

§ 25

Patientsäkerhetsberättelse för socialnämndens verksamheter år 2016
SN-2017/

Beslut

Arbetsutskottet beslutar föreslå socialnämnden
att överlämna ärendet till socialnämnden utan eget ställningstagande.

Ärende

Handling sänds ut senare. Socialchef informerar muntligt.

Handläggare	Tjänsteskrivelse	Diarienummer
Eva Lejman	Datum	SN-2017/70
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	2017-03-02	

Socialnämnd

Patientsäkerhetsberättelse för år 2016

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att godkänna patientsäkerhetsberättelsen för socialnämndens verksamheter år 2016.

Sammanfattning

Under 2016 har kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivits för att säkerställa god och säker hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Alla vårdgivare har enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) en skyldighet att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. I patientsäkerhetsberättelsen skall det framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som har uppnåtts

Ekonomisk konsekvensanalys

Systematsikt kvalitets- och säkerhetsarbete kan skapa ekonomiska merkostnader för berörda verksamheter.

Barnkonsekvensanalys

Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Mats Ståhl Elgström
Socialchef

Beslutet ska expedieras till:

Akten
Socialchef
Områdeschef utförare
Områdeschef myndighet
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Ja

Nej **X**

Enligt FN är alla under 18 år
att betrakta som barn

Förklara oavsett svar.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Har barn fått uttrycka sina åsikter?

Ja Nej

Förklara oavsett svar.

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Vård och omsorgskontoret
Knivsta kommun
SN-2017/70

Datum och ansvarig för innehållet

170301

Eva Lejman

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Risikanalys	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

Sammanfattning

Vårdgivaren Knivsta kommun är enligt patientsäkerhetslagen [PSL] (2010:659) skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete. All hälso- och sjukvårdsverksamhet skall planeras, ledas och kontrolleras på ett sådant sätt att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Vårdgivaren ska enligt PSL senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken skall framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten vilka resultat som uppnåtts

Åtgärder har vidtagits för att öka patientsäkerheten genom

- inrättande av MAR-funktion (medicinskt ansvarig för rehabilitering)
- upprättande av riktlinjer vid in- och utskrivning mellan landstingets slutenvård och kommunal vård och omsorg
- upprättade riktlinjer för säkerställande av identitet
- upprättande av riktlinjer för egenvård
- upprättande av riktlinjer för personligt förskrivna hjälpmedel
- uppdatering av riktlinjer för hantering och användning av medicintekniska produkter
- upprättande av delegeringsförfarande för specifika behandlingsåtgärder av fysioterapeut
- registrering i kvalitetsregister Senior Alert och Svenska Palliativa registret
- hälso- och sjukvårdsmöten för legitimerad personal av MAS och MAR var tredje månad
- MAS- och MAR-utbildning för personal och chefer inom vård och omsorg
- utbildning om skydds- och begränsningsåtgärder samt handledning vid etiska dilemman
- utbildning inom sekretess och tystandsplikt samt genomgång av patientlagens intentioner
- repetition och utbildning av kommunens nya delegeringsprocess för sjuksköterskor, chefer och omsorgspersonal
- undervisning om kommunens riktlinjer för egenvård och tillhörande egenvårdsblankett
- undervisning för omsorgspersonal och hygienombud av landstingets hygiensjuksköterska
- undervisning för omsorgspersonal och inkontinensombud av landstingets inkontinensansvariga sjuksköterska

-
- heldagsutbildning och workshop av MAS och extern föreläsare om allmän palliativ vård för all vård- och omsorgspersonal och chefer
 - implementering av ny delegeringsprocess för sjuksköterskor
 - årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering av MAS och farmaceut
 - årlig uppföljning och justering av lokala läkemedelsrutiner inom verksamheter med hälso- och sjukvård
 - implementering av Nationell Patient Översikt (NPÖ) för inhämtande av information från primärvården
 - obligatorisk implementering av Nationell Patient Översikt (NPÖ) för ineliggande patienter inom slutenvården
 - utbildning av MAS och verksamhetsansvarig om dokumentationsprocessen och Siebels hälsoplaner
 - utveckling av vård- och rehabiliteringsplaner i verksamhetssystemet Siebel
 - fortsatt samarbete med kommunens chefer för följsamhet till riktlinjer och länsövergripande Vård i samverkan-dokument (ViS)
 - fortsatt samverkan med kommunens och landstingets chefer inom ramen för kommunens lokala handlingsplan för närvårdssamverkan *Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre*
 - kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvården inom kommunens socialpsykiatri av MAS

