

# Patientsäkerhetsberättelse

## Division Social omsorg, 2016

## Innehållsförteckning

<b>Innehållsförteckning.....</b>	<b>2</b>
Sammanfattning .....	3
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	6
Uppföljning genom egenkontroll .....	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
Riskanalys .....	12
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Avvikelse.....	12
Klagomål och synpunkter .....	13
Sammanställning och analys.....	14
Fall.....	14
Läkemedelstillbud .....	14
Lex Maria .....	15
Lex Sara.....	15
Avvikelse i samverkan.....	15
Återkallelse av delegeringar .....	16
Samverkan med patienter och närstående.....	16
Resultat .....	17
Övergripande mål och strategier för kommande år .....	19

## Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som har vidtagits för att öka patientsäkerheten är dels det avslutade projektet "Vård i livets slutskede" men även det planerade projektet "En patientsäker verksamhet" som bygger på en genomlysning av hälso- och sjukvårdsorganisationen. Sedan tidigare har divisionen också registrerat i det olika nationella kvalitetsregistren som t.ex. Senior alert, palliativa registret och beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD. Genom Senior alert har det förebyggande arbetet gällande fall, trycksår och undernäring intensiverats och det palliativa registret och utbildning inom den palliativa vården har satt vården i livets slut i fokus.

Egenkontroller av hälso- och sjukvården har gjorts genom bl.a. en sammanställning av avvikelser, Lex Maria, Lex Sarah, läkemedel men även avvikelser med andra vårdgivare. Divisionen har också utförd kvalitetsuppföljning gällande hygien och antibiotikaanvändning genom att delta i punktprevalensmätningen av basala hygienrutiner och klädregler och HALT.

Genom analys av avvikelser och genomförda kvalitetsförbättringar utifrån analyser samt utifrån kvalitetsregistren palliativa registret och Senior alert har risker för vårdskador identifierats och hanterats.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser enligt divisionens rutiner och riktlinjer från medicinskt ansvarig sjuksköterska. Förutom antalet fallrapporter och läkemedelsavvikelser har 24 avvikelser skrivits i samverkan med andra vårdgivare.

Närståendes och patienternas synpunkter och klagomål har betydelse för patientsäkerhetsarbetet. Patienten involveras i patientsäkerhetsarbetet genom bl.a. dialog med personal på olika nivåer i verksamheten men också genom hembesök eller telefonkontakt innan patienten flyttar in i ett boende eller blir inskriven i hemtjänst. Skulle patienten också önska deltagande och samverkan med närstående är detta möjligt.

Det finns många goda resultat från 2016 samtidigt som också många nya behov och förbättringsområden har identifierats. Genom bl. a. utbildning i hälsofrämjande förhållningssätt har divisionen haft ett stort fokus på att den som får insatser beviljade ska få göra så mycket som den kan själv. Divisionen har också utvecklat och utbildad fler inom BPSD.

## Övergripande mål och strategier

Gemensam Nämnd för socialtjänst och vårds, NSV, Handlingsplan 2015 – 2016 för bättre vård och omsorg för äldre i Sörmland:

- God läkemedelsbehandling
- God vård vid demenssjukdom
- Preventivt arbetssätt
- Sammanhållen vård
- Rehabilitering
- Hemsjukvård
- God vård i livets slut

Vård- och omsorgsnämndens, VoN, mål och förväntningar på resultat för 2016:

- Fortsätta utvecklingen av funktionen som anhörigstrateg/anhörigcentrum.
- Fortsätta utveckla användningen av teknisk utrustning som ett komplement till personal.
- Samtliga brukare på särskilt boende ska under 2016 riskbedömas enligt MNA.
- Presentera hur särskilt boende arbetar med brukarråden.
- Fortsätta utveckla den sociala aktiveringen i särskilt boende.
- Utredda behov och förutsättningar för att på hemmaplan ge individanpassade insatser till personer med samsjuklighet.

Division Social omsorgs, DSO, övergripande mål och strategier för 2016:

- En genomlysning av verksamheterna med utgångspunkt i IVO rapport.
- Resursförstärkning med en samordnartjänst inom Hälso- och sjukvård.
- Resursförstärkning med en koststrateg (stimulansmedel).
- Fortsatt arbete med riskbedömningar av fall, undernäring och trycksår och att integrera munhälsa.
- Öka antalet läkemedelsgenomgångar enligt aktivitetsplan för läkemedel.

- Öka antal kvalitetsregistreringar i Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD.
- Minska antalet avvikelser i samband med läkemedelsadministrering och fall med 10 % från antalet avvikelser 2015.
- I Palliativa registret öka parametrarna: validerad smärtskattning, brytpunktsamtal, medel mot ångest och munhälsa med 5 %.
- Öka antalet upprättade samordnad individuella planer, SIP, under 2016 i jämförelse med 2015.
- Samtliga patienter i särskilt boende ska ha en omvårdnadsplan HSL dokumenterad i procapita med diagnos/problem, mål, åtgärd och uppföljning.
- Trygg och effektiv utskrivning.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

Patientnämndens uppdrag är att hjälpa vårdtagare, patienter och anhöriga att lösa problem som kan uppstå i kontakt med den vård, behandling och/eller omsorg man får. Alla inkomna synpunkter och klagomål utreds av nämndens kansli. Genom att bevara inkomna synpunkter, klagomål, idéer och förslag bidrar patientnämnden till ökad patientsäkerhet och kvalitetsutveckling och

Vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. VoN utser verksamhetschef enligt HSL för hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det åligger sedan verksamhetschef enligt HSL att se till att hälso- och sjukvårdsverksamheten organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främjar kostnadseffektivitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har det övergripande ansvaret för en säker vård av god kvalitet.

