



**TJÄNSTESKRIVELSE**

2018-02-13

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

## **Patientsäkerhetsberättelse 2017**

Dnr: ÄON 2018/012

### **Sammanfattning av ärendet**

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det framgår hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska, strukturerade arbetssättet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa.

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen (patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada) och Patientsäkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador.

Sammanfattningsvis bedriver enheterna sitt arbete med god kvalitet. Ett förbättringsarbete är att enheterna och verksamheten/resultatområdet behöver bli bättre på att analysera det resultat som de redovisat. Beskrivningar av mål och delmål för kommande utvecklingsarbeten kan bli mer konkreta.

Social- och omsorgskontoret föreslår att äldreomsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2017, daterad 2018-02-13.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse, daterad 2018-02-13
- Patientsäkerhetsberättelse för 2017, daterad 2018-02-13

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Ärendet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

**Kontorets förslag till nämnden:**

Äldreomsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2017, daterad 2018-02-13.



Lenita Granlund

Socialdirektör



Nermin Varli

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Handläggare: Nermin Varli  
Social- och omsorgskontoret  
Telefon (direkt): 08 523 069 41  
E-post: nermin.varli@sodertalje.se

**Beslutet skickas till**

Akten



Rapport | 2018-02-13

# Patientsäkerhetsberättelse 2017

Äldreomsorgsnämnden

Nermin Varli  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Social- och omsorgskontoret  
Telefon (direkt): 08 523 069 41  
E-post: nermin.varli@sodertalje.se

## Innehåll

1.	Bakgrund.....	3
1.1	Syfte.....	3
1.2	Patientsäkerhet.....	3
1.3	Systematiskt kvalitetsarbete .....	3
1.4	Organisatoriskt ansvar .....	4
2.	Sammanfattning .....	6
3.	Mål och strategier för 2018.....	7
3.1	Handlingsplan med åtgärder.....	7
4.	Resultat .....	8
4.1.1	Egenkontroll och uppföljning.....	8
4.2	Risk-och avvikelshantering .....	8
4.4	Riskanalys på individnivå .....	11
4.4.1	Nationella kvalitetsregister.....	11
4.4.2	Senior Alert .....	11
4.4.3	Verksamhetens redovisning av trycksår, undernäring, munhälsa och fall:.....	12
4.4.4	BPSD.....	13
4.4.5	Palliativa registret.....	14
4.5	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	15
4.6	Patientjournalssystem .....	16
4.7	Läkemedelshantering.....	16
4.8	Hygienisk standard .....	16
4.9	Nutrition .....	17
4.9.1	Nattfastemätning .....	18
4.10	Demensvården .....	19
4.11	Rehabilitering .....	20
4.12	Patientsäkerhetsarbete på dagverksamhet .....	20
...	Uppföljning av daglig verksamhet.....	21

# 1. Bakgrund

## 1.1 Syfte

Vårdgivaren har ansvar för att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska senast 1 mars upprättas där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska, strukturerade arbetssättet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa. Uppföljning syftar också till att lyfta fram strategiska mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år.

## 1.2 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen (2010:659) (patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada) och Patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369). Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att hälso- och sjukvårdspersonalen har begått misstag.

Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, bland annat för att säkerställa att patienternas behov och önskemål tillgodoses så långt det är möjligt. Ett bra möte och samtal mellan patienten och vårdens representanter lägger grunden till en trygg och säker vård. En god hälso- och sjukvård förutsätter ett kontinuerligt arbete med att utveckla verksamheten utifrån bland annat forskningsresultat och innovation, för bästa tillgängliga kunskap. I verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen ska Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tillämpas på den patientinriktade vården. I föreskriften beskrivs att vårdgivaren fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

Inför förändringar i organisationer, införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra en riskanalys. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Då en händelse inträffat som medfört att en patient kommit till allvarlig vårdskada eller kunde ha skadats allvarligt, ska en händelseanalys utföras.

## 1.3 Systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 3 kap. om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innebär att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Olika kvalitetsområden som ska beaktas för att kvaliteten inom hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande ska kunna utvecklas och säkras, är följande:

- kunskapsbaserad hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid

#### 1.4 Organisatoriskt ansvar

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla berörda enheter och ha en naturlig koppling till arbetsmiljöarbetet och budgetarbetet. Chefer och medarbetare ska samverka i patientsäkerhetsfrågor. Nedan redovisas det organisatoriska ansvaret på social- och omsorgskontoret.

**Medarbetare** har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Ska medverka i risk och avvikelshantering och delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera enligt beslutade riktlinjer och rutiner.

**Resultatenhetschef** har ansvar för att bryta ner resultatområdesmål till enhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetarna. Resultatenhetschef har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschefen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ansvarar för att resultatområdet har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS ansvarar för att sätta upp ramar utifrån författningar/regelverk genom riktlinjer som antas av nämnden och följa upp patientsäkerheten.

#### **Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen**

I Södertälje kommun är det resultatområdeschefen som är verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen. I rapporten kommer befattningen verksamhetschef att användas.

Verksamhetschefen har ansvar för att följa upp kvalitetsarbetet i sitt område samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet.

Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda med MAS.

Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.

Verksamhetschefen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och se till att synpunkter och avvikelser utreds.

Verksamhetschefen ska redovisa årets patientsäkerhetsarbete och dess resultat till MAS inför patientsäkerhetsberättelse och svara på patientsäkerhetsfrågor som MAS efterfrågar.

## 2. Sammanfattning

Till patientsäkerhetsberättelsen har uppgifter samlats in från resultatområdeschef för hälso- och sjukvård. Bedömningen baseras också på iakttagelser och tillsyn gjorda av MAS.

Sammanfattningsvis bedriver flera enheter sitt arbete med god kvalitet. Ett förbättringsarbete är att enheterna och verksamheten/resultatområdet behöver bli bättre på att analysera det resultat som de redovisat. Beskrivningar av mål och delmål för kommande utvecklingsarbeten kan bli mer konkreta.

Verksamheten behöver komma fram till vilka mätningar/egenkontroll som ska finnas i patientsäkerhetsarbetet och systematisera uppföljningen och dess utveckling. Systemen för var och hur indikatorer ska rapporteras och vem som ansvarar samt hur och i vilken frekvens återkoppling sker i verksamheten behöver mer utvecklas.

