunna föranleda anmälan enligt Lex Maria.

Resultatenhetschef har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet integreras i det dagliga arbetet, dvs. planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra. Ansvarar för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer riktlinjer. Ansvarar för att risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras och handläggs. Att alla medarbetare samverkar, engageras, har rätt kompetens och befogenheter.

Säkerställa att lagar, förordningar, nationella och regionala vårdprogram mm. efterlevs. Följa upp och revidera lokala rutiner så att de är aktuella.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Ansvarsfördelningen styrs av utbildning och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Alla medarbetare har skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet, följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och lokala rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Medarbetare ska också aktivt medverka i och främja utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetarna ska rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt engagera sig för enhetens mål och uppnådda resultat.

Patientsäkerhetsberättelse 2016-01-02

Oxbackshemmet, Södertälje
A&O Ansvar och Omsorg AB

Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet under 2016

Avvikelser

Samtliga avvikelser registrerades och dokumenterades i företagets kvalitetssystemet. Avvikelserna hanterades enligt rutin för avvikelshantering. Alla allvarliga avvikelser rapporterades i Procapita, alla fall registrerades i Procapita och Senior Alert och läkemedelsavvikelser rapporterades till MAS.

Varje månad samlas representanter från samtliga avdelningar till ett gemensamt kvalitetsmöte i verksamheten där incidenter och avvikelser tas upp och förbättringar diskuteras som kan ligga till grund för en revidering av rutiner.

Synpunkter och klagomål

Vi uppmanar till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kommit i kontakt med vår verksamhet. Detta kan göras skriftligt på en av företaget framtaget underlag - "Hjälp oss att bli bättre" som finns tillgänglig i entrén samt på alla avdelningar och som också finns med i det material som lämnas ut vid inflyttning. Synpunkter och klagomål kan även lämnas via företagets hemsida www.ansvarochomsorg.se eller muntligt direkt till avdelningschef/verksamhetschef. Synpunkterna hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål och under 2016 har det inkommit tre skriftliga och några muntliga synpunkter och samtliga har åtgärdats förutom två som för närvarande behandlas.

Intern kvalitetsrevision

Intern kvalitetsrevision genomfördes den 30 mars 2016. Underlaget för den interna kvalitetsrevisionen har följande huvudrubriker: Boende, Livsrum och Personal med underrubriker och frågeställningar kopplade till varje del. Den interna revisionen sker enligt rutin för internrevision och renderar i en handlings- och åtgärdsplan.

Apotekets kontroll

Den 17 oktober 2016 genomfördes en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. En apotekare kom till enheten och granskade läkemedelsförråd, hantering av läkemedel samt lokala läkemedelsrutiner. Kontrollen utförs enligt apotekets rutin för detta och innebär att verksamheten får vägledning i sitt utvecklingsarbete.

Läkemedelsrutin

Enhetens lokala läkemedelsrutin revideras vid behov. Under året har man reviderat rutin för snabbinsulin.

Läkemedelsgenomgångar

Läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har reviderat samtliga boendes läkemedelslistor enligt den rutin som läkarorganisationen Legevisitten har.

Första läkemedelsgenomgång gör man i samband med inflytten. Därefter skall en fördjupad läkemedelsgenomgång och hälsokontroll ske minst en gång per år. Det vill säga inom 364 dagar efter senaste läkemedelsgenomgång.

Palliativt arbete

Läkarorganisationen Legevisitten genomför enligt sin rutin ett avslutssamtal när palliativ omvårdnad skall påbörjas och sjuksköterska samt omvårdnadspersonal planerar och genomför detta enligt kommunens vårdprogram kring palliativ vård. En av verksamhetens sjuksköterskor är huvudhandledare samt ansvarig för att övriga sjuksköterskor följer detta i sin roll som omvårdnadsansvariga och handledare till omvårdnadspersonalen. Informationsmaterial som brochyren "Livets sista tid" och "När tiden stannar till" finns att ge närstående om de önskar. Verksamheten är ansluten till Palliativa registret och rapporterar/dokumenterar enligt detta insatser vid vård i livets slut.