Planerade egenkontroller av hälso- och sjukvård har genomförts med sammanställning, åiterrapportering och förbättringsarbete av avvikelser inom verksamheterna och till socialnämnd. Genom samarbete mellan olika yrkeskategorier via avvikelseråd, arbetsplatsträffar och ledningsmöten har patientsäkerhet och kvalitet förbättrats. Ett fortsatt förbättringsarbete krävs av kommunens enhetschefer i vård och omsorg för att uppnå avvikelshanteringens syfte. Standardiserade arbetsmetoder behöver utvecklas för att kvalitetssäkra vården och minska avvikelser i rätt riktning.

Antalet genomförda hälso- och sjukvårdsinsatser av sjuksköterska inom ordinärt boende har ytterligare ökat under 2016. Genomförda insatser av arbetsterapeut och fysioterapeut samt för sjuksköterska inom särskilt boende är i stort sett som tidigare år. Inom Enheten för hemsjukvård och rehabilitering har personalomsättningen varit stor, främst inom sjuksköterskegruppen, och verksamheten har ökat antalet fast tillsvidare anställd legitimerad personal under året.

På korttidsboendet på Estrids gård, med 9 tillgängliga platser, beviljades i genomsnitt 6 stycken brukare plats per månad under år 2016 (exkluderat brukare med beviljad växelvårdsplats). Cirka femton (15) brukare per månad har bott på korttidsboendet under året. Av detta följer att minst en in- eller utskrivning per dag utförs av ansvarig sjuksköterska på korttidsboendet.

De flesta brukare som beviljas plats på korttidsboendet har stora vård- och omsorgsbehov till följd av många kroniska sjukdomar med tillhörande symtom samt kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar. Under 2016 har enheten förstärkts med ytterligare en sjuksköterska. Totalt arbetar två heltidsarbetande sjuksköterskor på korttidsenheten.

Under november har ett hemtagningsteam startats upp inom Enheten för hemsjukvård och rehabilitering (egen regi) för att kunna erbjuda vård och omsorg till brukare inom ordinärt boende dygnet runt. Ansvarig sjuksköterska inom korttidsenheten ingår i hemtagningsteamet.

Antalet genomförda delegeringar av sjuksköterskor har ånyo ökat kraftigt inom hemsjukvård egen regi i ordinärt boende och LSS-verksamhet under året. Detsamma ses i verksamheten inom Estrids och Vilhelms gård. Möjliga orsaker kan ha sin grund i minskad kontinuitet bland undersköterskor och där nya medarbetare behöver anställas. Detta ställer krav på sjuksköterskor att pedagogiskt utbilda och handleda nya undersköterskor för eventuell ny delegering. Även fysioterapeuter har formaliserat delegeringar och ett litet antal har genomförts under året. Här behöver enheterna kontinuerligt följa upp huruvida verksamheten har tillräckligt med resurser och kompetens för att efterleva lagstiftningens krav (SOSFS 2010:659; SFS 1982:763).

Samverkan med patienter och närstående för att tillvarata synpunkter och klagomål handläggs inom respektive enhet. Vid MAS utredning av inkomna avvikelser och/eller klagomål involveras den enskilde och vid samtycke den närstående, enligt gällande patientsäkerhetslag. Under året informerades Akademiska sjukhuset om en allvarlig anmälan gällande brister i samband med utskrivning av en patient från Akademiska sjukhuset till kommunens korttidsboende. Med anledning av händelsen öppnade Inspektion för vård och omsorg (IVO) ett granskningsärende av berörd sjukhusenhet till följd av det inträffade.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Målet är en hög patientsäkerhet inom ramen för kommunens ledningssystem, där verksamhetens kvalitet och resultat tydliggörs för personal, patienter och övriga medborgare.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Socialnämnden ansvar