För att leda hälso- och sjukvården krävs kunskaper inom området, det är viktig faktor att se över inom verksamheten/resultatområdet. Okunskap för att leda och ansvara för säker hälso- och sjukvård kan påverka patientsäkerheten negativt. Mer fokus på patientsäkerhetsarbetet ska finnas och ska genomsyra hela social- och omsorgskontoret. Hälso- och sjukvården ska mer integreras på alla agendor.

En medicinskt ansvarig sjuksköterska stödjer vårdgivaren och styr genom att sätta ramarna för patientsäkerheten utifrån författningar och regler, men det gäller att den som ansvarar för att se till att det implementeras och tillämpas har rätta kunskaper för uppdraget.

En hög personalomsättning finns på en del enheter och det kan ha påverkat patientsäkerhetsarbetet. Exempelvis fanns det på en enhet inga ordinarie sjuksköterskor, där det framkom att delegeringar inte fungerade enligt regelverk och enheten hittade egna spår för att lösa resursbehovet och inte sett över patientsäkerheten.

Generellt behöver verksamheten arbeta mer systematiskt och vara mer resultatriktat för patientsäkerhet. Verksamheten ska ha bättre plan för när, vad och hur resultat ska följas. Krav och kontinuerlig uppföljning av resultat leder till säkrare arbetsätt och välmående patient.



### 3. Mål och strategier för 2018

Verksamheten har utifrån sin analys av patientsäkerhetsarbetet tagit fram ett antal förbättringsåtgärder inför 2018.

- arbete med att lägga in dokumenterade rutiner i det digitala ledningssystemet har pågått under 2017 och fortsätter under 2018.
- ta reda på orsak till att fallolyckor har ökat
- inventera och utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentation samt planera och införa KVÅ-koder (Klassifikation av vårdåtgärder). Utvecklingsarbete/ utbildningsplan kommer att påbörjas under våren 2018.
- arbetet med att utveckla det lokala ledningssystemet kommer att fortsätta. Målet är att samla alla hälso- och sjukvårdsrutiner för bättre tillgänglighet.
- vidareutveckla det systematiska kvalitetsarbetet med avvikelshantering på enheterna.
- utveckla utbildningsmaterial och kunskapstest gällande insulindelegering och andra färdigdoserade subkutana injektioner som kan delegeras.
- uppföljning av de insatta åtgärder, har det lett till förbättring?
- utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen för att åtgärda de svagheter som framkom i MAS journalgranskning hösten 2016.

#### 3.1 Handlingsplan med åtgärder

Utifrån redovisningen i patientsäkerhetsberättelsen och verksamhetens egna utvecklingsområden som redovisas ovan så ska verksamheten ta fram en handlingsplan med åtgärder. Handlingsplan med åtgärder ska vara klar 1 maj 2018. Handlingsplanen ska lämnas till MAS och redovisas för äldreomsorgsnämnden.

## 4. Resultat

Resultatet från 2017 har samlats in från verksamheterna och redovisas nedan. I de fall där det finns iakttagelser från MAS redovisas dessa i samband med resultatet.

### 4.1.1 Egenkontroll och uppföljning

- brukarenkät
- risk och avvikelshantering
- stickkontroller av loggar i verksamhetssystemet, för att kontrollera behörighetsgränser och att sekretessregler följs.
- hygienronder/granskning utfördes på några enheter av hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm med tillhörande åtgärdsplan, resterande är planerade till att genomföras våren 2018.
- läkemedelsgranskningar av farmaceut har utförts på alla enheter under året med tillhörande åtgärdsplaner för åtgärd
- läkemedelsgenomgångar utförs på alla patienter minst en gång om året. Sjuksköterka förbereder med underlag enligt blankett inför läkemedelsgenomgången.
- öppna jämförelser från Socialstyrelsen och SKL (Sveriges kommuner och landsting) behandlas och analyseras av ledningsgruppen för särskilt boende och ligger till grund för områdesplanen och det planerade utvecklingsarbetet kommande år.
- punktprevalensmätningar av trycksår och fall utförs under givna tidpunkter i kvalitetsregistret senior alert.
- multiprofessionella boendemöten varje eller varannan vecka på enheterna

### 4.2 Risk-och avvikelshantering

Förra årets granskning visade att processen för inkommande vårdavvikelser behöver ses över. Det fanns ett behov av att tydliggöra ansvar och roller och särredovisa om det är hälso- och sjukvård, miljö eller bristande insatser som är orsaken till avvikelserna. Granskningen visade även att enheterna behöver bli bättre på att följa upp om de insatta åtgärderna haft avsedd effekt.

Verksamheterna redovisar att de under 2017 har påbörjat arbetet med att ta fram rutiner för strukturerad uppföljning och avvikelshantering.

Vissa enheter har regelbundna möten för systematiskt kvalitetsarbete. För att verksamheten ska få bättre flöde i avvikelshantering bedömer MAS att verksamheten behöver arbeta mer för att avvikelshandlingen ska bli en självklar del i förbättringsarbetet på samtliga enheter(resultatområde). Redovisning av avvikelser behöver ytterligare systematiseras och förslagsvis ingå som en punkt på ledningsgruppen.

Många avvikelser hanteras omedelbart vilket leder till att alla avvikelser inte rapporteras i avvikelshanteringssystemet. När avvikelser inte rapporteras finns det risk att bakomliggande faktorer inte utreds på ett systematiskt sätt och det uppstår en risk till att händelsen kan

återkomma och som i sin tur kan leda till allvarlig vårdskada. Det är därför viktigt att alla vårdavvikelse rapporteras i digitala systemet för rätt hantering.

Verksamheterna upplever att systemen för avvikelshaneringen inte är ändamålsenligt. Dagens avvikelshanteringssystem behöver därför ses över och vidareutvecklas. Systemet ska stödja säkrare arbetsflöden och bör kunna hantera bestämda ledtider för en rapport.

För närvarande kan inte all personal rapportera direkt i det digitala systemet utan det är enbart legitimerad personal som har behörighet till systemet. Omvårdnadspersonal får rapportera via manuell blankett som lämnas till en behörig för digitala systemet.

En identifierad risk som uppmärksammats är att en avvikelserapport inte öppnas på flera dagar/veckor, en anledning som verksamheten beskriver är då mottagande chef är frånvarande. Rutiner när chefen är frånvarande behöver därför ses över, likaså ledtider för hantering av rapport. Verksamheten behöver ge mer stöd för chefer i arbetet med avvikelshantering.

