



# PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR 2015

ÄLDRE- OCH OMSORGSNÄMNDEN



## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	4
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	6
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	8
Uppföljning genom egenkontroll.....	9
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Riskanalys.....	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Hantering av klagomål och synpunkter.....	13
Sammanställning och analys avvikelser och synpunkter klagomål.....	14
Samverkan med patienter och närstående .....	15
Resultat.....	16
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	17

## Sammanfattning

Äldre- och omsorgsförvaltningen arbetar på uppdrag av vårdgivaren, Äldre och omsorgsnämnden, med målsättningen att uppfylla kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Förvaltningen implementerar under 2015 och framåt ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9 och har utifrån en samlad riskbedömning upprättat en övergripande internkontrollplan.

I verksamheterna utförs egenkontroller och uppföljningar bland annat kring basala hygienrutiner, läkemedelshandling, journalhantering samt utifrån rapporterade avvikelser. Riskbedömningar på individnivå utförs utifrån kriterierna inom kvalitetsregistret Senior Alert. Punktprevalensmätningar utförs enligt initiativ och instruktioner från SKL, Sveriges kommuner och landsting. I projektform har ett särskilt arbete kring fallincidenter drivits i samverkan med läkarorganisationen på ett särskilt boende för äldre. Projektet har hittills resulterat i en grundstruktur för en ny typ av arbetsprocess och behöver implementeras vidare på boendet och på resterande boenden inom en flerårsplan.

Hälften av de uppsatta målen utifrån Patientsäkerhetsberättelsen 2014 har helt uppnåtts.

Skador som kan konstateras är frakturer efter fall och ett par fullgradiga trycksår. Trycksåren är per definition vårdskador. I vilken omfattning inträffade frakturer hade kunnat förebyggas har inte analyserats. Målsättningen för 2016 och framåt är att inga trycksår grad 3-4 skall uppstå och att ytterligare minska risken för fallskador.

Inga skador, vårdskador eller avvikande händelser har föranlett någon Lex Maria anmälan. Ett klagomål via Patientnämnden utreddes och det konstaterades att kommunens legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal inte hade brustit.

Nya behov av förbättringsarbeten har uppmärksammas av chefer, legitimerad personal och MAS vilket tagits med i flerårsplanen för det systematiska förbättringsarbetet från 2016 och framåt, tillsammans med fortsatt arbete med de mål som inte uppnåtts under 2015. Inom avvikelssystemet samt i samband med egenkontroller, konstateras att det behövs tydligare och förbättrad hantering av uppgifter för att på så sätt skapa mer kvalitetssäkrade underlag för planering av det fortsatta systematiska förbättringsarbetet.

## Övergripande mål och strategier

Äldre och omsorgsförvaltningens övergripande mål för hälso- och sjukvården är att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls och att det finns ett ledningssystem som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet.

Särskilda mål utifrån patientsäkerhetsberättelsen 2015:

- alla patienter blir riskbedömda gällande fall, nutrition och trycksår
- förbättrad handläggning av resultat efter trycksårsmätningar PPM (Punkt prevalens mätning)
- ökad tydlighet och underlättande av delegeringsförfarandet
- förbättringsarbete kring nattfasta blir prioriterat
- digitaliserad internkontrollplan och kopplade riskanalyser.

Strategier för att uppnå målen är strukturer och modeller för vad som beskrivs inom föreskrift om ledningssystem - att identifiera och fastställa de processer som behövs för att säkra kvalitet. I detta arbete ingår samverkan, riskanalys, egenkontroll, utredning och analys av klagomål och avvikelser, förbättringsåtgärder, göra personal inbegripen i patientsäkerhetsarbetet samt att möjliggöra patienter och närstående delaktiga i vården och i patientsäkerhetsarbetet.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Äldre och omsorgsnämnden är av kommunfullmäktige utsedd vårdgivare.

Förvaltningschef har verksamhetsansvaret över den hälso- och sjukvård kommunen ansvarar för.