Socialnämnden skall fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen¹ ansvarar för att tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet och främja kostnadseffektivitet. Inom ledningssystemet ska ansvarig ta fram, fastställa och dokumentera arbetsrutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar

MAS ska tillsammans med verksamhetschef utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns i kommunal hälso- och sjukvård. MAS utövar sitt ansvar genom planering, styrning, kontroll och redovisning av verksamhetens arbete. I ansvaret ingår även att lagar, författningar och riktlinjer är väl kända och efterlevs i verksamheten.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och dennes ansvar

MAR ska tillsammans med verksamhetschef utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns i kommunal hälso- och sjukvård. MAR utövar sitt ansvar genom planering, styrning, kontroll och redovisning av verksamhetens arbete. I ansvaret ingår även att lagar, författningar och riktlinjer är väl kända och efterlevs i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att utveckla, medverka och följa rutiner och riktlinjer i det systematiska ledningssystemet samt efterleva gällande lagar och direktiv.

Hälso- och sjukvård inom kommunen

Kommunal hälso- och sjukvård i kommunens verksamhet erbjuds inom särskilt boende (SÄBO) för äldre och ordinärt boende samt inom verksamhet för stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) så som gruppboende och personliga assistenter. Kommunal hälso- och sjukvård bedrivs även inom kommunens socialpsykiatri.

- Estrids gård för äldre (SÄBO) som drivs i egen regi erbjuder 51 boendeplatser. Ytterligare tre boendeplatser finns att tillgå för parboende makar. När dessa är beviljade erbjuder Estrids gård totalt 54 boendeplatser. Inom verksamheten finns en korttidsavdelning med nio (9) korttidsplatser, demensavdelning med aderton (18) platser och omvårdnadsavdelning med totalt trettio (30) boendeplatser (inklusive tre parboendeplatser).
- Vilhelms gård för äldre (SÄBO) som drivs i privat regi av Förenade Care AB erbjuder 42 boendeplatser varav en (1) plats är för växelvård. Verksamheten har avdelningar med inriktning demensvård (25 platser) och omvårdnad (17 platser). Här finns också ytterligare fem (5) platser för beviljad dagverksamhet.
- Hemsjukvård (egen regi) för ordinärt boende, i form av sjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnastinsatser, tillhandahålls

¹ Verksamhetschef i Knivsta kommun är socialchefen.

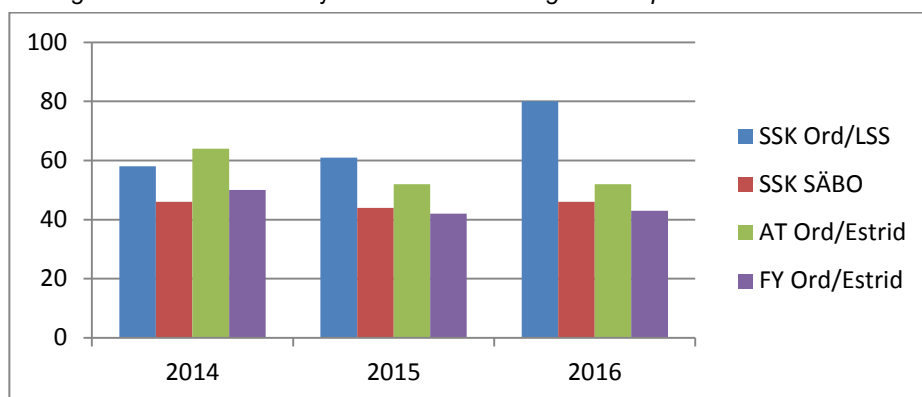
för personer 17 år och äldre. Kommunen ansvarar för förskrivning av hjälpmedel för personer från och med 21 års ålder.

- Lyckåsens gruppboende (LSS) som drivs av Frösunda AB erhåller hälso- och sjukvård av kommunens hemsjukvård (egen regi).
- Dadelvägens gruppboende (LSS) som drivs av Frösunda AB erhåller hälso- och sjukvård av kommunens hemsjukvård (egen regi).
- S:t Maria gruppboende som drivs av Svenska kyrkan (LSS) erhåller hälso- och sjukvård av kommunens hemsjukvård (egen regi).
- Verksamheter för personkrets inom LSS-verksamhet (personliga assistenter, boendestöd och daglig verksamhet) erhåller hälso- och sjukvård av kommunens hemsjukvård (egen regi).
- Kommunens socialpsykiatri (boendestöd) erhåller hälso- och sjukvård av kommunens hemsjukvård (egen regi).

