

# Patientsäkerhetsberättelse 2019

---

Äldre- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>3 Struktur</b> .....	<b>4</b>
3.1 Övergripande mål och strategier.....	4
3.2 Organisation och ansvar .....	5
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
3.4 Patienters och närståendes delaktighet .....	6
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
3.6 Klagomål och synpunkter.....	7
3.7 Egenkontroll .....	7
<b>4 Process</b> .....	<b>7</b>
4.1 Riskanalys.....	8
4.2 Utredning av händelser - vårdskador.....	8
4.3 Informationssäkerhet .....	9
<b>5 Resultat och analys</b> .....	<b>9</b>
5.1 Egenkontroll .....	9
5.2 Avvikelse.....	10
5.3 Klagomål och synpunkter.....	11
5.4 Intern kvalitetsgranskning .....	12
<b>6 Mål och strategier för kommande år</b> .....	<b>13</b>

## 1 Sammanfattning

Av totalt 5 långsiktiga mål för 2019 nådde förvaltningen delvis måluppfyllelse inom ett av dessa områden.

Målet med kommunikationsverktyget SBAR i digitala journalen uppnåddes delvis.

Inom arbetet med trycksår har inte någon direkt förbättring åstadkommit. Av årets resultat är antal förekommande trycksår oförändrat, 42 stycken fördelat på 29 unika individer. 11 av dessa trycksår bedöms vara inom kategori 3-4 jämfört med sex trycksår inom kategorin vid 2018 års mätperiod, en dubbling. Trycksår utgör ett utvecklingsområde och fokus kommer under året att vara att ta fram en strukturerad arbetsmodell för att mer systematiskt säkerställa det förebyggande arbetet.

Målet för basal hygien är inte uppfyllt. Målet är det högst satta av alla målen på grund av att de basala regler som ska efterföljas är mycket möjliga att efterleva. Satsning på undervisning och särskilda hygienträffar med hygienombud och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomfördes.

Fallincidenter utgör den största delen av avvikelserna och fler fall registrerades som avvikelser än föregående år i avvikelssystemet. För de fyra särskilda boendena rapporterades 14 frakturer under 2019, tre frakturer inom omsorgen vilket är oförändrat från 2018.

Gällande läkemedelsavvikelser har antal rapporterade läkemedelsavvikelser från året innan ökat marginellt från 393 till 402. Fortfarande utgör uteblivna doser den största delen av avvikelserna, 62% under året. Strategin för att minska denna mängd av avvikelser var införandet av digital signering, vilket har försenats. Införandet av digital signering startades först i december 2019.

Införandet av klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, som ny journalstruktur och standardiserat språk för beskrivning av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa tillika framtagande och införandet av KVÅ- koder (Klassifikation av vårdåtgärder) har slutförts. Denna journalstruktur förordas av Socialstyrelsen.

Utvecklingsarbetet inom identifierade områden sedan föregående år kvarstår då det är ett mer långsiktigt arbete än på årsbasis att nå alla resultat som eftersträvas. En justering av målsättning och strategier är gjord för att kunna sätta in rätt arbetsprocesser i förbättringsarbetet.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden utfördes vid alla fyra särskilda boenden för äldre. Utifrån uppföljning och analys har nya utvecklingsområden identifierats. En strategi för utvecklingsarbete inom palliativ vård har utarbetats och presenteras under rubriken ”Mål och strategier för kommande år”.

Antalet platser inom verksamheterna är oförändrat under året.

Ingen lex Maria anmäldes under året.

## 2 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## **3 Struktur**

### **3.1 Övergripande mål och strategier**

#### **Egenkontroller**

Egenkontroller är kopplade till vårdprocesserna i ledningssystemet. Se "Uppföljning genom egenkontroll"

#### **Intern kvalitetsgranskning**

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården i särskilda boendeformer inom kommunen.

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. Uppföljningen ska även stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

#### **Extern kvalitetsgranskning**

Läkemedelshantering granskas av oberoende apotekare, enligt krav i föreskrift om läkemedelshantering, där resultaten bearbetas inom hälso- och sjukvårdsorganisationen (HSO) tillsammans med MAS.

#### **Avvikelsehantering och händelseanalyser**

Avvikelser registreras och analyseras. Händelseanalyser initieras av MAS och återkopplas och görs tillgängliga för ett gemensamt lärande och riskförebyggande. Avvikelserna utgör en viktig del i kvalitets och förbättringsarbetet och synliggör var i organisationen eventuella utbildnings- och informationsinsatser behövs.