Enhetschefen ska tillsammans med omvårdnadspersonalen samverka, analysera och åtgärda avvikelser, följa riktlinjer från MAS och rutiner som är utarbetade inom hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Omvårdnadspersonal ska inom ramen för sitt ansvar medverka i risk- och avvikelshantering och i uppföljning av mål och resultat.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

Resultaten från lokala, regionala och nationella mätningar ska återkopplas på olika nivåer inom divisionen genom att patientsäkerhetsarbetet systematiskt följs upp och analyseras. Förbättringsarbeten initieras på olika nivåer och bedrivs ständigt i divisionens verksamheter.

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

- Läkemedelsgenombgång ska utföras minst en gång per år och per boende på särskilt boende. Detta gäller även patienter inskrivna i hemsjukvården.
- Följa upp trycksår, fall, undernäring, ohälsa i munnen samt inkontinens via Senior Alert och punktprevalensmätningar. Riskbedömningar ska göras minst en gång per år på de brukare som är registrerade i Senior Alert. Målsättningen är att samtliga över 65 år på särskilt boende ska registreras samt de som är inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende.
- Vård i livets slut följs upp via Palliativa registret. Samtliga avlidna ska registreras och ska ha tillfredsställt de olika parametrarna.
- Följa upp beteendemässiga och psykiska symtom vid demens via BPSD-registret på kommunens demensenheter men även inom demensteamet.
- Följa upp infektionsregistreringar och antibiotikaanvändning via medverkan i Folkhälsomyndighetens nationella mätning, Svenska HALT.
- Resultaten i brukarundersökning och öppna jämförelser granskas, analyseras och ska ligga till grund för utvecklingsarbeten.
- Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning och i samtal med patient, anhöriga, chef och berörd personal. Fall och läkemedelstillbud rapporteras för sig. Avvikelse rapportering sker enligt divisionens rutiner.
- Efterlevnad av basala hygienrutiner följs upp via årliga nationella punktprevalensmätningen av basala hygienrutiner och klädregler. Detta görs av hygienombud på de olika boenden som sedan registrerar i det nationella systemet.
- Läkemedelshanteringen och kommunens läkemedelsförråd kontrolleras enligt riktlinjer.
- Granskning av patientjournaler för uppföljning och bl.a. godkänd kvalitet i omvårdnadsplaner genomförs enligt divisionens rutiner.

- Varje patient som bedöms ha behov av samordning ska ha en SIP. Detta kan initieras av alla som ser behovet. Skulle initieringen tas från lanstinget och kommunen kallas är vi skyldiga att delta.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

Egenkontroll är en systematisk utvärdering och uppföljning av divisionen samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Omfattningen av analyserna och frekvensen har skiftat på de olika områdena. Resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten såsom medarbetare, chefer, ledning och nämnd.

För ökad patientsäkerhet har följande källor följts upp och analyserats:

- Senior alert
- Palliativa registret
- BPSD-registret
- Svenska HALT
- Punkt prevalens mätning, PPM, basala hygienrutiner och klädregler
- Avvikelse rapportering
- Klagomål och synpunkter
- Granskning av läkemedelshantering och kontroll av förråd
- Granskning av dokumentation (genomförandeplaner)

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

Under 2016 gick cirka 500 medarbetare från hemtjänsten, hemsjukvården, äldreheten och verksamhetsområdet omsorg om personer med funktionsnedsättning på seminarier i hälsofrämjande förhållningssätt. Målet var att den som får insatser beviljade ska få göra så mycket som den kan själv, med stöd av personalen, för att behålla sin funktion och sina förmågor. Utbildningen ledde till att medarbetare i hemtjänstens roll som kontaktperson blev tydligare men även till ett förbättringsarbete gällande de individuella genomförandeplanerna. I samband med utbildning i

hälsofrämjande förhållningssättet startades också ett hälsofrämjande team med en sjuksköterska, en sjukgymnast och en arbetsterapeut. Teamet ska fungera som ett hemtagningsteam för nyinsjuknade patienter som tidigare inte har haft beviljade kommunala insatser. När patienten är redo för hemgång möter teamet upp i hemmet och är med under en tidsperiod för att stötta upp hemtjänsten med förflyttningar och andra vardagsbehov. Sjuksköterskan finns som stöd till omvårdnadsansvariga sjuksköterskan. Teamet är hittills ett projekt som finansierats genom stimulansmedel.

Divisionen har utökats med en koststrateg som är utbildad dietist. Koststrategen ansvarar för nutritionsutbildning och stöd och råd till olika personalgrupper i nutritions- och måltidsfrågor. Denna tjänst finansieras genom stimulansmedel. En tjänst som samordnare för kvaliteten inom hälso- och sjukvården har även inrättats. Samordnare deltar bl.a. i olika samverkansgrupper tillsammans med de privata utförarna och landstinget.

Division Social omsorg har under 2016 genomfört ett projekt, vård i livets slut. Syftet är att förbättra och kvalitetssäkra vård och omsorg så att de patienter som är i livets slut skall få en så bra och säker vård som möjligt. Den palliativa vården och omsorgen bygger på Socialstyrelsens definition och de fyra hörnstenarna; symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation, relation samt stöd till närstående. Målet med projektet var att ge all personal inom särskilda boenden kunskap och redskap till att ge en god palliativ vård. Projektet är avslutad och divisionen planerar nu för ett eventuell steg två som ska vara inriktad mot hemtjänstens personal.