Nya riktlinjer för hälso-och sjukvårdsavvikelse och Lex Maria har antagits. Verksamheten behöver bryta ner riktlinjerna och ta fram nya rutiner för avvikelshantering samt se till att ändrade arbetsprocesser blir kända hos all personal.

När verksamheten arbetar under flera lagrum är det extra angeläget att identifiera till vilken avvikelserapporteringsprocess (patientprocess eller brukarprocess) som avvikelserna ska rapporteras och handläggas på. Verksamheten behöver ha bättre system för att redovisa vårdavvikelse för sig och inte blanda med övriga avvikande processer, som exempelvis brukar process.

#### 4.2.1 Rapporterade vårdavvikelse

Vid bedömning om allvarlig vårdskada ska det meddelas vidare till verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Inga allvarliga vårdskador har rapporterats till MAS från verksamheten under 2017.

En allvarlig vårdskada som rapporterats kom via IVO från anhörig och anmäldes om Lex Maria. Ingen avvikelser om händelsen fanns registrerat i verksamhetenssystem.

#### Rapporterade vårdavvikelse per händelsetyper

	Läkemedel	Hälso-och sjukvårdsuppgifter	Informationsöverföring	Samverkansrutiner	Dokumentation	Medicintekniska produkt	Omvårdnad
2017	182	17	5	7	1	15	7
2016	100	21	2	6	2	12	15
2015	162	26	115	9	1	19	9
2014	165	21	10	11	3	6	8

4.2.2 Avvikelser till och från andra vårdgivare.  
Inga ärende redovisade

4.2.3 IVO

Två stycken synpunkt och klagomåls ärenden från IVO där närstående rapporterat. En ledde till Lex Maria anmälan.

4.2.4 Synpunkter och klagomål från patient/närstående  
Ett ärende redovisats från verksamheten

4.2.5 Patientnämnden

Klagomål som registrerats hos patientnämnden 4 ärenden.

- Okänd verksamhet 2 st.
- Vård och omsorgsboende 1st.
- Korttidsboende 1 st.

4.2.6 Lex Maria

Anmälan om Lex Maria ett ärende

### **4.3 Klagomål och synpunkter på vården**

Förra årets granskning visade att rutiner för klagomål, synpunkter och avvikelser behöver förtydligas. Förbättringsarbetet kvarstår inför 2018.

Från och med 1 januari 2018 gäller nya regler för klagomål och synpunkter. Vårdgivaren är första instans som ska bemöta och besvara de klagomål och synpunkter som kan uppstå i samband med vård och behandling. Patienter och närstående ska vända sig direkt till den verksamhet som ansvarat för vården och föra fram sitt klagomål. Verksamheten bör omgående bekräfta att klagomålet är mottaget och bör sedan lämna ett svar inom fyra veckor.

Alla vårdverksamheter bör vara så tydliga som möjligt i sin information till patienter om hur man går tillväga för att framföra klagomål och synpunkter. Patienter och närstående kan alltid få hjälp av Patientnämnden som är ett stöd för patienten för att föra fram sina klagomål och få dem besvarade.

Verksamheten behöver bli bättre på att informera patient och närstående för hur de ska gå till väga. Informationsmaterial om synpunkter och klagomål finns på intranätet under riktlinjer för hälso- och sjukvård.

I arbetet med att samla in information från verksamheterna angående klagomål och synpunkter har det framkommit att det inte finns någon samlad redovisning. Några enheter har redovisat enstaka klagomål. Ett antagande är därför att inkomna klagomål och synpunkter inte dokumenterats i tillräckligt hög grad eller att patient och närstående inte känner till tillvägagången. Det saknas tydlig redovisning för hur verksamheten arbetar med synpunkter och klagomål. Nedan följer de redovisningar som lämnats från enskilda resultatenhetschefer över hur de tar emot och hanterar klagomål eller synpunkter från patienter, närstående, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer:

## Enskilda svar från resultatenhetschefer

- det finns tydliga rutiner för hur återkoppling skall gå till och dessa följs på samtliga enheter. Återkoppling sker alltid till den som lämnat synpunkter.
- gör en händelseanalys- åtgärder- dokumentation- information- återkoppling.
- klagomål eller synpunkter tas upp direkt från patient eller närstående. Vi pratar om händelsen och reder ut den omgående. Om det finns önskemål på att anmäla så fylls blankett synpunkter/klagomål i. Resultatenhetschefen har ansvar för utredningen.
- en synpunkt kan vara både muntlig och skriftlig. Alla kan ta emot en synpunkt men det är resultatenhetschefen som sammanställer och utreder samt återkopplar till den som kommit in med synpunkten
- vi jobbar med patientsäkerhet dagligen och vi är lyhörda och uppmärksamma vad brukaren har för behov men möter även upp oroliga anhöriga. Vi har arbetat med att öka kontinuiteten i sjuksköterskebemanningen då vi funnit att kontinuiteten varit ett problem. Vi lyfter olika dilemman på ett systematiskt sätt på t.ex. APT (arbetsplatsträff) för att analysera olika situationer och för att öka kunskapen hos våra medarbetare. Efter att vi har hanterat/utrett så återkopplar vi alltid till den som har delgett oss synpunkten eller klagomålet.

## 4.4 Riskanalyser på individnivå

### 4.4.1 Nationella kvalitetsregister

Verksamheten deltar i olika nationella kvalitetsregister. Resultaten från dessa redovisas nedan. MAS bedömer att resultat från kvalitetsregister behöver bearbetas inom verksamheten på ett mer systematiskt sätt..

I 2016 års patientsäkerhetsberättelse framkom att verksamheten behöver analysera och upprätta åtgärdsplan för att förebygga fall inom verksamheten. Arbetet kvarstår inför 2018. Vidare behövs kompletterande utbildningstillfällen i grundläggande munhälsa. Under 2017 har en enhet fått utbildning i munhälsa. Förra årets granskning visade också att det behövs mer utbildning i Senior Alert och BPSD. Verksamheterna har inte redovisat om de har genomfört utbildning i Senior Alert under 2017.