#### **Svenska HALT 2019**

Folkhälsomyndigheten genomför tillsammans med Senior alert en årlig mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (Svenska HALT). Under året utfördes inte någon HALT-mätning. Anledningen är att Folkhälsomyndigheten ska se över hur mätningarna ska förvaltas, kostnaderna och hur mätningen ska göras.

#### **Forum**

Kontinuerliga uppföljningar sker också i aktuella forum:

- Teamträffar på enheterna - riskbedömningar och kvalitetsregister.
- Rehabmöte– MAS deltar, patientsäkerhetsfrågor och händelseanalyser diskuteras
- Lokala ledningsgrupper startade under 2019
- Sjuksköterskemöten – MAS deltar, patientsäkerhetsfrågor och händelseanalyser diskuteras
- Hygienombud - status i verksamheterna kring följsamhet basal hygien, undervisning i vårdhygieniska frågor.
- Hälso- och sjukvårdsråd - Övergripande planering, uppföljning och utvärdering
- Nämnd - Övergripande uppföljning och utvärdering rapporteras till nämnden främst i anslutning till patientsäkerhetsberättelsens upprättande.

Klagomål och lex Maria utredningar rapporteras på ordförandeberedning samt på nämndens arbetsutskott.

## **3.2 Organisation och ansvar**

Äldre och omsorgsnämnden är av kommunfullmäktige utsedd vårdgivare tillika huvudman. Vårdgivaren har hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå på särskilda boenden för äldre, gruppboende socialpsykiatri, serviceboende inom LSS och på daglig verksamhet inom LSS samt annan dagverksamhet i egen regi.

Hälso- och sjukvårdsorganisationens (HSO) chef har verksamhetsansvaret enligt HSL över den hälso- och sjukvård kommunen ansvarar för. Funktionen ingår i förvaltningens ledningsgrupp och övriga forum för förvaltnings- och verksamhetsansvariga.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är placerad på förvaltningsnivå och arbetar stödjande och kvalitetsutvecklande samt med tillsyn. Det råder ett organiserat arbete inom förvaltningen med syfte att stärka det systematiska förbättringsarbetet och patientsäkerheten. Hälso- och sjukvårdsråd på förvaltningsnivå ska säkra strategier och konkreta åtgärder. Under 2019 ombildades rådet till att innefatta följande funktioner: Förvaltningschef äldre- och omsorgsförvaltningen, verksamhetschef för särskilt boende och verksamhetschef hälso- och sjukvård tillika chef för HSO. MAS är sammankallande till hälso- och sjukvårdsråd på förvaltningsnivå. Ett tätt samarbete sker med verksamhetschef enligt HSL för att säkerställa implementering och ett systematiskt förbättringsarbete.

## **3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Vårdkedjan Sigtuna**

Representanter för kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst träffar representanter för slutenvård och primärvård lokalt i styrgruppen "Vårdkedjan Sigtuna". Detta inkluderar husläkarmottagningar, hemsjukvård, geriatrik och rehab inom det geografiska området.

I december startades en revidering av det lokala programmet för "*Stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriganstående i Sigtuna*". Arbetet sker i samverkan med FoU nu och startades med en halvdags workshop, arbetet förväntas pågå till maj 2020. MAS är sammankallande till möten i Vårdkedjan Sigtuna.

### **FoU nu demensnätverk**

MAS representerades i forumet under året.

### **FoU workshops om lagen om utskrivningsklar, LUS**

Utifrån länets överenskommelse, riktlinjer och rutiner var FoU under 2019 engagerad i anordnande och utförande av workshops med kommunerna i länsdelen. Sigtuna kommun deltog på alla workshops och representerades av enhetschef myndighet, biståndshandläggare och MAS.

### **Forum rehab nätverk**

FOU nu driver nätverk för arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter verksamma inom äldrevård och äldreomsorg. Syftet med nätverket är att delge varandra kunskaper och lärdomar samt att säkerställa att vi arbetar i enlighet med befintlig evidens.

### **MAS nätverk**

Samverkansforum för Stockholms läns medicinskt ledningsansvariga, Stockholm nordvästra (MASar).