Externa konsulter har under året genomfört en genomlysning av hälso- och sjukvårdsorganisationen. Syftet med genomlysningen var att belysa de olika delarna som finns inom verksamheten för hälso- och sjukvården. Genomlysningen har omfattat roller, ansvar, processer, arbetssätt, bemanning i förhållande till antal patienter, samverkan mellan olika berörda verksamheter samt om man arbetar på ett ändamålsenligt och patientsäkert sätt. Resultatet från genomlysningen har lett till att ett omfattande projekt har påbörjats för att åtgärda de delarna där brister påvisades.

En satsning på att utbilda fler nyckelpersoner i SIP har påbörjats. Dessa personer ska fungera som stöd för övrig personal. Utbildningen utförs av FoU Sörmland och är en heldagsutbildning. Utöver att nyckelpersoner utbildats har enhetschefer genomgått en halvdagsutbildning som ska ge chefen redskap och kunskap att skapa goda förutsättningar för SIP- arbetet i verksamheterna.



Arbete pågår för att utveckla kvalitetsledningssystemet och att tydliggöra verksamheternas viktigaste processer. Syftet är att klargöra de olika delarna i viktiga processer för att senare även kunna tydliggöra olika delprocesser. Processkartläggningarna tydliggör hur olika processer ska genomföras och vem som är ansvarig för de olika delarna. Det ska också underlätta arbetet med att utveckla rutiner, styrdokument och/eller hjälpmedel knutna till processen. Exempel på sådana processer är kortvårdsprocessen som beskriver de olika delarna från och med att patient blir beviljad korttidsplats till att patienten flyttar ut.

Under året har bemanningscentralen avvecklats och ersatts av administrativa samordnare inom respektive verksamhetsområde. Det har lett till en förbättrad hantering av vakanser.

Ett förbättringsarbete gällande ny indelning av hemtjänstområden har genomförts. Syftet med den nya indelningen ska ge en bättre och effektivare planering och bättre kontinuiteten för kunderna. Detta genom att bl.a. skapa ett bättre arbetsförhållande för medarbetarna genom att minska färdtiderna mellan olika kunder.

Hygienriktlinjer finns och ska följas upp av respektive enhetschef. Varje enhet har ett hygienombud som träffar hygiensjuksköterskan regelbundet. Det ska också göras självskattning på hygien en gång per år. I hemsjukvården har tidigare hygienronder lett till en uppdatering av både miljö, arbetskläder, rutiner och kontroller efter gällande riktlinjer. Under 2016 har hygienronder utförts av hygiensjuksköterskan på en del boenden. Divisionen har också deltagit i den nationella mätningen av punktprevalens mätningen av basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen ska fungera som ett stöd för divisionen i arbetet med att uppnå hög följsamhet. En minskning av vårdrelaterade infektioner är ett resultat av en ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Punktprevalensmätningen för DSO under 2016 visade ett resultat på att ca 98 % av personalen använde handskar vid kontakt med kroppsvätskor och att 98 % hade kort eller uppsatt hår. Medan förbättringsområdena är korrekt desinfektion av händerna före ett arbete (64 %) samt användning av engångsförkläde/patientbunden skyddsrock (91 %). I samband med detta har fler enheter anslutit till "tvättbytarprogrammet" som innebär arbetskläderna tvättas av ett företag och inte längre hemma hos medarbetarna eller på enheten. Samtidigt har ett flertal enheter på äldreboenden också infört att det ska vara en specifik personal som jobbar i köket under hela passet för att på så sätt minska riskerna för spridning av smittor.

För första gången deltog ett av DSO äldreboende i en nationell mätning om förekomst av vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer och användning av antibiotika. Mätningen är en nationell mätning som Folkhälsomyndigheten arrangerar varje år och kallas HALT. Syftet med mätningen var att stödja det lokala arbetet med att förebygga infektioner som kan uppstå på ett äldre- och demensboende och att optimera användningen av antibiotika. Då antalet inkluderade boenden var så pass begränsad blev resultatet också missvisande. I samband med mätningen var det ett antal boenden som var förkylda den aktuella dagen, vilket får resultatet att framstå som flera luftvägsinfektioner. I jämförelse med hela landet såg procentandelen väldigt hög ut. Men ansvarig sjuksköterska som gjorde mätningen upptäckte relativt tidigt att var väldigt få boende som hade sår, och de sår som fanns var väldigt noggrant dokumenterade och de flesta hade inte några infektionstecken. De gånger det fanns infektionstecken och behandling hade satts in hade infektionen varit bekräftad av läkare utefter både symtom och odlingssvar.

En del interna mindre omorganisationer har gjorts genom att bland annat flytta hemsjukvårdens rehabiliteringspersonal till KommunRehab som också under 2016 bytte namn till Rehabiliteringen. Syftet med omorganisationen var att samla sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna under en och samma chef som dessutom har bakgrund som sjukgymnast. Således leder det till att underlätta ett ökat samarbete mellan grupperna som jobbar gentemot olika områden. Det kommer också leda till att man lättare kan hantera professionsspecifika frågor.

Äldreomsorgens verksamhet har också påbörjat en mindre omorganisation med ett förändringsarbete som under kommande år kommer fortsätta. Förändringsarbetet har hittills lett till att de flesta avdelningarna på särskilda boenden fått ett nytt schema med högre bemanning som baseras på nivåbedömningar och hemtjänsten har fått nya områdesindelningar som kommer börja gälla början på kommande år.

Syftet med den nya områdesindelningen är bland annat att skapa bättre arbetsförhållanden för medarbetarna genom att minska färdtiderna mellan olika kunder. Det ska i sin tur ge en effektivare och bättre planering men också bättre kontinuitet för kunderna. Den nya indelningen kommer leda till att flera medarbetare i hemtjänsten får en annan chef men eftersom den är gjord efter befintliga resurser kommer ingen ny enhetschef att anställas.