Senior Alert

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och använder registret för att systematiskt dokumentera förändringar som påverkar omvårdnadens genomförande. Även här pågår ett förbättringsarbete som genom systematiska uppföljningar vid TEAM-möten ökar möjligheten att förebygga och öka patientsäkerheten.

BPSD-registret

Verksamheten är ansluten till BPSD-registret. På varje avdelning finns en administratör, dvs sammanlagt 6 administratörer. Även två sjuksköterskor har genomgått administratörsutbildning.

Hygien

Avtal finns skrivet om vårdhygienisk service med Vårdhygien, Stockholms län. Protokollet med förslag till förbättringsåtgärder har under året åtgärdats. Det finns lokalrutin för mottagning och fördelning av förrådsvaror tillsammans med förrådsansvariga.

All ordinarie personal uppmanas att genomföra webb-utbildningen "Basala hygienrutiner" och vikarier uppmanas att göra detsamma. Utbildningsbeviset lämnas i samband med utvecklingssamtalet.

Att dispensärer med handsprit finns uppsatta vid entrén till samtliga avdelningar upplevs ha en förebyggande inverkan när det gäller spridning av bakterier vid förflyttning mellan avdelningar och även för besökare.

Tandvård

I samband med inflyttning till verksamheten erbjuds samtliga en kostnadsfri munhälsobedömning och en munhälsostatus skrivs och ett intyg för nödvändig tandvård.

Munhälsobedömning upprepas en gång per år med munhälsostatus som vägleder omvårdnadspersonalen i sin kunskap om vad den boende behöver hjälp med för att säkerställa en fortsatt god munhälsa.

Omvårdnadspersonalen fick utbildning gällande munvård under oktober 2016.

Introduktion nyanställda

En introduktionsrutin finns med checklista som följs av fadder/handledare.

Informationsmaterial lämnas ut till alla som blir nyanställd eller skall finnas i verksamheten som elev/student.

Samtliga sommarvikarier har fått delta i en introduktionsdag innan semesterperiodernas början och efter det utbildningsinsatser av sjuksköterska och sjukgymnast planerat efter individuellt behov vad gäller läkemedel och medicinsktekniska produkter. Var och en av alla nyanställda får två handledda introduktionsdagar.

Digital rutinpärm

I företagets verksamhetsstöd ligger rutiner digitalt under enhetens namn på två nivåer, regional och lokal nivå. Samtliga anställda i verksamheten har tillgång till dator och kan läsa i digitala rutinpärmerna. Uppdateringar och tillägg meddelas personalen genom APT och veckobrev.

Beskrivning vad enheten gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker i vården och för att minska antalet tillbud och negativa händelser.

Registrering i Senior Alert: Samtliga boende som gett sitt samtycke att registreras har lagts in i systemet. Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska följa upp resultaten och registrera förändringar i status. En i sjuksköterskegruppen har övergripande ansvar att vara uppdaterad i systemets användbarhet och att handleda övriga kollegor.

- Risk för malnutrition: Viktkurvan följs regelbundet och matbeställningar är individuellt avpassade med skriftlig kommunikation till produktionsköket varje vecka. Vid behov proteinberikas och energiberikas maten och om så krävs ges näringsdryck på ordination efter läkarkontakt.
- Fallrisk: Varje boende följs av REHAB-personal och har en genomgång av status regelbundet samt får utskrivet hjälpmedel efter behov.
- Risk för trycksår: Regelbunden genomgång av status av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kollegial samverkan med omvårdnadspersonalen gör att risker upptäcks på ett tidigt stadium och åtgärdas.

Varje avdelning har s.k. TEAM-möte (omvårdnadspersonal, ssk och rehab) som hålls regelbundet varje månad där en systematisk genomgång efter dagordning hålls runt varje boende. Det skapar en gemensam målbild och omvårdnaden blir strukturerad så som Socialstyrelsen rekommenderar.

En riskinventering görs regelbundet för att eliminera tillbud i de boendes lägenheter som kan innebära tillbud och vård- eller arbetsmiljöskador.