### **Samverkansforum med Danderyds sjukhus**

Chefsläkare på Danderyds sjukhus bjuder in kommunernas MASar varje termin för samverkan kring vårdprocessen in- och utskrivningsklar patient.

### **Tandvård**

Ansvariga inom Region Stockholm kallar årligen kommunernas kontaktpersoner för samverkan kring nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet (munhälsobedömning och munvårdsutbildning).

Ansvariga informerade om ett nytt avtal med utförare av den uppsökande verksamheten med start 2020. Inför 2020 lanseras även en obligatorisk utbildning för tandvårdsintygsutfärdare.

### **Vårdhygien och smittskydd**

Vårdhygien och Smittskydd Stockholm samverkar kontinuerligt med länets MASar och bjuder in till hel- och halvdagar med föredragningar och uppdateringar av rutiner och handlingsprogram.

## **3.4 Patienters och närståendes delaktighet**

Förvaltningen bistår politiken att samverka med de forum som representerar närstående och andra målgrupper, exempelvis pensionärer.

Inom väntjänsten framkommer särskilda frågeställningar som gör att ansvariga för hälso- och sjukvården bjuds in att diskutera dessa frågeställningar.

Särskilt forum förutom tillgänglighetsrådet finns inom LSS med FUB - Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning. Under 2019 behandlades inte någon särskild hälso- och sjukvårdsfråga i detta forum.

Den enskilde görs delaktig i förebyggande hälso- och sjukvård särskilt gällande fall, nutrition och trycksår vid inflyttning till särskilt boende.

Synpunkter och klagomål är viktiga instrument för ständiga förbättringar i samarbete med patient och ev. närstående. I samband med eventuell lex Maria utredning görs den enskilde och eventuellt närstående delaktig i utredningen med sin beskrivning av patientens upplevelse av det inträffade.

Att göra patienten delaktig i sin egen vård och behandling sker vid planering av åtgärder utifrån uppkomna behov och i anslutning till upprättande av hälsoplaner.

## **3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

### **Rapporteringsskyldighet avvikande händelser, avvikelser**

I de kommunala verksamheterna rapporteras den största delen avvikelser av omvårdnadspersonalen som utgör den största personalkategorin.

### **Utredning av avvikelser**

Chefer är huvudansvariga utredare och leg. personal deltar som utredare vid fallincidenter samt läkemedelsavvikelser. MAS bistår i utredningar av komplex eller allvarlig karaktär.

### 3.6 Klagomål och synpunkter

Patienter och närstående informeras på boenden och på kommunens webb om att verksamheterna gärna tar emot 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.

MAS 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 omgående och vidare på det sätt som den enskilde valt att bli delaktig och informerad på.

Klagomål och synpunkter från patient och närstående kan lämnas till Patientnämnden som handlägger frågor som rör kommunernas hälso- och sjukvård samt omvårdnad i särskilda boenden.

### 3.7 Egenkontroll

Egenkontroller kopplas kontinuerligt till vårdprocesserna inom ledningssystemet. De egenkontroller som genomförs presenteras i tabell nedan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	HALT- Senior alert
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Protokoll
Kontroll och service av tekniska hjälpmedel	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång vartannat år	Protokoll
Fall	1 gång i månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Läkemedel	1 gång i månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Narkotikahandtering	4 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2 gånger per år	PPM-databasen, Senior alert, avvikelshanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Daglig reflektionstid utförda åtgärder	1 gång per månad	Protokoll
Loggranskning	Löpande	Protokoll
Journalgranskning	Löpande	Protokoll

Figur 1: Redovisning av förekommande egenkontroller 2019

## 4 Process

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

Patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett tätt samarbete mellan MAS och verksamhetschef HSL samt professionerna utifrån uppsatta mål och strategier, sedvanliga skyldigheter samt analyser av avvikelser och uppkomna risker.

### **Särskilda åtgärder**

Riktlinjer för den kommunala hälso- och sjukvården i Sigtuna utformades och ett implementeringsarbete av de nya riktlinjerna startades.

Fortsatt implementering av fall och fallförebyggande arbete med särskild modell inom SÄBO.

Införandet av digitalt signeringsverktyg för läkemedelsöverlämnande och administration startades i slutet av året.

Alla sjuksköterskor deltog i Apotekets utbildning om läkemedelshantering för sjuksköterskor.