### 4.4.2 Senior Alert

Verksamheten använder stödverktyget Senior Alert. Senior Alert används i det systematiska kvalitetsarbetet vid riskbedömning och ska genomföras på samtliga brukare som flyttar till särskilt boende. Där eventuella åtgärder gällande trycksår, munhälsa, fallrisk, risk för undernäring dokumenteras på alla patienter efter inflyttning och därefter var sjätte månad. Riskbedömning i blåsdysfunktion har påbörjats men är inte implementerat fullt ut. Tre sjuksköterskor har gått högskolekurs för inkontinens/förskrivningsrätt inkontinensmaterial.

Vid risk görs uppföljning var tredje till var sjätte månad. Riskbedömningen ska göras i team, som minst bestående av ansvarig omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten redovisar att de har haft svårigheter med att implementera användandet av Senior Alert som ett verktyg i patientsäkerhetsarbetet, både på individ och enhetsnivå och att det har funnits svårigheter med att få ut statistik pga. versionsuppgradering av systemet.

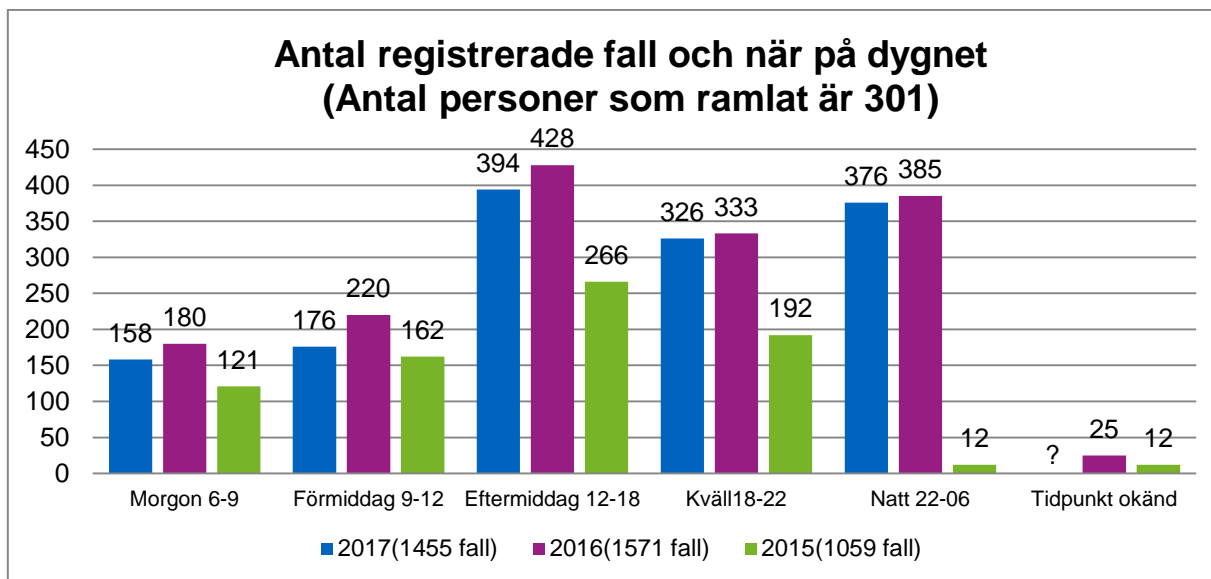
Mer ansvar för att leda teamarbetet med riskbedömningar behöver ses över och förbättras.

Verksamheten rapporterar om att Senior Alert haft en statistikförlust under 2017, under flera veckor i juni månad försvann all data i systemet. Därför är siffrorna inte helt tillförlitliga. Upplägget för att ta ut statistik i Senior Alert har också förändrats och visar inte längre statistik på samma sätt som förra året. Indikatorer som redovisas är en fingervisning om utvecklingen.

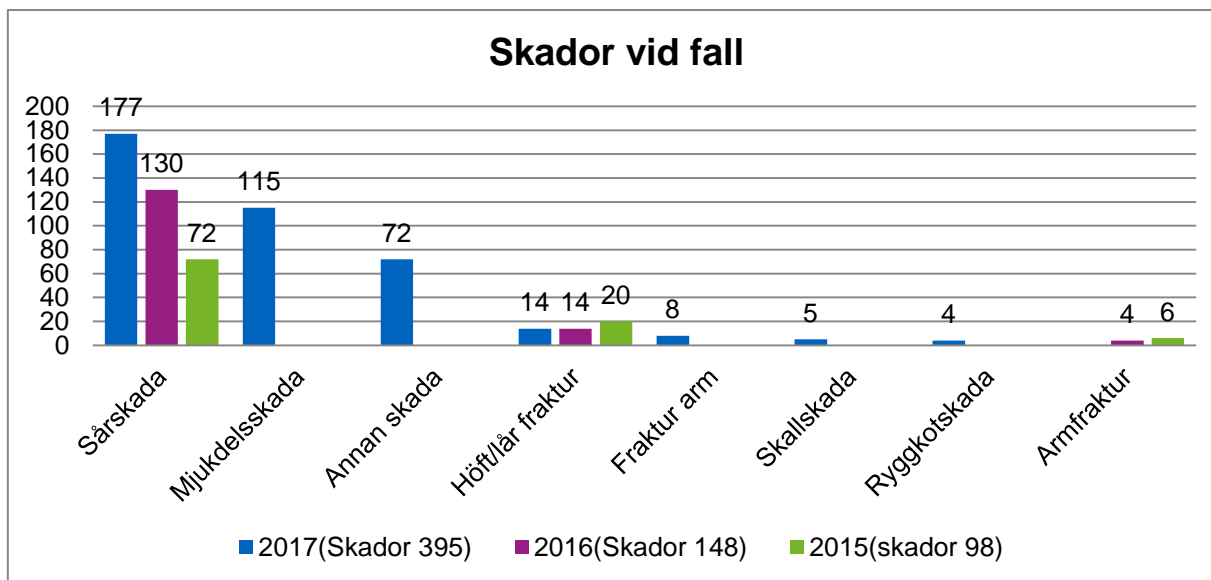
#### 4.4.3 Verksamhetens redovisning av trycksår, undernäring, munhälsa och fall:

- **Trycksår:** 36 personer hade 51 trycksår totalt under 2017. 16 trycksår uppstod på verksamheten, resterande var förvärvade. Punktprevalensmätningar av trycksår utförs under givna tidpunkter i kvalitetsregistret senior alert. Motsvarande siffra för 2016 finns inte redovisad. Verksamheterna redovisar att det trycksårförebyggande arbetet är välfungerande.
- **Undernäring:** 227 personer hade ett BMI under 22. Motsvarande siffra 2016 finns inte redovisad.
- **Munhälsa:** 151 personer hade risk för ohälsa i munnen. År 2016 var motsvarande siffra 213. En enhet har utbildat all personal i munhälsa. Verksamheterna bedömer att de behöver göra fler bedömningar av munhälsa
- **Fall** – Verksamheten har inte redovisat om fallen är orsakade av bristande vård och behandling. Vilket var en av åtgärderna som skulle ses över under 2017. Det finns inga fall rapporterade i vårdavvikelsehanteringssystemet. Finns inte heller redovisning av bakomliggande faktorer till fallen och ingen klarhet om fallen är orsakade av bristande vård och behandling. Anmälan ska göras till MAS då fall har lett till allvarlig vårdskada pga. bristande vård men inga allvarliga vårdskador är anmälda till MAS.

**Diagram över antal registrerade fall**



**Diagram över skador vid fall**



Källa: Senior Alert

**4.4.4 BPSD**

BPSD (Svenskt register för beteende-mässiga och psykiska symtom vid demens) - används på särskilda boendenheter som underlag för systematiskt förbättringsarbete. På social-och omsorgskontorets särskilda boenden för äldre finns certifierad utbildare och utbildning i BPSD.

Verksamheten har 100 utbildade BPSD-administratörer. Utbildningen inom BPSD är riktad till all personal.

Tabellen nedan sammanfattar resultatet av det som redovisats i BPSD registret.

### Tabell över resultatet som registrerat i BPSD

BPSD	Andel 2017	Andel 2016	Andel 2015
Personer som har olämpliga läkemedel	43 % (riket 37%)	41 % (riket 38 %)	58% (54%)
Personer som verkar smärtfria	61% (riket 71%)	77 % (riket 71 %)	76% (riket 70%)
Personer som har bemötandeplan	88% (riket 88%)	79 % (riket 87 %)	81% (riket 87%)
Personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	90% (riket 86%)	86 % (riket 86 %)	Ej redovisat
Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	43% (riket 59 %)	Ej redovisat	Ej redovisat
NPI <sup>1</sup> - tid (BPSD-skattningar som gjorts första, andra, tredje tillfället. En minskning av NPI poäng är önskvärd.	21 (riket 22)	22 (riket 22)	25 (riket 23)

Källa. BPSD-register

En av förbättringsåtgärderna från 2016 var att verksamheterna tillsammans med läkarorganisationen skulle arbeta för att minska antalet personer med olämpliga läkemedel. Resultatet visar en liten ökning av antalet personer med olämpliga läkemedel trots hög täckningsgrad av antal personer som haft läkemedelsöversyn.

Verksamheten behöver arbeta mer med att se över vad orsaken till att patienten inte får optimalt smärtstillande läkemedel beror på och varför olämpliga läkemedel har börjat öka.

#### 4.4.5 Palliativa registret

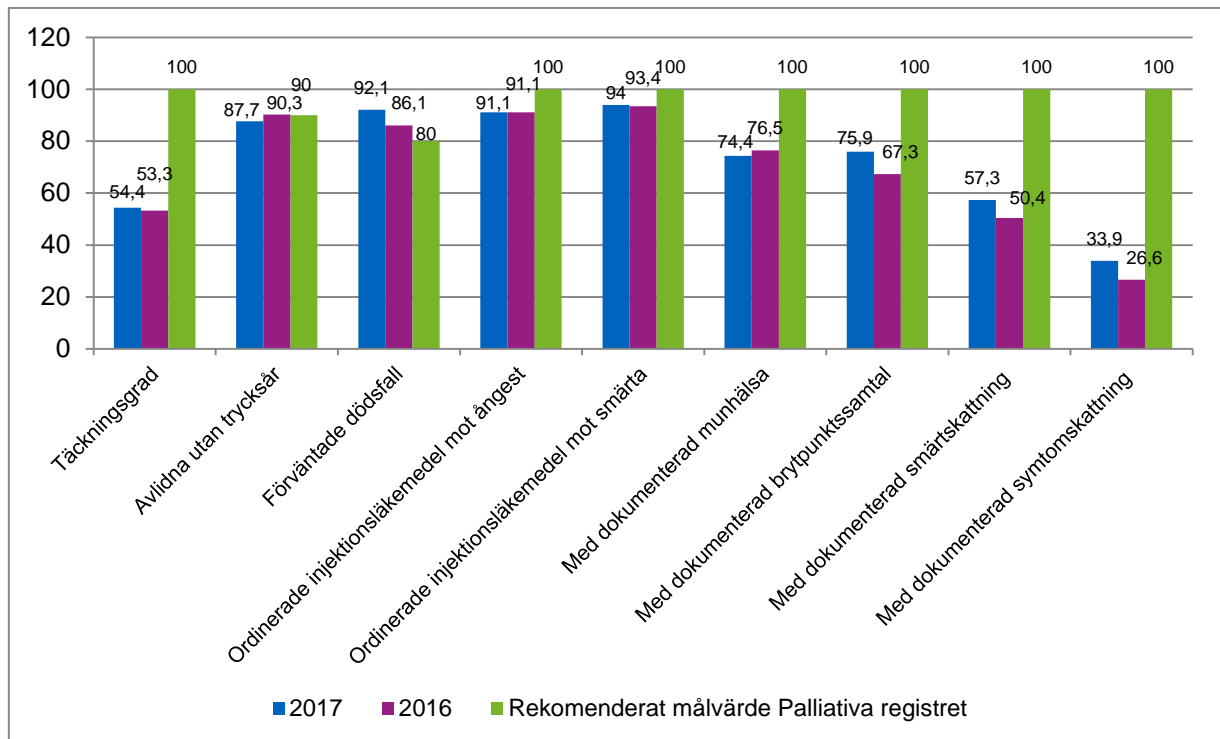
Verksamheten ingår i palliativa registret. Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och av vem som utför vården. Det ska leda till tillräcklig smärtlindring, hjälp med andra besvärande symtom, ordination av läkemedel vid behov, god omvårdnad utifrån den enskildes behov, vårdas där patienten vill dö, inte behöva dö ensam och att närstående får stöd. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Personalen använder resultaten för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från registret för uppföljning.