Verksamhetschef för äldreomsorg och verksamhetschef för LSS ansvarar för övergripande planering och strukturer för det systematiska förbättringsarbetet inom sina respektive verksamheter. Hälso- och sjukvårdsorganisationen (HSO) ingår inom äldreomsorgen.

Varje enhetschef ansvarar för sina medarbetare samt planerar och leder insatserna hos brukarna inom sin enhet/ansvarsområde.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är placerad på förvaltningsnivå och arbetar stödjande och kvalitetsutvecklande samt med tillsyn.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

En övergripande internkontrollplan innefattar kontrollpunkter för hälso- och sjukvården utifrån en samlad riskbedömning.

Egenkontroller utförs enligt avsnitt "Uppföljning genom egenkontroll" vilket är sammankopplat med den uppföljning och utvärdering som sker enligt följande:

Hygienronder utförs med regelbundenhet på särskilda boenden i samverkan med Vårdhygien, Stockholms läns landsting. LSS innefattas ej av avtal med landstinget.

Läkemedelsgranskning sker utifrån avtal och samverkan med apotek.

HSO planerar för och deltar i årliga PPM gällande trycksår.

Journalhantering granskas i samarbete med arkivarie som förestår kommunens arkivmyndighet.

Avvikelse registreras och analyseras.

Resultat från riskbedömningar enligt Senior Alert analyseras inom HSO.

Återkoppling av resultat och behov av förbättringsarbete sker mellan HSO och boendechefen inom gemensamt forum och inom MAS forum.

MAS har särskilt forum med läkemedelsansvariga sjuksköterskor där arbetsprocesser och rutiner säkerställs.

Verksamhetschefer och MAS återkopplar till förvaltningsledning. Förvaltningsledning redovisar för nämnden (vårdgivaren) i samband med den ekonomiska redovisningen och MAS vid särskilda tillfällen, ett sådant är i samband med Patientsäkerhetsberättelsens föredragning.

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

Sammanfattningsvis har patientsäkerhetsarbetet bedrivits utifrån uppsatta mål och enligt kraven på riskbedömningar, analyser och slutsatser och förbättringsförslag. Detta genom den struktur för egenkontroll samt uppföljning och utvärdering som beskrivits.

Särskilda åtgärder:

- måltidspolicy upprättades och riskanalys gällande nattfasta har prioriterats
- fallprojekt tillsammans med läkarorganisationen har bedrivits på ett särskilt boende för äldre
- IT stöd för delegeringar infördes under året med syfte att skapa större tydlighet och underlätta uppföljningar
- reflektionstid för medarbetare i syfte att säkerställa att planerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförts utifrån arbetsfördelning och delegering.



## Uppföljning genom egenkontroll

Detta är sammankopplat med strukturen för uppföljning och utvärdering och de aktiviteter som ingår där. På förvaltningsnivå görs övergripande kontroller enligt internkontrollplanen kring läkemedel och handläggning av avvikelser.

Kontinuerliga egenkontroller på enhetsnivå är

- självskattning basala hygienrutiner
- daglig reflektionstid för att säkerställa att planerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförts enligt fastställda rutiner
- checklista kontroll läkemedelsförråd
- checklista journaldokumentation
- checklista åtgärder i samband med analys av registrerade avvikelser
- kontroll och service av tekniska hjälpmedel.

En samlad bild av resultaten från egenkontrollerna, totalt sett inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, finns inte att tillgå. Detta försvårar redovisning av resultatet av kontrollerna. En samlad bild skulle kunna ge ytterligare bra underlag för det totala fortsatta förbättringsarbetet. Exempel är en kommunal variant av "Rutinkollen" (referens Sveriges kommuner och landsting, SKL).

Omfattningen av områden som omfattas av egenkontroller kan öka, vilket bör utvecklas i samband med processarbetet inom ledningssystemet.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Representanter för kommunens hälso- och sjukvård träffar representanter för slutenvård och primärvård lokalt, i vårdkedjeforum. Detta inkluderar husläkarmottagningar och rehab inom det geografiska området.