Uppföljning av hälso- och sjukvården kvalitetsområden har genomförts under hösten på fyra särskilda boenden för äldre.

Utbildning av legitimerad personal i dokumentationsförfarande i samband med införandet av KVÅ- koder.

Workshop för legitimerad personal och enhetschefer i syfte att förbättra samarbetet mellan professionerna på särskilda boenden för äldre.

Handledning i syfte att stärka den legitimerade personalens yrkesroll.

## **4.1 Riskanalys**

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

### **Förvaltningsnivå – Hälso- och sjukvårdsråd**

På denna nivå sker övergripande riskanalys och egenkontroller utvecklas.

### **Verksamhetsnivå**

På verksamhets och enhetsnivå görs riskbedömningar i arbetssätt för att förebygga oönskade händelser för patienter.

### **Individnivå**

Patienter riskbedöms för att förebygga trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen. BPSD problematik bedöms och analyseras. Termen BPSD är en förkortning för "beteendemässiga och psykiska symptom vid demens" och omfattar en rad olika symptom som ofta, men inte alltid, förekommer vid demenssjukdom.

Vid dödsfall registreras kvalitetsindikatorer enligt kriterier i Svenska palliativregistret i syfte att förbättra vården för patienten i livets slutskede.

### **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Inom ramen för ledningssystemet upprättas riskanalyser som ligger till grund för förbättrade processer och rutiner, samt de egenkontroller som kopplas till dessa. Kända risker som är ständigt aktuella tydliggörs för respektive vårdprocess i ledningssystemet.

## **4.2 Utredning av händelser - vårdskador**

Vid analys av fallavvikelser ser vi att en bidragande orsak till avvikelserna är brister i samverkan och kommunikation mellan olika professioner.



Av rapporterade avvikelser läkemedel är utebliven dos den största posten och utgör ca 65% av läkemedelsavvikelserna. Digital signering införs för att minska uteblivna doser.

Trycksår rapporteras inte som avvikelse i den utsträckning som förväntas.

### **4.3 Informationssäkerhet**

#### **Åtgärder av större betydelse som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten**

Rutiner för loggkontroll och driftstopp fastställdes och plan för implementering under 2019 uppfördes.

Rutin för personauppgiftsincidentrapportering implementerades och är aktiv.

#### **Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring**

Basala uppgifter om patient som ska säkerställas i varje patientjournal finns alltid som grundkomponenter i den datoriserade journalen inklusive struktur för klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, och klassifikation av vårdåtgärd, KVÅ.

I samband med avvikelseutredningar har dokumentationen i journaler granskats.

Under 2019 uteblev särskild granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

## **5 Resultat och analys**

### **5.1 Egenkontroll**

#### **Basala hygienrutiner**

Självskattningar sker minst kvartalsvis och registreras till enhetschefernas månadsrapporter i ledningssystemet. Målet för basal hygien, 100 % följsamhet till regler gällande basala hygienrutiner, uppfylldes inte. Målet är högt satt och kan bedömas vara ouppnåeligt. Dock kan ett mer begränsat mål svårigen försvaras eftersom rutinerna konsekvent måste följas för att förhindra smitta och smittspridning. De enkla reglerna kan varje medarbetare följa och ska så göra enligt föreskrifterna från Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket.

Under 2019 har kommunens hygienombud haft två träffar tillsammans med MAS. Agendan vid träffarna har varit utvecklingsarbetet med följsamhet av basala hygienrutiner samt olika ämnen tillhörande vårdhygien och patientsäkerhet.

Slutsatser är att vissa enheter har en fortsatt dålig trend under året, någon enhet har under året uppnått 100 % följsamhet vid ett av årets fyra självskattningstillfällen. Resultatet speglar hela förvaltningsområdet där omvårdnad bedrivs, således även hemtjänst och personlig assistans.