Antal genomförda hälso- och sjukvårdsinsatser

Antalet genomförda hälso- och sjukvårdsinsatser per brukare av sjuksköterska i ordinärt boende har ökat under de senaste tre åren. Inom särskilda boende för äldre har insatserna varit relativt konstanta över tid (Estrids gård och Vilhelms gård). Genomsnittligt utnyttjande av parboende på Estrids gård för sammanboende par har varit två parlägenheter per månad under 2016. För arbetsterapeut och fysioterapeut är antalet genomförda hälso- och sjukvårdsinsatser inom hemsjukvård och Estrids gård i stort sett detsamma som föregående år.

Antal genomförd hälso- och sjukvårdsinsatser av legitimerad personal år 2014 - 2016²



På korttidsavdelningen på Estrids gård har under året in- och utskrivning av nyinflyttade alternativt utflyttade brukare genomförts cirka aderton (18) gånger/månad. Det motsvarar ungefär en brukare per vardag som flyttar in eller flyttar ut från korttidsboendet.

Sjuksköterska på korttidsavdelningen ansvarar även för vårdplaneringar som skall göras med Akademiska sjukhuset för utskrivningsklara patienter med behov av kommunala insatser. I genomsnitt genomför-

² Sjuksköterska (SSK); arbetsterapeut (AT); fysioterapeut (FY); ordinärt boende (Ord); stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS); Estrids gård (Estrid).

des 25 stycken vård- och omsorgsplaneringar med övriga professioner (biståndshandläggare, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast) under 2016.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelsehantering

Syftet med avvikelserapportering är att identifiera orsaker till det inträffade och genom systematisk analys av det inträffade förändra och förbättra arbetsrutiner så att det inte avvikelserna upprepas igen. Att rapportera risker, tillbud och negativa händelser är basen för allt patient-säkerhetsarbete. Rapportering av avvikelser genomförs av all personal vid en icke förväntad händelse avseende hälso- och sjukvård och som medfört eller skulle kunna medföra risk för patient/brukare. Personalen rapporterar avvikelser i kommunens digitala verksamhetssystem Siebel. Inom ett flertal kommunala enheterna analyseras och återkopplas avvikelser till medarbetare med olika tidsintervaller – veckovis via avvikelseråd eller månadsvis via arbetsplatsträffar.

Enligt kommunens riktlinjer för avvikelsehantering ska samtliga enheter som bedriver hälso- och sjukvård upprätta kontinuerliga träffar för avvikelseråd. Dessa råd/team av legitimerad och delegerad personal ska träffas med jämna intervaller för gemensam genomgång av periodens avvikelser. Syftet är att identifiera orsaker till det inträffade och implementera förbättrade arbetsmetoder för att avvikelserna inte ska inträffa igen. Inom Vilhelms gård bedrivs systematiska träffar för avvikelsehantering sedan långt tidigare. Inom Estrids gård har ett utvecklingsarbete för att komma igång med teamsamverkan (omsorg- och legitimerad personal) för systematiskt förbättringsarbete skett under 2016. Detta arbete behöver åter aktualiseras under år 2017. Inom ordinärt boende har inget systematiskt avvikelsearbete av hälso- och sjukvård genomförts under 2016. Inom LSS-verksamheterna (gruppboende) deltar kommunens sjuksköterska vid enheternas arbetsplatsmöten (APT) för att diskutera avvikelser och förbättringsarbete.

Tre gånger om året sammanställer MAS en rapport av samtliga avvikelser till socialnämnden. Förutom övergripande statistik identifieras riskområden med förslag till förändring av metoder och arbetssätt. Avvikelserapporten återkopplas till enhetschefer samt via MAS och MAR's hälso- och sjukvårdsmöten. Vid händelser som medfört allvarlig vårdskada eller risk för vårdskada rapporterar enhetschefer direkt till MAS för vidare utredning.