Forumet identifierade under 2015:

- behov av en lokal samverkansöverenskommelse där alla husläkarmottagningar och kommunen förtydligar ansvarsförhållanden kring LSS
- förtydligande av rutiner kring läkarintyg till biståndshandläggare.

Fallprojekt genomfördes på ett särskilt boende tillsammans med avtalad läkarorganisation.

Politiskt uppdrag gavs att undersöka möjligheten till pilotprojekt inom ett särskilt geografiskt område om övertagande av hemsjukvård i ordinärt boende.

Ett arbete påbörjades att kartlägga nuläget över samverkan kring demens och vilka förbättringsåtgärder som identifierats utifrån nationella riktlinjer för demens.

Kommunen samverkar årligen med tandvården kring munhälsobedömningar utifrån utfärdade tandvårdsintyg samt Vårdhygien för att säkerställa att kunskapsöverföring sker kring hygienrutiner och smittskydd samt konkreta hygienronder. Se 4. Struktur för uppföljning och utvärdering.

## Risicanalys

Risicanalys görs på olika nivåer inom organisationen enligt modellen att identifiera en risk, multiplicera sannolikhet att den inträffar gånger konsekvens för patienten om den inträffar.

På förvaltningsnivå sker detta inom arbetet för den övergripande internkontrollen. Internkontrollplanen bedöms och revideras årligen utifrån genomförda risicanalys. Resultatet av kontrollpunkterna inom internkontrollplanen är att mindre avvikelser förekommer kring handläggningstid av avvikelser samt inom läkemedelshanteringen.

På verksamhets- och individnivå sker det systematiskt inom arbetet för internkontroll, enligt kvalitetsområdena inom Senior Alert, i samband med avvikelser och inom övriga hälso- och sjukvårdsområden, ex hygien, vård i livets slut med mera. Risicanalyserna ligger också till grund för upprättande av rutiner. Resultatet visar att alla patienter inte riskbedöms samt att resultatet av utförda bedömningar ännu bättre behöver tas om hand så att adekvata åtgärder sätts in för varje enskild patient. Detta ska också kunna spåras i omvårdnads- och rehabplaner.

Utmärkande för 2015 är enhetschefernas gemensamma arbete med risicanalys gällande nattfasta på särskilda boenden för äldre.

# Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

## Rapportering av hälsotillstånd

Legitimerad personal kontaktas muntligt dygnet runt då patients hälsotillstånd förändras. Återkoppling från leg. personal sker muntligt och i viss mån skriftligt på papper.

Sjuksköterskor har påtalat behovet av att säkerställa tillgängligheten av rapportering och återkoppling (återkopplingarna i form av instruktioner och eller ordinationer till personalen) också genom dokumentation i datajournalssystemet.

Dokumentation enligt SBAR modell diskuterades och under 2016 förankras och implementeras modellen för medarbetare. SBAR= Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation.

## Avvikelser

Rapportering av risker sker muntligt till leg. personal samt registreras med hjälp av IT stöd. Ansvarig enhetschef får alltid besked om avvikelser i systemet och hanterar varje avvikelse.

Vid betydande eller allvarliga händelser går med automatik meddelande också till Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, som analyserar, återkopplar och vidtar eventuell ytterligare utredning samt planerar nödvändiga förbättringsåtgärder tillsammans med verksamheterna.

Analys sker kontinuerligt på enheterna av berörda chefer och personal. Återkoppling sker på arbetsplatsträffar och teammöten.

Utifrån den samlade analysen för 2015 års avvikelser ser vi särskilt en minskning av läkemedelsavvikelser efter att ha infört reflektionstid.

Förbättringsåtgärder inom IT stödet kan effektivisera handläggningen och säkerställa viktiga grunddata.

## Hantering av klagomål och synpunkter

Patienter och närstående informeras på boenden och på kommunens webb om att verksamheterna gärna mottar synpunkter och klagomål i syfte att förbättra verksamheterna.