#### **Fallförebyggande arbete**

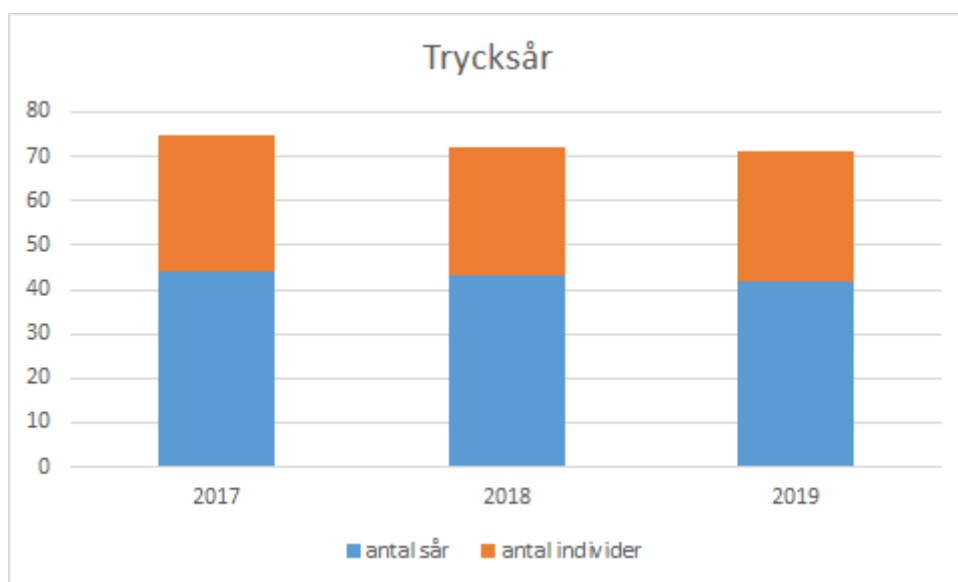
Fallförebyggande arbetet har följs upp månadsvis och registreras till enhetschefernas månadsrapporter. Förekomst av fall och frakturer har även återkopplas till ansvarig läkarorganisation månadsvis. Huruvida målet för en ökad följsamhet till fallförebyggande arbete är uppfyllt är inte tydligt. Följsamheten har rapporterats öka men antal fallolyckor har inte minskat.

#### **Trycksår**

Antal förekommande trycksår fördelat på unika individer är i stort sett oförändrad sedan 2018. Antal unika individer som drabbats har minskat procentuellt sedan 2017.

Av 42 förekommande sår har 11 sår bedömts vara inom kategori 3-4 jämfört med sex trycksår inom kategorin vid 2018 års mätperiod, en dubblering.

Trycksår utgör ett utvecklingsområde och fokus kommer under året att vara att ta fram en strukturerad arbetsmodell för att mer systematiskt säkerställa det förebyggande arbetet. Ledningsgrupper på enheterna behöver analysera resultatet samt påbörja arbetet utifrån fastslagen strategi.



Figur 2. Bild över antal trycksår och antal individer 2017-2019.

### **Loggkontroller**

Genom loggkontroll granskas att patienternas integritet säkerställs samt att regelverket efterlevs och att ingen otillbörlig användning av systemet sker. Kontrollen sker på ett systematiskt och regelbundet sätt i samverkan med systemförvaltning och ansvarig verksamhetschef.

### **Kommunikation**

Att kommunikation och rapportering mellan leg. personal och omvårdnad- och omsorgspersonal sker genom SBAR på alla enheter av all personal, är fortfarande endast delvis uppfyllt. Fortsatt arbete krävs med att säkerställa dokumentationskunskap och behörighet inom LSS.

## **5.2 Avvikelser**

### **Fall**

Rapportering av fall i avvikelssystemet har under senaste åren ökat något inom äldreomsorgen. År 2017 rapporterades 556 fall, 2018 rapporterades 587 och under 2019 rapporterades i avvikelssystemet 593 fall. Det framgår av rehab-personalens månadsvisa sammanställningar att alla fallincidenter inte registreras i avvikelssystemet. Rehab-personalens sammanställning utifrån journalgranskningar visade att >150 fler fall förekommit än vad som rapporterats i avvikelssystemet.