<sup>1</sup> NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesyntom (BPSD) vid olika demenssjukdomar.



Verksamheten anger att en del problem med att komma in i registret har medfört att fullständig rapportering inte har skett. Registret är under tidigare delen av året omstrukturerat så att alla boendeenheter finns med i registret. Alla registrerande sjuksköterskor har behörighet att registrera på alla enheter vilket underlättar registrering jourtid.

### Diagram över palliativ vård i livets slut



Källa: Palliativa Registret

#### 4.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkansöverenskommelse finns mellan kommun och landsting. Två gånger om året sammankallar MAS till möte mellan ledningsgruppen SÄBO och läkarorganisationens verksamhetschef och MAL (medicinskt ansvarig läkare) för att följa upp beslutad överenskommelse.

Resultatenhetschef ska enligt överenskommelsen minst två gånger om året samankalla möte med läkare för att diskutera samverkan och rutiner. Detta är något som inte har systematiserats, frågan har diskuterats på ledningsgruppen för SÄBO och samverkansmöten kommer att tillämpas. Viktig fråga att diskutera och lyfta upp vid sådana forum är upprättande av vårdplaner i samverkan. Risker och avvikelser har uppmärksammats då vårdplaner inte upprättas i samverkan med läkare, sjuksköterska och patient och/eller närstående. Vårdplaner ska upprättas i samverkan mellan vårdgivare, patient och närstående om behov finns. Verksamheten kan bli bättre på att se till att dokumenterade vårdplaner finns och att vårdplanerna är uppdaterade.

Verksamheten har inte redovisat för hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdskador.

#### **4.6 Patientjournalssystem**

Patientjournalssystemet och dess struktur behöver fortlöpande ses över och utvecklas efter Socialstyrelsens krav. Den 1 januari 2019 träder en ny föreskrift i kraft som påverkar kommunernas uppgiftsskyldighet. Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2017:67 om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården innebär bland annat att kommunerna blir skyldiga att lämna ytterligare uppgifter utöver de som lämnas i dag. Möjligheten till denna redovisning behöver ses över.

Verksamheterna använder i dagsläget NPÖ, men där finns inte tillgång till ordinationshandlingar för läkemedelslista att tillgå. När hälso- och sjukvårdsinformation inte tillgängliggörs i realtid från andra vårdgivare uppstår kostnader hos kommunen oftast i form av tidsåtgång för att få tillgång till relevant information. Verksamheten efterfrågar en utveckling av detta område. Bättre digitala system bör uppmärksammas mellan landsting och vårdgivare kommun för ökad patientsäkerhet.

Genomgång av NPÖ (Nationell Patientöversikt) för sjuksköterskor planeras vid yrkesspecifik träff.

#### **4.7 Läkemedelshantering**

Kvalitetsgranskningen för läkemedelshantering utförs av farmaceut.

Farmaceuten lämnar rapport med handlingsplan för åtgärd som chef ansvarar för att åtgärda. Vid årets granskning visar det sig att det finns åtgärder som inte är genomförda sen förra årets granskning. Cheferna behöver därför ta ett större ansvar för att åtgärda enligt handlingsplanen.

2017 års granskning har bl.a. visat att en av enheterna har utformat egna lösningar för att lösa läkemedelshantering och inte följt riktlinjer, vilket leder till ökad risk för avvikelser. På enheten var omsättningen av sjuksköterskor stor och vid granskningen hade enheten endast vikarier. Chefen ansvarar för att upprätta standardiserade rutiner och följa riktlinjer.

Det förekommer fortfarande problem med att ordinationshandlingar inte följer med patient till kommun vid vårdens övergångar. Detta är ett arbete som kontinuerligt ses över och att lokala samverkansrutiner finns mellan vårdgivare.

#### **4.8 Hygienisk standard**

Övergripande riktlinjer (Vårdhygien Stockholm) för Basal hygien i vård och omsorg finns och gäller inom social- och omsorgskontoret. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i verksamhetens kvalitets- och säkerhetsarbete eftersom alla vårdgivare har skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Viktiga områden är tillgång till vårdhygienisk kompetens, utbildning och kompetensutveckling i vårdhygien, konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner, egenkontroller, processer och resultat för vårdhygien. Verksamhetsnära hygienfrågor ska verksamheten alltid arbeta med att lyfta fram i syftet att få igång dialog.

I förra årets redovisning framkom att antalet medarbetare med spetsutbildning (hygienombud) i hygienrutiner behöver öka. Verksamheten har inte redovisat att det skulle vara genomfört.

Som stöd för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete har Vårdhygien Stockholms län tagit fram instrument för egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner. Verksamheten ska se över om och hur materialet kan tillämpas iden egna verksamheten.

Verksamheten behöver bli bättre på att kartlägga och sammanställa vårdrelaterade infektioner.

Rekommendation från MAS är att verksamheten ska ingå i nationell punktprevalensmätning Svenska HALT. Det är en mätning på vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning, förekomst av riskfaktorer och vårdtyngd hos vårdtagare på särskilt boende. Verksamheten avser att ingå i punktprevalensmätning av infektioner med Svenska HALT<sup>2</sup> under hösten 2018. Redovisningen för vårdrelaterade infektioner 2017 var otydlig.

Kommunen har avtal med vårdhygien Stockholm som genomförde hygienronder under 2014. En ny granskning genomfördes 2017. Av de som är genomförda har det visat sig att det kvarstår åtgärder att genomföra som framkom redan vid tidigare granskning 2014.

En viktig åtgärd var bl.a. att enheten ska ha tillgång till andningsskydd FFP3 (effektiv och lätt och bekvämt andningsskydd, tillförlitlig mask mot fina partiklar). Detta har inte genomförts. Enheten ska säkerställa att det blir känt var dessa förvaras så den kan användas vid misstanke om luftburen smitta då framförallt lungtuberkulos.

Verksamheten har inte redovisat hur det systematiskt kvalitetsarbete för hygien går till. Verksamheten behöver bli bättre på att följa upp de handlingsplan som rapporteras av hygiensjuksköterska och dess åtgärder. Resultaten bör sammanställas samt analyseras och återkopplas till arbetsgruppen och användas i det systematiska förbättringsarbetet.

Föreläsning om vårdhygien för sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal har genomförts.