Oral Care AB är ett mobilt tandvårdsföretag som samarbetar med vårdpersonal och sjuksköterskor inom äldreomsorgen för att patienterna ska ha god munhygien. Under 2016 år fick personalen på Rönnlidens äldre- och demensboende pris för att ha följt munvårdsråden de har fått av Oral Care. Priset kallas för Guldtanden och delas ut till

ett äldreboende per region där Oral Care är verksamma. Motivering för priset var att personalen bl.a. har lyckats med god munhälsa hos de boende och har på ett utmärkande sätt samarbetat med tandvården för patientens bästa.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Inom ramen för närvård Sörmland finns ett väl fungerande förebyggande arbete som förutsätter ett bra samarbete mellan olika aktörer inom omsorgen och vården. Samverkan sker med patienten i fokus för att säkra verksamhetens kvalitet enligt gällande avtal med andra vårdgivare. Samverkan sker såväl internt som externt.

Sörmlands Kommuner i Landstingssamverkan, SKILS, är ett arbetssätt framtaget tillsammans med alla kommuner och landstinget i Sörmland. Genom att ansvarig läkare på vårdcentralen ringer upp ansvarig sjuksköterska inom 20 minuter har antalet patienter som blivit inskickandet till sjukhuset minskat.

En länsgemens överenskommelse tillsammans med länets alla kommuner och landsting har tagits fram som kallas för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. Syftet med överenskommelsen är att skapa en god vård på rätt vårdnivå, där ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Överenskommelsen har också bidragit till att en arbetsgrupp skapats som har utvecklat nya riktlinjer kopplade till det nya arbetssättet. Arbetsgruppen har under arbetets gång arrangerat informationsmöten för olika yrkesrollerna i länet för att få input. Riktlinjerna börjar gälla under 2018 men kommer att provas och revideras under 2017.

Varje år uppdateras och förnyas avtalen mellan de olika vårdcentralerna och kommunen. I avtalen anges hur samarbetet ska ske, vilken läkare som är ansvarig, hur ofta och när läkaren ska finnas tillgänglig på olika boenden och för hemsjukvården. Dessa avtal undertecknats av representant från kommunen och av verksamhetschef för respektive vårdcentral. Avtalet är giltiga ett år. Under 2016 gjorde man förändringen med att verksamhetsansvariga för hemsjukvården, samordnare för kvalitet för HSO och verksamhetsansvarig för sjuksköterskor på särskilda boenden suttit med vid revideringarna. Det resulterade i tydligare avtal.

Andra samverkansgrupper som finns är:

- Arbetsgrupper inom områdena äldre, psykiatri och funktionsnedsättning inom ramen för närvårdsarbetet.
- Samarbete med Landstinget angående NPÖ.
- Samarbete med landstingets smittskydd/hygien. Utbildning för vårdpersonal och enhetschefer i hygien.
- Samarbete med Landstingets läkemedelskommitté i frågor såsom ”äldre och läkemedel”, läkemedelsgenomgångar m.m.
- Samarbetsmöten primärvård- kommunen.
- För trygg och säker vård genom hela vårdprocessen har kommunerna och landstinget i Sörmland gemensamt antagit riktlinjer informationsöverföring och samordnad planering.
- Hälsoval.
- Länsövergripande MAS- nätverk.
- Länsövergripande arbetsgrupper inom olika områden t.ex. diabetes, nutrition, suicid.

## **Risکانالys**

Legitimerad personal genomför riskbedömningar och dokumenterar dessa i procapita enligt gällande krav. Riskbedömningar ska göras i Senior alert för att identifiera risk för undernäring, fall eller trycksår. Dessa utförs av ett team runt patienten som består av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, omvårdnadspersonal och enhetschef. Rutiner finns för att identifiera risk för trycksår, Senior alert, utvecklat för särskilt boende, hemtjänst och för korttidsboende. Riskbedömningar ska göras på samtliga patienter. Riskbedömningen registreras i omvårdnadsjournalen i procapita.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

### **Avvikelser**

Medarbetarna uppmanas att skriva avvikelser för att vi ska kunna förbättra vårt arbete, vilket vi ser en ökning på från året innan på totalt antal skrivna avvikelser. Dessa kan

lämnas direkt till en enhet eller genom kommunens gemensamma system för klagomål och synpunkter. Om ärendet berör patientsäkerhet så tar ansvarig chef kontakt med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska. Detta avgör också vem/vilka som ansvarar för utredning samt svar till anmälaren. Lathund avvikelse finns som hjälp för avvikelshantering.

Alla medicinska avvikelser ska dokumenteras i avvikelsemodul i procapita. Legitimerad personal och enhetschefer har fått utbildning i modulen. De nyanställda får det i sin introduktion. All omvårdnadspersonal ska även utföra en webbutbildning i läkemedelshantering. Utbildningen är obligatorisk för att kunna ta emot en läkemedelsdelegering. Den ska utföras minst en gång om året vid delegeringsförnyelse, samt även i samband med byte av sjuksköterska och/eller arbetsplatsbyte.

Alla anställda inom Division Social omsorg ska veta hur hanteringen av avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet ska ske. Medicinska avvikelser ska informeras och åtgärdas på arbetsplatsträffar och hälsokonferenser på respektive enhet. Eventuell avvikelse vid informationsöverföring och vid samordnad individuell vårdplanering ska det skickas in en kopia till MAS som bevakar att svar kommer från annan vårdgivare.

## **Klagomål och synpunkter**

Rapporteringsskyldighet gäller enligt Lex Sarah samt anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Utredning och anmälning enligt Lex Maria görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska. All personal inom Division Social omsorg är enligt Lex Sarah skyldig att rapportera missförhållanden som kan leda till eller har lett till skada för brukare. Lex Sarah rapporteras och utreds av kvalitetsutvecklarna. Riktlinjer, rutiner och blanketter för Lex Maria och Lex Sarah finns under styrdokument för divisionen.