### **Fallskador**

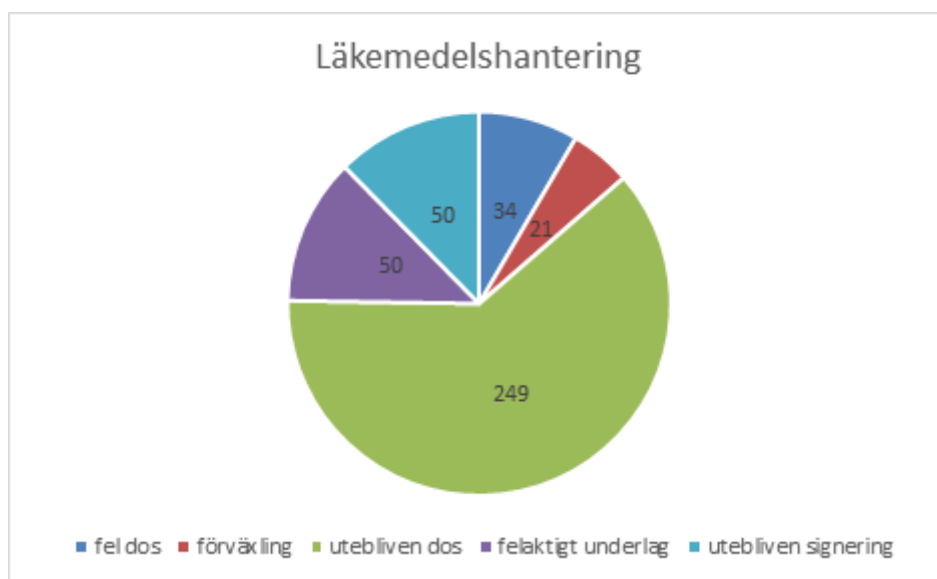
På de fyra särskilda boenden för äldre rapporterades 14 frakturer under året, vilket är nästan en halvering jämfört med 2018 och 2017 då 26 frakturer rapporterats. Tre frakturer rapporterades från omsorgen för funktionsnedsatta vilket är oförändrat sedan förra året.

En ökning av fallfrekvens inom äldreomsorgen konstateras över tid, likväl den diskrepans som visas utifrån avvikelssystemet och rehab personalens sammanställning föranleder ytterligare mål gällande följsamheten.

Att säkerställa följsamhet till den fallpreventiva arbetsmodellen kommer att vara ett utvecklingsarbetet under 2020.

### Läkemedel

Antal rapporterade läkemedelavvikelser under året var 402. Den största posten är utebliven dos och utgör 62% av de inrapporterade händelserna.



Figur 3: Fördelning av antal inrapporterade läkemedelshändelser

Målen för läkemedelshantering; färre avvikelser gällande narkotika, uteblivna doser, signeringar, förbättrad hantering och rutiner kring kontrollräkningar samt hantering av läkemedelsförråd uppfylldes inte under året. Den planerade implementeringen av digital signering försenades och uppstarten flyttades fram till december 2019.

### Apotekets kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Vid granskningarna framkom att förtydligande av vissa rutiner behöver göras samt förbättrad hantering gällande förvaring, hållbarhet och spårbarhet i alla led. Kunskapsuppdatering inom läkemedelshantering för sjuksköterskor har genomförts under året.

### Händelseanalyser

Tre händelseanalyser utfördes i samband med utredning, två fallincidenter och en i samband med läkemedelsavvikelse. Analyserna har använts för ett utökat lärande samt utgjort ett underlag för särskilda utbildnings- och informationsinsatser.

## 5.3 Klagomål och synpunkter

Under 2019 utreddes två klagomål inom hälso- och sjukvårdens område. Det gällde klagomål från slutenvården riktad till ett särskilt boende för äldre och handlade om sårvård och

läkemedelshantering. Händelseanalys visar brister kring information och samverkan mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal inom den kommunala verksamheten i båda fallen.

I patientnämndens (PAN) årsrapport framkommer ett inkommande klagomål gällande Sigtuna kommuns hälso- och sjukvård. Klagomålet gällde bristande informationsöverföring i vårdkedjan mellan två vårdgivare.

## 5.4 Intern kvalitetsgranskning

### Uppföljning

Under hösten genomfördes uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden på fyra särskilda boenden för äldre.