#### **4.9 Nutrition**

Inom nutrition har dietisten i samarbete med Kostenheten arrangerat en heldagsutbildning för samtliga kostombud. På kostombudsutbildningen den 30 maj 2017 deltog 54 kostombud samt föreläsare och representanter från ett flertal nutritions- och livsmedelsföretag.

Dietisten har hållit tre utbildningar för sjuksköterskor och en utbildning till rehabiliteringspersonal i geriatrisk basnutrition. Det planeras att 2018 genomföra föreläsning i geriatrisk basnutrition av dietist för sjuksköterskor på yrkesspecifika träffar.

Demensvårdsutvecklare i Stöd- och utvecklingsteamet har genomfört måltidsutbildning för personalen på särskilt boende för äldre vid tre tillfällen per bostadsgrupp på 8 av totalt 9 boenden under 2017. Det återstår ett boende, tid för det är planerat. Sedan har all ordinarie personal på vård- och omsorgsboende, inklusive några chefer och legitimerat personal, gått utbildningen.

Dietist har kallat till två referensgruppsmöten om måltider och nutrition. I referensgruppen ingår enhetschef (särskilt boende för äldre), biträdande kostchef (Kostenheten), kökschef (Kostenheten), demensvårdsutvecklare (Stöd- och utvecklingsteamet), dietist (Stöd- och utvecklingsteamet), samt sjuksköterskor och undersköterskor (särskilt boende för äldre). Vid

---

<sup>2</sup> HALT: Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities

behov konsulteras även andra yrkeskategorier. Rererensgruppen är ett samarbetsforum med huvudsakligt syfte att utveckla och kvalitetssäkra äldreomsorgens måltider, ta fram och uppdatera rutiner som syftar till att förebygga och behandla undernäring.

Dietist ledde ett måltidsprojekt under vecka 45, 2017, vars syfte var att utreda de praktiska förutsättningarna att värma och servera två rätter att välja mellan för brukare på särskilt boende för äldre.

Dietisten har tagit fram rutiner för enteral nutritionsbehandling. Dessa är utlagda i kvalitetsledningssystemet.

Ny riktlinje för nutrition har upprättats och ska antas av nämnden mars 2018.

Syftet med riktlinjen är att beskriva hur nutritionssvårigheter med åtföljande undernäring eller risk för undernäring ska identifieras, utredas, behandlas och följas upp, samt vilket ansvar olika yrkeskategorier har för de olika momenten i nutritionsomhändertagandet inom äldreomsorgen.

#### 4.9.1 Natfastemätning

I Socialstyrelsens skrift, *Näring för god vård och omsorg en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*, rekommenderas att natfastan inte överstiger 11 timmar. Natfastans längd är tiden mellan ena dagens sista måltid och påföljande dags första. En kort natfasta ger större chans för äldre och/eller sjuka i vård och omsorg att få ett fullgott energi- och näringsintag. Det kan i sin tur bidra till att förebygga undernäring, minska risken för fall och underlätta sårläggning.

Att mäta natfastan och att vidta åtgärder för att hålla den på en lämplig nivå är viktiga led i att upprätthålla goda måltidsrutiner och minska risken för undernäring på kommunens äldreboenden. Arbetet måste utgå från en helhetssyn och innefatta dygnets samtliga måltider; hur de serveras och vad de innehåller.

På social- och omsorgskontorets samtliga särskilda boenden och korttidsboende för äldre mättes natfastan 2017 under två dygn. Två enskilda bostadsgrupper på två olika boenden lämnade in otillräckligt ifyllda registreringar och har därför inte redovisats i resultaten.

Under de två dyggen gjordes totalt 782 mätningar. Av dessa var 745 korrekt registrerade och det är på dessa som resultatredovisningen baseras.

#### *Resultat*

Den genomsnittliga natfastan på de nio boendena för aktuella dagar var 12,9 timmar och medianvärdet 13,2 timmar. Resultatet på boendena var totalt mellan 11,6 och 14 timmar.

För 82 procent av brukarna var natfastan längre än 11 timmar. Av totala antal brukare hade 15 % natfasta 15 timmar eller längre.

Bland brukarna på de bostadsgrupper som har den längsta natfastan är det flera som äter sin frukost 10-tiden. Eftersom kvällsmålet serveras vid cirka klockan 19 blir natfastan oundvikligen 15 timmar eller mer om ingenting erbjuds under natten/tidiga morgonen.

### *Planerade åtgärder för att minska nattfastan*

På vård- och omsorgsboendena för äldre ligger idag det största planerade energiintaget för omsorgstagarna på lunch- och middagsmålen. En sådan måltidsordning genererar automatiskt en lång nattfasta.

Att erbjuda små, frekventa måltider som fördelas jämnt över dygnets vakna timmar är ett sätt att minska nattfastan och bör därför vara standard på särskilda boenden för äldre. Inför en eventuell implementering av en sådan måltidsordning behöver först de praktiska förutsättningarna att prövas och upplägget verklighets anpassas. Detta kommer att ske vecka 9 i form av ett pilotprojekt, förlagt till en demens- och en omvårdnadsavdelning på Mariekällgården.

Den måltidsordning som ska prövas under pilotprojektet skiljer sig från den nuvarande genom att fler måltider kommer att serveras. Utöver frukost, lunch, middag och kaffe och kaka/smörgås på eftermiddagen, ingår även ”förfrukost” och nattmål i måltidsordningen. Dessutom kommer en lättare middag att ersätta nuvarande stadiga middagsmåltid, och ett matigare kvällsmål erbjudas som alternativ till dagens enklare ”kvällsfika”.

#### **4.10 Demensvården**

För att ytterligare kvalitetsäkra vården av personer med demenssjukdom finns på verksamheten ”Stöd-och utvecklingsteam vid demenssjukdom”. Demensteamet är behjälplig i individuella ärenden vid vård-och omsorgsboende och hemtjänst. Det kan t.ex. gälla BPSD-problematik (beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) eller bemötandefrågor. I teamet ingår flera funktioner som metodutvecklare mot HSL, metodutvecklare mot Sol, dietist, två demensvårdsutvecklare och vårdhundsteam med 4 hundar som har uppgift till att locka fram och motivera till samspel, aktivitet och rehabilitering för att utveckla de färdigheter som behövs i vardagen. Vårdhundsteamet fyller en social funktion och skapar närvaro i nuet, en förmåga som många dementa har förlorat.