Efter att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utrett och anmält en Lex Maria får divisionens ledningslag ta del av det för att bidra med synpunkter. När IVO sedan utrett och begärt in handlingar för att situationen inte ska upprepas igen, är det samordnaren som kallar enhetschef för enheten Lex Marian berör, den ansvariga sjuksköterskan samt sjuksköterskans enhetschef. Tillsammans kommer de fram till åtgärder som vidtas för att undvika att det sker igen.

## Sammanställning och analys

Inkomna avvikelserapporter	2016	2015
Fall	1800	1773
Läkemedelstillbud	1137	1136
Lex Maria	5	2
Lex Sarah	34	38
Avvikelse i samverkan	43	47
<b>Totalt</b>	<b>3101</b>	<b>2996</b>

Medicinskt ansvarig sjuksköterskan har under året informerat hälso- och sjukvårdens ledningslag om antalet avvikelser. Återkoppling av avvikelser sker av enhetschef på respektive enhet i samband med arbetsplatsträffar. Åtgärder vid upprepade och allvarliga avvikelser görs av sjuksköterska i samråd med medicinsk ansvarig sjuksköterska.

### Fall

Av de rapporterade fallen hamnade vi även i år på 73 % där ingen skada hade framkallats, 28 % hade fått annan typ av skada, som t.ex. sår och det innebär en liten ökning på 2 % från året innan. Kategorin för fått någon typ av fraktur låg på 2 % och det talet är detsamma för året innan.

### Läkemedelstillbud

När det gäller läkemedelsavvikelse var det utebliven medicin som var vanligaste orsakerna, vilket det även var under 2015. Men den siffran har minskat från 73 % till 68 %. Även de vanligaste orsakerna visade sig vara det samma som året innan, mänskliga faktorn och bristande rutiner. I 97 % av avvikelserna rapporterades att inga kända konsekvenser för brukaren/patienten uppmärksammades vilket är nästan oförändrat i jämförelse med året innan som var 96 %.

### **Lex Maria**

Medicinsk ansvarig sjuksköterska har under 2016 gjort sex anmälningar enligt Lex Maria och svarat på fem avvikelser från Patientnämnden. Under 2015 gjordes två anmälningar enligt Lex Maria. Ökningen kan tro på den svåra bemanningssituationen som har varit under året men det kan också bero på medvetenheten och viljan om förbättringar hos medarbetarna.

### **Lex Sara**

Lex Sarah rapporterna har minskat en aning till 34 stycken varav endast sju rapporterades till IVO. Under 2015 var antalet Lex Sarah 38 stycken varav fem stycken rapporterade till IVO.

### **Avvikelser i samverkan**

Varje år sammanställer MAS en rapport till Vård och omsorgsnämnden angående de avvikelser som framkommit mellan kommun och landsting. Årets avvikelser till och från landstinget blev totalt 24 stycken varav 21 stycken från kommunen till landstinget och tre stycken kom från landstinget till kommunen. Vidtagna uppföljningar och åtgärder av avvikelserna har varierat i utförande och omfång. Jämför vi siffran med året innan som var 47 stycken så har antalet minskat betydligt.

Flertalet av avvikelserna berodde på utebliven vårdplanering och rapport inför hemgång vilket många gånger kan äventyra patientsäkerheten. Men avvikelserna handlade också om att kommunikationssystemet Prator inte uppdaterats på information så att det såg ut som att patienter befann sig på lasarettet fast att de var hemma. Andra avvikelser handlade om att läkemedelslista inte skickats med patient vid utskrivning eller att sjuksköterska inte meddelats om läkemedelsförändringar som skett under vårdtiden på lasarettet.

Det finns stora risker till att avvikelsehanteringen inte leder till förbättringsarbete eftersom följsamheten till avvikelsehantering när det gäller informationsöverföring och samordnad vårdplanering är låg. Att besvara samtliga inkomna avvikelser inom en bestämd tidsram borde vara ett gemensamt mål mellan landsting och kommun.

Synnerligen med tanke på kommande utvecklingar i och med att den länsgemensamma överenskommelsen om "Trygg och effektiv hemgång" godtas. Överenskommelser kommer att ställa högre krav på bedömningen när en patient är utskrivningsklar. Kommunen ska då kunna ta emot patienten inom tre dagar jämfört med nuvarande fem arbetsdagar. Frågan om att arbeta i ett gemensamt

avvikelsesystem är lyft i ett möte med Arbetsgrupp Södra Äldre, ASÄ tillsammans med närvårdskoordinatorerna.

### **Återkallelse av delegeringar**

Under 2016 har det återkallats 19 delegeringar för omvårdnadspersonal både i hemtjänsten och på särskilt boende. Antalet återkallade delegeringar har inte minskat särskild i jämförelse med 2015 då antalet var 21 stycken. Men att antalet ändå är mindre kan bero på att sjuksköterskorna är mera uppmärksamma på läkemedelsavvikelser och därav också återkallar delegeringen vid behov. Det kan också bero på delegeringsutbildningen som ställer högre krav på den som tar emot delegeringen.

### **Samverkan med patienter och närstående**

Alla patienter och närstående får information och ges möjlighet att delta i planeringen av vården genom ankomstsamtal, genomförandeplaner och vårdplaner. Det finns i nuläget ingen planmässig uppföljning som visar på i vilken omfattning som detta sker i verksamheten. Efterlevandesamtal erbjuds till närstående i samband med dödsfall. Anhörigstöd erbjuds vid behov. Varje patient har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som ansvarar för vården i samverkan via direktkontakt, möten och telefonsamtal med patient och anhöriga när så önskas och/ eller när behov finns. Alla patienter har en kontaktpersonal.