Utredning sker i samarbete mellan berörda chefer, leg. personal och medarbetare. Chefer initierar medarbetare att ge förslag på förbättringsåtgärder.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska bevakar ärenden och bistår utredningar där det finns behov.

Återkoppling sker till förvaltningsnivå i samband med utredningsprocessen, till vårdgivaren i samband med halvårs- och helårsredovisning och när omständigheterna kräver det samt på verksamhetsnivå som stående punkt på arbetsplatsträffarna.

Återkoppling till patient och eventuellt närstående sker på det sätt som den enskilde valt att bli delaktig och informerad i processen.

## Sammanställning och analys avvikelser och synpunkter klagomål

Utifrån avvikelshantering har 25 skador identifierats, varav 23 frakturer efter fall och två fullgradiga trycksår, de två senare är per definition vårdskador. Inga av dessa föranledde Lex Maria anmälan. Inga negativa konsekvenser av läkemedelsavvikelser inträffade.

Vårdskada definition: Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Inom synpunkter och klagomålshanteringen har ett klagomål via Patientnämnden föranlett utredning. Förvaltningens bedömning är att legitimerad personal som arbetade vid tillfället fullföljde sitt yrkesutövande och följde läkares anvisningar. Klagande valde att gå vidare till inspektionen för Vård och omsorg i ärendet efter Patientnämndens yttrande. Ärendet fortsätter handläggas under 2016.

## Samverkan med patienter och närstående

Förvaltningen bistår politiken att samverka med pensionärsråd och tillgänglighetsråd, där behovet av information kring status om avvikelser samt kostfrågor varit framträdande.

Inom LSS sker också kontinuerlig samverkan med handikapporganisationerna på möten där synpunkter kring hälso- och sjukvårdsfrågor kan återkopplas till sakkunniga samt att information och samråd i forumet kan ske. Särskilt forum förutom tillgänglighetsrådet är inom LSS med Fub - Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning.

Den enskilde görs delaktig i förebyggande hälso- och sjukvård särskilt gällande fall, vid inflyttning till särskilt boende. HSO och boendechefen samarbetar kring lämplig information både muntligt och i informationsmaterial.

Projekt kring fall bedrivs också i samarbete med patienter och närstående.

Synpunkter och klagomål ses som viktiga instrument för ständiga förbättringar.

## Resultat

### Måluppfyllelse:

*Alla patienter blir riskbedömda gällande fall, nutrition och trycksår*

Resultat: Målet uppfylls inte. Täckningsgraden under året är 73-78% av patienterna.

*Förbättrad handläggning av resultat efter trycksårsmätningar PPM*

Resultat: Målet uppfylls inte.

Resultat av PPM trycksår visar att kommunen identifierat 17 trycksår på nio patienter och att resultatet ligger över medelvärdet i riket. Två sår är av högsta allvarlighetsgrad. Återkoppling av mätresultat till boendechefen samt planerade åtgärder i omvårdningsplaner behöver förbättras.

*Ökad tydlighet och underlättande av delegeringsförfarandet*

Resultat: Implementerat IT stöd har delvis uppfyllt målet.

*Förbättringsarbete kring nattfasta blir prioriterat*

Resultat: Målet är uppnått.

*Bättre översikt och handläggning av och i internkontrollplan*

Resultat: Målet är uppnått.

Övrigt:

Reflektionstiden har resulterat i färre läkemedelsavvikelser på ett av boendena. Se punkt 6 egenkontroll.

Fallprojektets upprättade struktur för nytt arbetssätt bedöms hålla en hög kvalitet och kan börja implementeras vidare i verksamheterna.

Hygienronder och läkemedelsinspektioner visar att följsamhet kring redan upprättade rutiner och instruktioner kan förbättras.



## Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål och strategier fastställs utifrån måluppfyllelse 2015 och ytterligare förbättringsbehov utifrån vad ansvariga chefer på förvaltningsnivå och verksamhetsnivå, legitimerad personal och MAS bedömer. Uppföljning av patientsäkerhetsberättelsen har varit vägledande.