Demensutvecklaren ger handledning och utbildning på olika bostadsgrupper och även hemtjänsten i olika delar. Detta är obligatoriskt för all personal på boenden och de flesta har genomgått handledning och utbildning.

Arbetsättet är brukar/patientcentrerat. Demensutvecklaren tar hand om olika brukar/patient ärenden via en beställning från sjuksköterska då behov uppmärksammas. Ett hembesök görs därefter för observation och bedömning av behov för åtgärd. Om observationen visar att behov finns, bokas tid av demensutvecklaren för handledning och där så många som möjligt av personalen är med. Personalen kan bestå av undersköterskor, sjuksköterska, gruppchef, arbetsterapeut och sjukgymnast. Det händer ibland att även läkare är med, men inte så ofta.

Utbildning har utförts i flera steg och för olika grupper utifrån deras arbetsområden. I utbildningen ingick exempelvis personcentrerad vård och omsorg, fakta om demenssjukdomar, bemötande etc.

#### 4.11 Rehabilitering

Sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter arbetar kontinuerligt med att utbilda all omvårdnadspersonal inklusive vikarier i lyftteknik. De får ett "Lyftkörkort" som uppdateras vart fjärde år. Utbildning i förflyttningsteknik hålls i grupp på flera enheter under ledning av rehabiliteringspersonal.Handledning för personal i förflyttningsteknik sker dagligen.

Rehabiliteringspersonal har varit på hjälpmedelsvisningar för kunskapsinhämtning om hjälpmedel.

#### 4.12 Patientsäkerhetsarbete på dagverksamhet

Enheten för dagverksamheten redovisar patientsäkerhetsarbetet enligt följande;

Det finns fortfarande brister för hur för hur patienter får sina läkemedel till dagverksamheten från bostaden. Arbetet påbörjades under första delen av 2017 men avstannade då ansvarig chef slutade och den tjänsten har varit vakant sedan i augusti.

Mål som är uppsatt för 2018 är fortsatt arbete med avvikelser mot primärvården.

Dagverksamheten efterfrågar samverkansmöten med primärvården för att komma överens om samverkanrutiner för att eliminera brister som kan uppkomma vid vårdens övergångar.

Förslagsvis tar enhetschef för dagverksamhet ansvar för att ordna möten för detta ändamål.

Egenkontroller som genomförts är att ansvarig sjuksköterska gör återkommande kontroller på verksamheten. Personalen anmäler avvikelser till ansvarig sjuksköterska. Ansvarig sjuksköterska informerar löpande enhetschef om avvikelser som upptäckts.

Vid behov görs riskbedömningar gällande patienter med t.ex. fallrisk. Råd och stöd för fallprevention kan begäras av ansvarig arbetsterapeut samt fysioterapeut/sjukgymnast under vistelsen på dagverksamhet. 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. Verksamheten har de hjälpmedel som behövs och personalen är utbildade i lyftteknik och förflyttning.

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

Personal på dagverksamhet rapporterar avvikelser gällande läkemedelshantering till ansvarig sjuksköterska. Ansvarig sjuksköterska dokumenterar avvikelser och återkopplar till ansvarig resultatenhetschef. Ansvarig enhetschef utreder och rapporterar avvikelser till primärvård.

Under 2017 har 34 avvikelser på primärvården rapporterats av ansvarig sjuksköterska till berörda vårdcentraler. En avvikelse är gjord internt då personal missat att ge brukare sin medicin. Dagverksamheten bedömer att avvikelser som skickats till primärvården angående läkemedelshantering inte har åtgärdas.

Personalen bidrar till ökad patientsäkerhet genom att de är observanta gällande de rutiner som finns kring läkemedelshantering och kontaktar alltid sjuksköterska.

Verksamheten har inte redovisat några klagomål och synpunkter.

Brukarens kontaktperson har kontinuerlig kontakt med närstående. Välkomstsamtal sker alltid tillsammans med närstående innan en brukare startar på dagverksamheten där det bl.a. tas upp vilka rutiner som finns gällande läkemedelshantering på dagverksamheten.

Uppföljning av daglig verksamhet

Under våren 2017 genomförde medicinsk ansvarig sjuksköterska verksamhetstillsyn på social- och omsorgskontorets dagverksamheter.

Vid besöket intervjuades personal för det granskningsområde som MAS bedömt att granska. Vid något tillfälle deltog resultatenhetschef och metodutvecklare.

Syftet med uppföljning var att följa upp systematiska patientsäkerhetsarbetet på dagverksamhet för att få kunskap om vilka styrkor, svagheter och förbättringsområden som behövs utifrån riktlinjer och rutiner.

### **Granskningsområden**

- kontaktvägar när någon brukare blir akutsjuk
- läkemedelshantering
- delegering
- avvikelshantering
- hjälpmedel
- basal hygien

### **Resultat från granskningen**

Resultatet visade att personalen inte hade tillräckligt med information om vart de ska vända sig när en patient blir sjuk. Exempelvis när kontakt ska tas med legitimerade personal. En del personal vände sig direkt till primärvården. Dagverksamheten behöver se till att det finns rutiner kring detta och att de är kända hos personalen.

All personal kände till att de måste ha en aktuell delegering för övertagande av hälso-och sjukvårdsinsats. På några enheter hade inte all personal en aktuell delegering på grund av ny sjuksköterska. Enheterna ska se över rutinen för aktuella delegeringslistor och följa MAS riktlinjen, vid personalbyte och när delegering börjar gå ut.

Nyckelhanteringen till där läkemedel förvaras behöver ses över på en del dagverksamheter.

Personalen redogjorde att utbildningen för att ta emot delegering var god och de hade bra tillgång till utbildningsmaterial.

Alla enheter behöver förbättra och utveckla sina lokala rutiner för hur/när avvikelshantering ska ske.

Förekomsten av hjälpmedel finns och kan variera mellan enheterna. Besiktning och service utförs med regelbundenhet på enheten.

Personalen har kännedom om god basalhygien. Då behov av omsorg kan variera för varje besökare ska enheten tydliggöra för personalen hygienrutiner vid olika lägen.

Enheterna kan bli bättre på att även informera besökare om hygienrutiner, bra informationsmaterial finns på Folkhälsomyndigheten.