Under 2016 har enhetschefen för hemtjänst och särskilda boende tagit kontakt med nya kunder per telefon innan start av insatser eller inflyt. Detta för att skapa en trygghet för kunden men också för att ge möjlighet att ställa frågor. På en del boenden har man också infört att enhetschef för boendet och en medarbetare besöker den äldre, tillsammans med anhöriga och närstående, i den äldres hem innan flytten sker. Syftet är att genom att träffa och möta den äldre i sitt hem kan verksamheten anpassa sig till den äldre istället för att den äldre hinner flytta in och anpassa sig efter verksamheten. Det leder till att en genomförandeplan kan skrivas tidigare för att uppfylla den äldres behov och önskemål. Anhöriga och närstående har varit mycket positiva till initiativet.



## Resultat

När omvårdnaden är individanpassad minskar förekomsten av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, och livskvaliteten ökar. Registrering i BPSD ger kvalitets säkra handlingsplaner för omvårdnad och omsorg om personer med demensdiagnos. Utbildning i BPSD ges till ett omvårdnadsteam bestående av enhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. I Nyköping har totalt 30 enheter anslutits till kvalitetsregistret samt 118 administratörer utbildats till och med december 2016. Detta innebär att vi har ökat antalet anslutna enheter med 25 % sedan förra årets 24 stycken. Vi har också ökat antal utbildade med 31 % i jämförelse med förra årets 90 stycken. Antal nya registreringar i BPSD under året blev 117 stycken i jämförelse med 91 stycken under 2015 som också är en ökning på 29 %. Fler skattningar kan vara utförda men inte registrerade i kvalitetsregistret. Det sker när samtycke inte har kunnat inhämtas. Formulär för redovisning av skattningar utförda på papper har skickats ut till alla anslutna enheter. Formuläret ska sändas till demenssjuksköterskan efter årets slut. Fortsatt utbildning i BPSD är inplanerade för 2017 som ska leda till fler antal registreringar.

Läkemedelsgenomgång används för att öka patientsäkerhet och kvalitet vid långvarig läkemedelsbehandling. Läkemedelsgenomgångarna har medfört att olämpliga läkemedelskombinationer och användandet av antiinflammatoriska läkemedel har minskat för patienterna på särskilt boende och i hemsjukvården. Andel som fick läkemedelsgenomgångar under 2015 var 30 % och under 2016 låg den på 266 varav 121 fördjupade. Siffrorna är svåra att ta fram då det en viss del beror på att kommunens dokumentation gick över till ICF kodning under våren 2015 och att alla inte blivit rätt registrerade. Men det kan också bero på att man skiljer på enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar och då vissa läkare kodar alla genomgångar medan andra läkare kodar endast fördjupade, som blir statistik.

Upprättandet av SIP är högt prioriterad och hemsjukvården ökade därmed sina till ca 60 % under 2015. Under halvåret 2016 fanns det en totalsumma på 160 genomförda SIP av då inskrivna 290 patienter. Vid årets slut finns en total summa på 247 stycken som dock kanske inte är helt giltig. Antalet beror mycket på antal inskrivna i hemsjukvården samt deras sjukdomstillstånd. En SIP kan inte göras på alla patienter då det främst kräver ett samtycke samt att det måste finnas ett behov av samordning. I hemsjukvården regleras vem som ansvarar för vad i en SIP och alla inom DSO är skyldiga att delta i en SIP om de blir kallade av andra vårdaktörer. Det har hittills inte kommit till kännedom att någon inte ställt upp på att delta.

<b>Resultat från kvalitetsindikatorerna i Palliativ registret</b>		<b>2015</b>	<b>2016</b>
Kvalitetsindikator	Målvärde nationellt %	DSO värde %	DSO värde %
Eftersamtal erbjudet	100	74,7	63,2
Läkarinformation till patienten	100	58,9	41,7
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	29,5	0,6
Munhälsa bedömd	100	58,9	61,7
Avliden utan trycksår	90	91	82,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	80,8	80
Utförd validerad smärtskattning	100	28,8	33,3
Lindrad från smärta	100	81,5	85
Lindrad från illamående	100	83,6	85,6
Lindrad från ångest	100	75,3	77,8
Lindrad från rosslig andning	100	76	81,7
Läkarinformation till närstående	100	70,5	76,7
<b>Antal vårdtillfällen i urvalet</b>		<b>146</b>	<b>198</b>

Alla boende på särskilt boende ska erbjudas att någon är närvarande vid vård i livets slut. Dock minskade den siffran rejält från 29,5 % under 2015 till 0,6% under 2016. Orsaken till det kan bero på att de boenden, som var ca 85 % av alla registrerade, idag är mycket sjukare när de flyttar in på särskilda boenden och en del kommer direkt från sjukhuset då frågan kan ha ställts redan där. Det kan också till en viss del bero på att totalt antal registrerade är 36 % fler än året innan. Vi minskade också vårt resultat inom läkarinformation till patienten/brytpunktssamtal från 58,9 % till 41,7 %. Men vi har också en del områden som vi har förbättrat oss inom som är utförd validerad smärtskattning, lindrad från smärta, lindrad från illamående, lindrad från ångest och lindrad från rosslig andning. Totalt antal registreringar i palliativa registret för 2015

blev 146 och ökade till 198 under 2016. Detta tros bero på ökad medvetenhet hos sjuksköterskan att registrera men kan också vara tillfällighet att det var fler som avled.