### Metod

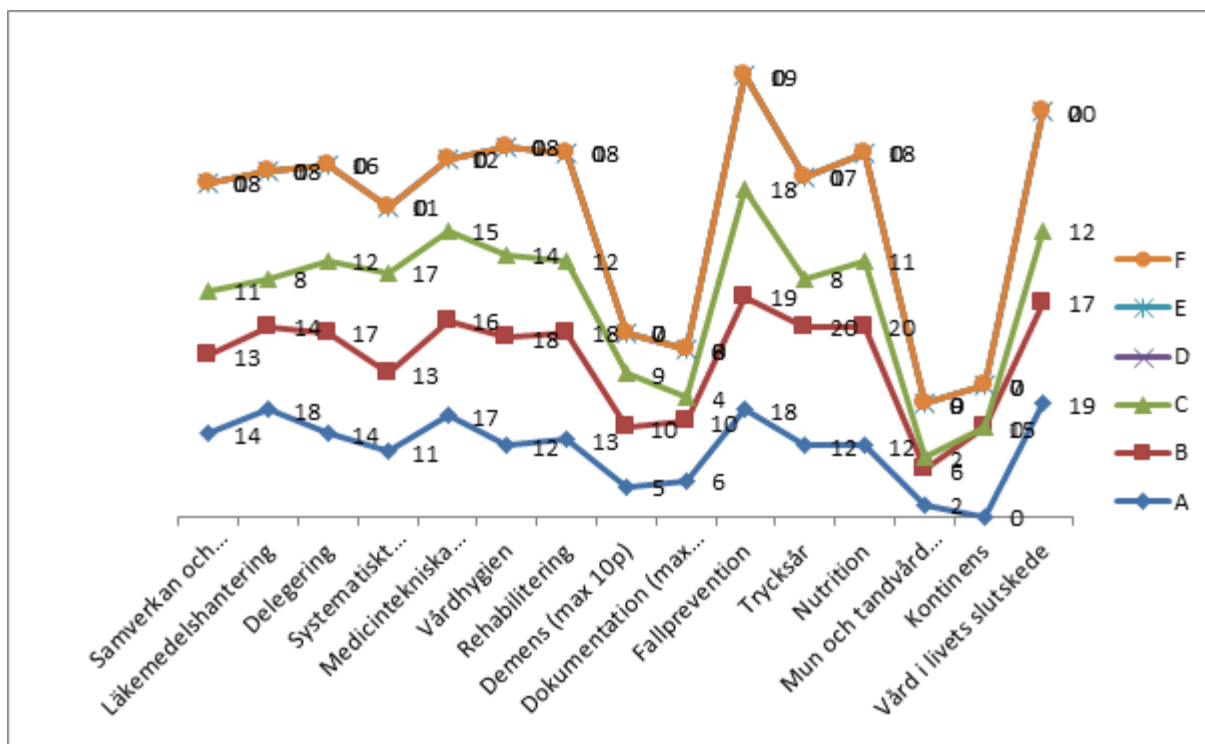
Vid uppföljningen har kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från tio olika kommuner/stadsdelar i Stockholms län använts. Uppföljningen genomfördes dels av att den legitimerade personalen fick svara på en enkät dels på plats uppföljning av MAS där enkätsvar diskuterades.

### Kvalitetsområden som ingick i enkäten

Fråga	Områden	Möjligt poängantal
1	Samverkan och informationsöverföring	20
2	Läkemedelshantering	20
3	Delegering	20
4	Systematiskt patientsäkerhetsarbete	20
5	Medicintekniska produkter	20
6	Vårdhygien	20
7	Rehabilitering	20
8	Demens (max 10p)	10
9	Dokumentation (max 10p)	10
10	Fallprevention	20
11	Trycksår	20
12	Nutrition	20
13	Mun och tandvård (max 10p)	10
14	Kontinens	20
15	Vård i livets slutskede	20

Figur 4: Kvalitetsområden och högsta möjliga poängantal

### Resultat



Figur 5: Resultat från samtliga SÄBO som deltog av uppföljning hälso-och sjukvårdens kvalitetsområden 2019, benämns ovan A, B, C och F.

Resultat visas i antal poäng (utifrån given mall) som ska visa graden av följsamhet och kännedom till gällande lagar, föreskrifter och andra styrdokument inom givna områden. Exempel på områden som uppvisar höga poäng är fallprevention och vård i livets slutskede. Områden med lägre poäng är kontinens och mun- och tandvård.

Huruvida slutsatsen att områden med höga poäng är väl fungerande är osäker då statistik gällande avvikelser, utdrag ur kvalitetsregister pekar på områden vilka identifierats vara i behov av särskilt utvecklingsarbete i syfte att stärka patientsäkerheten.