För att stärka personalens dokumentation i det sociala journalsystemet Safe Doc har vi en dokumentationsombud på varje avdelning för att uppdatera kunskaperna i socialtjänstlagen enligt de nya bestämmelser som trädde i kraft 2015.

Dokumentationsombuden och dokumentationsansvarig sjuksköterska har regelbundna möte för att diskutera ev. brister samt förbättringar, samt säkera att det finns "röd tråd" finns mellan social dokumentation och HSL-dokumentation. Dokumentationsombud genomför kontroller och ger stöd till övrig personal kring dokumentation. Genomförandeplan uppdateras minst 2 gånger per år.

Vid muntlig informationsöverföring mellan yrkeskategorier som gäller de boende har en lokal rutin implementerats i december. Den föreskriver användning av Socialstyrelsen rekommenderad modell för att minimera risken för vårdskada som benämns SBAR (situation, background, assessment, recommendation) så att informationen blir tydlig och budskapet klart för mottagaren. Det gör att risken för missförstånd minimeras och vårdskador förhindras.

Beskrivning av hur och när enheten ska fullfölja de åtgärder som vi inte kunnat göra omedelbart.

Verksamheten har en förbättringsrutin som baseras på en handlingsplan/åtgärdsplan kopplat till ansvarig för varje punkt samt uppföljningsdatum.

Vad gäller specifika åtgärder som beslutats runt en individ för att säkerställa en god patientsäkerhet följs detta upp i de avdelningsvisa TEAM-möten som hålls varje månad och har enligt ovanstående beskrivning en ansvarig namngiven.

När så påkallas förs frågor vidare till en övergripande kvalitetsdiskussion inom företagets ledningsgrupp som hålls varje månad eller direkt till VD för beslut.

Beskrivning av resultat

- **Fallskador** – verksamheten har under året arbetat aktivt med att förebygga fallskador genom riskbedömning och skyddsåtgärder insatta innan skador uppstått. Det har inneburit att 6,8 % av de fall som rapporterats varit föremål för kroppsskada och 4 % av allvarigare art som lett till sjukhusvård. Totalt har 117 fall rapporterats under 2016 och journalförts vilket är en betydlig minskning jämfört med 2015 då det rapporterades 198 fall.
- **Läkemedelsavvikelser** – verksamheten har varit mycket uppmärksam i uppföljning av de lkm-avvikelser som sker och rutiner ses över med förbättringsåtgärder. Den vanligaste avvikelser är utebliven signering som är 89 % av totalt 190 rapporterade lkm-avvikelser under året. 9 procent av alla avvikelser är doser som patienterna har tackat nej till.
- **MTP-avvikelser** – under året har en systematisk uppföljning av samtliga MPT-hjälpmiddel genomförts för att öka verksamhetens kvalitet. Inga avvikelser som gäller MPT har rapporterats.
- **Övriga avvikelser** – klagomål och synpunkter har åtgärdats enligt den förbättringsrutin som gäller och en återkoppling har lämnats till berörda så snart besked har kunnat lämnas. Två klagomål är under hantering för tillfället. Under året har samtal initierats både på individnivå som med olika aktörer utanför verksamheten för att när så har varit möjligt kunna se en förbättring.
Ingen avvikelser har lett till Lex Sarah anmälan.
Inga anmälningar till IVO under 2016.
- **Vårdrelaterade infektioner** – inga rapporter finns om uppkomna infektioner under året. Verksamheten ingår i den nationella mätning som genomförs varje år.
- **Skapade utbildningstillfällen** – Under året har personalgruppen uppmanats till webb- utbildning i Basala hygienrutiner, Mat för äldre, Arbetsmiljöverkets olika kurser samt BPSD-utbildning. I verksamheten pågår även ständigt en uppdatering av "Lyftkörkortet". Alla kursbevis läggs till varje personalakt.
All personal har genomgått munvårdsutbildning.
- **Övrigt** – Ur ett patientsäkerhetsperspektiv ingår verksamheten i samverkansmöten med läkarorganisationen Legevisitten och Södertälje kommun regelbundet.