Undernäring bland äldre är vanlig. Rutiner finns för att tydliggöra tillvägagångssättet för att identifiera, utreda, behandla och följa upp nutritionsproblem relaterade till undernäring inom äldreomsorgen. Riskbedömningar i Senior Alert och nutritionsutredningar som syftar till att identifiera eventuella nutritionsproblem samt bakomliggande orsaker till att brukaren är eller riskerar att bli undernärd görs. Alla problem med nutritionen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Sedan ska kosten som serveras på särskilda boenden vara anpassad efter de näringsbehov som de boendena har. Sjuksköterska ansvarar för att BMI-värdet mäts vid inflyttning och följs upp regelbundet.

Utfallet visar fortfarande på en låg antal Senior Alert, 202 stycken för året 2016 och 245 för året innan vilket innebär en minskning på ca 18 %. Av dessa är det 189 stycken för SÄBO samt 13 stycken för hemsjukvården, vilket är ett av förbättringsområden för 2017. Orsak till de låga antalen kan vara att sjuksköterskan inte fått samtycke från patienten men också att de är utförda men inte registrerade i systemet.

Under 2013 och 2014 genomfördes en måltidsordning på två äldreboenden med gott resultat. Rapporten efter ny måltidsordning uppvisade positivt resultat såsom bland annat att nattfastan har minskat och mindre användning av sömntabletter. Under 2016 gjordes en ny nattfaste mätning som visade på att resultatet inte förbättrats anmärkningsvärt för Nyköpings kommun än vid senaste mätningen. Medianvärdet på antal nattfaste timmar har gått från 13,25 till 13,00 under 2016. Utrymme finns för förbättringsarbete. Arbete med att koststrategen ska bidra med kunskap om nutrition samt utbilda omsorgspersonal och enhetschefer inom nutrition har påbörjats.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

Även under kommande år ska målsättningen vara att Nyköping upplevs som en trygg och kommun och sträva efter en god folkhälsa. Personer som har hemtjänst eller bor på särskilda boenden ska vara sammanfattningsvis nöjda eller mycket nöjda med sin hemtjänst eller sitt boende. Detta gäller även funktionsnedsatta som bor i grupp- och servicebostad eller har personlig assistans. Enhetschef för hemtjänst och särskilda boenden kommer därför fortsätta att ta kontakt med nya kunder per telefon innan start

av insatser inom hemtjänst eller inflyt till boende. Divisionens ska också försöka införa hembesök hos den äldre innan inflyttning till ett boende allt mera.

Divisionens kvalitet ska fortlöpande och systematiskt fortsätta att säkras och utvecklas. Under 2017 ska arbetet fortsätta med att bygga upp och utveckla kvalitetsledningssystemet, KLS, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med KLS ska vara att möjliggöra ordning och tydlighet i divisionen så att kvaliteten höjs och att minimera händelser som kan leda till missförhållanden, vårdskador eller andra avvikelser. Divisionen ska också fortsätta arbetet med att ersätta Mobipen med Life Care mobil.

Skapa förutsättningar för och påbörja arbetet med att förbättra kvaliteten kopplad till kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Palliativregistret ska löpa på under 2017. Trots att användandet av BPSD- registret har ökat jämfört med föregående år behövs ytterligare uppföljningar och återkopplingar göras. Teamsaverkan och arbetsprocessen runt de demenssjuka behöver förstärkas ytterligare och arbetssättet behöver implementeras mera. Samtidigt behöver divisionen öka fokuset på åtgärder och uppföljningar i Senior Alert.

God vård i livets slutskede är viktig och prioriterat. Divisionen anser att det är viktigt att varje individ får önska sin dödsplats och att validerad smärtskattning är genomförd för att på så sätt minimera risken för att patienten har smärta. Önskan om dödsplats hade minskar rejält i årets mätning. Målsättningen är att alla ska få önska dödsplats. Åtgärderna för att öka antalet utförda validerade smärtskattningar visar på positiva resultat, men mer arbete återstår då endast 85 % är lindrade från smärta.

Personer som bor på ett äldreboende, eller i ordinärt boende, ställer idag högre krav på den personliga integriteten och rörligheten. Därför valde divisionen att ett visst antal personer som bor på boende eller har hemtjänst få testa en trygghetskamera istället för tillsynsbesök av omsorgspersonal under natten. Det blev åtta personer med hemtjänst och två stycken som bor på äldreboende. Syftet med projektet var att ge en ökad trygghet, särskilt till personer med fallrisk då personen inte blir väckt i onödan i samband med tillsynsbesöket. Projektet ska leda till att man under 2017 kan erbjuda tillsyn via trygghetskamera som ett val för nyinflyttade personer på de olika boendena eller nyinskrivna till hemtjänst.

All legitimerad personal som utfärdar tandvårdsintyg, ska gå webbutbildningen T99web som är framtaget av folktandvården. Utbildningen är kostnadsfri och

möjliggör att logga in i systemet T99 med sitt SITHS kort. Alla enheter ska ha minst en person som utfärdar tandvårdsintyg.

Stroke är en allvarlig sjukdom och som kan leda till en rad olika fysiska, kognitiva men också sociala funktionsnedsättningar. Samverkan internt mellan olika yrkeskategorier är en viktig förutsättning för en god vård men även det externa samarbetet är viktigt. Under kommande år kommer hela personalgruppen inom personlig assistans och kortvården att utbildas i strokekompetens. Utbildning är framtagen av strokeföreningen och är i samarbete med landstinget som är behjälpliga med föreläsare som t.ex. tandhygienist, logoped och specialistsjuksköterska.