Mål sätts för en flerårsperiod.

### **Hygien:**

#### **Mål: Minskad risk för överföring av smittämnen.**

Strategi: Fastställd handlingsplan för basal hygiern med mål och åtgärder (inklusive egenkontroller), ansvar, tidplan och uppföljning/resultat. Utifrån nya föreskriften om basal hygien SOSFS 2015:10. Särskild kartläggning av förutsättningar och stöd till chefer och medarbetare inom LSS.

#### **Mål: Minska antalet brister konstaterade vid hygienronder.**

Strategi: Följsamhet till rutiner och identifiera trender runt bristerna för att kunna komplettera egenkontrollprogram.

### **Samordning och samverkan för patienten:**

#### **Mål: Förbättrade planeringar kring enskilda tillsammans med landstinget och följsamhet till lagkraven om Samordnad individuell plan, SIP.**

Strategi: Ökad samverkan kring Samordnad individuell plan (SIP) och att kallelser till SIP sker. Detta inom ramen för samarbetsprocess inom ordinärt boende med två husläkarmottagningar. Särskild informationsinsats under 2016 .

### **Rapportering och dokumentation:**

#### **Mål: Säkrare rapportering och dokumentation till och från hälso- och sjukvårdspersonal.**

Strategi: Kunskaper och dokumentation enligt SBAR utvecklas hos all personal och utvecklas inom aktuellt dokumentationssystem.

#### **Mål: Säkerställa hsl dokumentationen av delegerade och arbetsfördelade uppgifter.**

Strategi: Undersöka möjligheter inom det aktuella IT stödet.

### **Riskbedömningar:**

#### **Mål:90% av alla patienter blir riskbedömda gällande fall, nutrition och trycksår**

Strategi: Förändring av målbild och att identifiera vilka hinder som låg till grund för att uppnå målet 2015.

#### **Mål: Ökad överblick över resultat av riskbedömningar och PPM för enhetschefer**

Strategi: Ökad återkoppling alla enhetschefer inklusive LSS från HSO tillsammans med MAS.

#### **Mål: Inget uppkommet trycksår av grad 3-4**

Strategi: Fler kontinuerliga riskbedömningar och förebyggande åtgärder tillsammans i teamet. Omvårdnads- och rehabiliteringsplaner intensifieras.

### **Läkemedelshantering:**

**Mål: Minska antalet brister konstaterade vid läkemedelsinspektioner med apotek.**

Strategi: Läkemedelsträffar med MAS för särskilt utsedda sjuksköterskor ansvariga för läkemedelsförråd och narkotikakontroller. Verksamhetsnära stöd av MAS även för medarbetare.

### **Avvikelsehantering:**

**Mål: En effektivare och säkrare handläggning av avvikelser**

Strategi: Processkartläggning avvikelsehantering - nuläge och förbättringsförslag i den övergripande handläggningen, särskilda händelseanalyser kring vissa typer av avvikelser i samarbete med MAS, bättre registrering av trycksår samt registrering av fraktur som konsekvens av fall.

### **Delegering:**

**Mål: Enhetlig uppföljningsprocess gällande delegeringar**

Strategi: Kartläggning av nuvarande arbetsätt och förbättringsarbete.

### **Egenkontroller:**

**Mål: Ytterligare kvalitetssäkrat underlag till förmån för mål och strategier för fortsatt förbättringsarbete**

Strategi: God överblick över årets resultat utifrån utförda egenkontroller, MAS utvecklar formen för underlaget utifrån "Rutinkollen", se avsnitt "Uppföljning genom egenkontroll".

**Mål: Fler områden berörs av egenkontroller**

Strategi: Utveckla inom ramen för beskrivning av processerna i ledningssystemet.

### **Egenvård:**

**Mål: Egenvårdsbedömningar görs**

Strategi: Samverka om egenvårdsbedömningar och dess dokumentation.