## 6 Mål och strategier för kommande år

En av de stora utmaningarna inom patientsäkerhetsområdet är kommunikation och samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnad- och omsorgspersonal

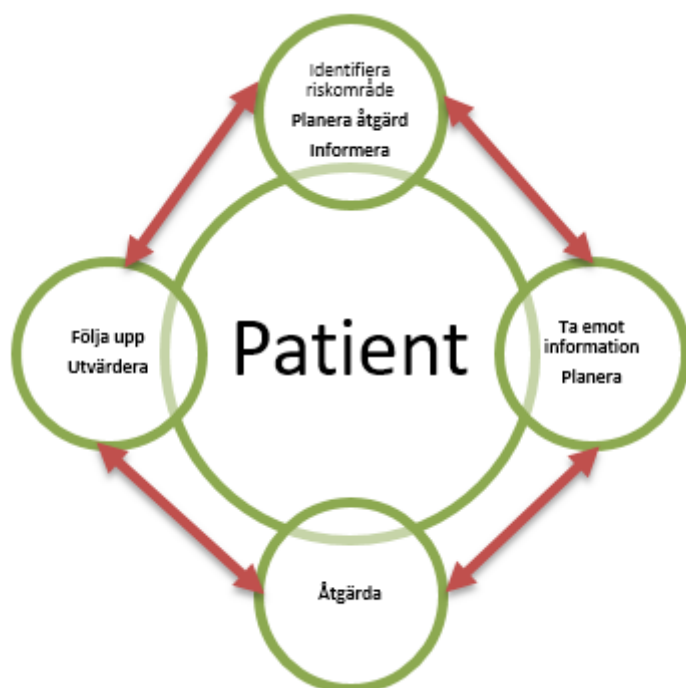
Implementering av nya arbetssätt och rutiner är en utmaning. En mer strukturerad planering av de olika implementeringsfaserna blir ett mål i sig.

### Övergripande strategi

För att nå målen har ledningsgrupperna på SÄBO i uppdrag att arbeta med nedanstående strategier. Ledningsgrupperna består av enhetschef, bitr. chef HSO och leg. personal och gruppen ska träffas flera gånger i månaden. Vid träffarna förs protokoll.

Ett fokus är hur samverkan ska ske mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal för att säkerställa god och säker vård för patienten.

Bilden nedan beskriver hur en process kan se ut. Modellen kan användas som underlag i utvecklingsarbetet för kommande år för att beskriva samverkan, ansvarsroller och aktiviteter för identifierade områden.



Figur 6: Exempel, arbetsmodell för ledningsgruppsmötena

### **MÅL för fallförebyggande arbete:**

#### **Ökad följsamhet till fallpreventiva modellen**

Strategi:

Ökad samverkan med läkarorganisationen på SÄBO gällande fallprevention.

Implementering av arbetssätt för att förbygga fall.

### **MÅL för trycksårsprevention:**

**Inget i verksamheten uppkommet trycksår av kategori 3-4**

**Minskad andel trycksår kategori 1-2**

Strategi:

Plan för kunskapslyft och på vilket ytterligare sätt förbättring ska ske för att nå målen.

Alla trycksår registreras som avvikelse.

### **MÅL för hygien:**

**100 % följsamhet till regler gällande basala hygienrutiner**

Strategi:

Alla enheter självskattar enligt planen för egenkontrollerna.

Resultatet sammanställs, analyseras av enhetschef och presenteras och diskuteras under stående punkt på ledningsgruppsmötena och APT.

Kunskapslyft för all personal inom SÄBO.

### **MÅL för kommunikation och dokumentation till och från leg. personal:**

## **SBAR används på alla enheter inom LSS**

Strategi:

Säkerställa behörighet och dokumentationskunskap.

### **MÅL för läkemedelshantering:**

**Föreslagna åtgärder är genomförda enligt kvalitetsgranskning av apotek**

**Färre avvikelser gällande narkotika, uteblivna doser och signeringar**

**Konsekvent kontrollräknande månatligen och vid varje uttag.**

Strategi:

Digitalt verktyg för signering införs på SÄBO under första kvartalet 2020.

Särskilda uppföljningar av kvalitetsgranskningarnas föreslagna åtgärder.

Implementering av uppdaterad och reviderad rutin för läkemedelshantering.

### **MÅL för Palliativ vård:**

**Teambaserad palliativ vård**

**Förbättrat resultat utifrån registrerade kvalitetsindikatorer i Svenska palliativregistret**

**Ökad förekomst av registrerade dödsfall i Svenska palliativregistret**

Strategi:

Kunskapslyft för all personal inom SÄBO

Revidera och uppdatera rutiner för palliativ vård

Uppföljning av Svenska palliativregistret