Syftet med att föra en journaldokumentation är att bidra till god kvalitet och säker vård. I dokumentationen förtydligas individens behov av stöd och hjälp samt vad, vem och hur behoven ska tillgodoses. Dokumentationen i genomförandeplaner har förbättrats betydligt under 2016, men vid journalgranskningar ses brister inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Målet för kommande år är att samtliga patienter i särskilt boende ska ha en omvårdnadsplan HSL dokumenterad i Procapita med diagnos/problem, mål, åtgärd och uppföljning. Fler granskningar och ställningstagande till eventuella åtgärder i form av utbildningar behövs. Även planeringsarbetet med att implantera ICF behöver fortsätta under året. God samverkan mellan personal och division krävs för lyckat resultat.

En annan utbildning som kommer fortsätta under kommande år är SIP där vi också behöver öka antalet genomförda. Även detta sker i samverkan med landstinget och FoU Sörmland som är utbildare. Ytterligare utbildningar yrkas på i genomförandeplaner och journaldokumentation då divisionen har en del att åstadkomma.

Under 2016 har allt för få erbjudits läkemedelsgenomgångar i förhållande till målet. I avtalet för läkarmedverkan har det tydliggjorts att det är ett gemensamt ansvar för sjuksköterskan och läkaren. Målet är och bör fortsätta vara att samtliga inskrivna i hemsjukvården ska erbjudas årlig läkemedelsgenomgång. I dagsläget ligger målvärdet för 2017 på 50 %. Antalet läkemedelstillbud har ökat inte ökat men åtgärder behöver vidtas för även den siffran ska minska till kommande år. Likaså gäller fallavvikelser som inte har ökat speciellt men åtgärder behöver vidtas för att hålla den siffran nere. Divisionen behöver också öka antalet uppföljningar av myndighetsbeslut.

Projektet en patientsäker verksamhet startade i december, som en följd av genomlysningen av hälso- och sjukvårdsorganisationen. Projektets mål är att åtgärda brister och genomföra förslag till förbättringar som genomlysningen visade på. Syftet är att patienter och brukare som har hälso- och sjukvårds-insatser får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Det i sin tur ska minska antalet Lex-Maria anmälningar och att värdena i nationella jämförelser blir bättre. Projektet kommer att fortsätta under våren 2017 och för att hålla ihop det fortsatta arbetet och säkerställa att både syfte och mål uppnås, kommer konsulterna att följa projektet och vara kvalitetssäkrare.

En förutsättning för en trygg och patientsäker vård är fortlöpande kompetensutveckling till personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter. En kompetensutvecklingsplan behöver tas fram. Vidareutbildning till sjuksköterskor inom specialområden, såsom distriktssköterska, psykiatrisjuksköterska eller äldre sjuksköterska behöver beaktas då kompetens och personal saknas inom hemsjukvården för att tillgodose behoven inom psykiatri och missbruk. Två sjuksköterskor går för närvarande distriktssköterska utbildningen och kommer att examineras kommande år men målet är att uppmana fler vidareutbilda sig. Hand i hand med detta går också att öka antalet utbildade undersköterskor i hemtjänst och särskilda boenden.

Divisionen behöver ge bättre förutsättningar för enheterna att följa socialstyrelsens nya föreskrift för basal hygien i vård och omsorg framför allt med fokus på arbetskläder och tvättmöjligheter. Då ett hygieniskt arbetssätt är en viktig kvalitet och patientsäkerhetsfråga bör en diskussion föras om att eventuellt införa "tvättbytesprogrammet" på alla enheter. Divisionen kommer under kommande år att fortsätta delta i den nationella punkprevalens mätningen av basala hygienrutiner och klädregler och förbättra sina resultat inom områdena korrekt desinfektion av händerna före ett arbete samt användning av engångsförkläde/patientbunden skyddsrock vid patientkontakt. Divisionen kommer också än en gång delta i HALT, den nationella mätningen om förekomsten av vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer och användningen av antibiotika. Dock är målet att fler boenden och deltagare deltar. Med resultatet från mätningen kan vi jämföra oss lokalt, regionalt och nationellt hur vi ligger till. Resultatet ska användas i det systematiska förbättringsarbetet.

Hemsjukvården planerar för en mindre omorganisation under kommande år som går ut på att sjuksköterskorna utgår ifrån olika hemtjänstgrupper till skillnad från idag där de utgår ifrån vårdcentralerna. Det ska leda till tryggare och säkrare hälso- och sjukvård då det leder till tätare kontakt med omvårdnadspersonal som också bör få mera handledning av sjuksköterskan då den har omvårdnadsansvaret för patienten. Det nya

arbetssättet kommer också leda till tätare samarbete med enhetschefen för hemtjänsten. Arbetet beräknas komma igång när hemtjänsten är färdig med nya områdesindelningarna.

Ytterligare en utbildningsplan finns för kommande år där medarbetare i DSO ska få ökad kunskap om psykisk ohälsa. Syftet med handlingsplanen är, som är framtagen för projektet PRIO och som numera heter Uppdrag psykisk hälsa, att samverkan mellan olika aktörer ska öka. Målet är att brukare med psykisk ohälsa får ett ännu kunnigare och bättre bemötande men också att de får sina insatser samordnade. Det handlar det om att hitta egna och gemensamma lösningar med andra aktörer för hur man samordnar insatserna men även att öka kunskapsnivån om psykisk hälsa. Handlingsplanen består av de fem fokusområdena förebyggande och hälsofrämjande arbete, tillgängliga och tidiga insatser, enskilda delaktigheter och rättigheter, utsatta grupper samt ledning, styrning och organisation

Arbetet med den länsgemensamma överenskommelsen tillsammans med länets alla kommuner och landsting kommer att fortsätta under kommande år då riktlinjerna kommer att testas i praktiken och revideras under årets gång. Likaså kommer arbetsgruppen också fortsätta att anordna olika informationsmöten och uppföljningar för olika yrkesrollerna i länet.