Under året har en allvarlig avvikelse inom ordinärt boende lett till internt utredning efter klagomål från anhörig och/eller personal. Ärendet resulterade i en anmälan om Lex Sarah till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under året har även en vårdkedjeavvikelse hos annan vårdgivare rapporterats som ett klagomål till IVO av MAS.

Nationella kvalitetsregister

BPSD-register

Beteende och psykiska symtom (BPSD) vid demenssjukdom är symtom som drabbar cirka 90 % av alla personer med demenssjukdom. Med hjälp av ett nationellt kvalitetsregister för BPSD-symtom vid demenssjukdom skapas möjlighet att förbättra omvårdnaden och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom. BPSD-symtom kan till exempel bestå av aggressivitet, hallucinationer, oro, apati, repetitiva upprepningar, vandringsbeteende, sömnstörningar mm. Med hjälp av en checklista analyseras förekomst och orsaker av BPSD-symtom. Sedan upprättas en individuell bemötandeplan.

Registrering i kvalitetsregister ska göras av utbildade administratörer. Utbildade administratörer finns enbart på Vilhelms gård. Inget kvalitetsarbete har genomförts via BPSD-registret under 2016. Idag finns BPSD-registret i 287 av Sveriges 290 kommuner.

BPSD_Production.rpt version: 2017-02-06

	Summa	2016-01	2016-02	2016-03	2016-04	2016-05	2016-06	2016-07	2016-08	2016-09	2016-10	2016-11	2016-12
Summa	924	45	73	84	99	97	85	6	44	85	119	115	72
Enköping	153	6	13	12	12	17	18	1	5	20	22	18	9
Heby	89	5	20	8	8	15	3	0	9	4	1	7	9
Häbo	103	7	9	13	6	7	11	0	0	12	18	12	8
Knivsta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierp	91	6	2	9	9	8	6	0	1	1	24	16	9
Uppsala	334	19	21	31	38	29	29	3	19	41	35	48	21
Älvkarleby	9	1	2	1	0	1	0	0	1	0	2	0	1
Östhammar	146	1	6	10	26	20	18	2	9	7	17	14	15

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Genom ett systematiskt och interprofessionellt teamarbete identifieras risker för fall, nedsatt munhälsa, trycksår och undernäring varmed individuella åtgärdsplaner och uppföljningar förebygger ohälsa hos den äldre. I teamet ingår sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och undersköterska/vårdbiträde. Det systematiska arbetet med Senior Alert har genomförts inom SÄBO för äldre (demens och omvårdnadsavdelning).

Under år 2016 har totalt 170 stycken brukare bott på SÄBO för äldre (inklusive korttidsboende) i Knivsta kommun. För femtionio (59) av dessa brukare har riskbedömningar genomförts. Det motsvarar cirka 35 % av det totala antalet boende brukare på SÄBO under 2016. Totalt antal genomförda riskbedömningar under året är tvåhundra-trettio-tre (233) stycken. Av dessa har totalt hundrafyrtiofem (145) risker identifierats (fall, nedsatt munhälsa, trycksår och undernäring).

Identifiering av risk för fall (DFRI)

Av femtioåtta (58) stycken genomförda riskbedömningar har 86 % brukare med fallrisk identifierats. Förebyggande åtgärder har planerats för 70 % av dessa personer. 5,7 % av dessa planerade åtgärder har genomförts.

Identifiering av risk för nedsatt munhälsa (ROAG)

Av femtioåtta (58) stycken genomförda riskbedömningar har 65,5 % brukare med nedsatt munhälsa identifierats. Förebyggande åtgärder har planerats för 63 % av dessa personer. 4,1 % av dessa planerade åtgärder har utförts.

Identifiering av risk för trycksår (Norton)

Av femtioåtta (58) genomförda riskbedömningar har 36 % brukare med risk för trycksår identifierats. Förebyggande åtgärder har planerats för 57,1 % av dessa personer. 16,6 % av dessa planerade åtgärder har utförts.

Identifiering av risk för undernäring (MNA)

Av femtionio (59) genomförda riskbedömningar har 61 % brukare med risk för undernäring identifierats. Förebyggande åtgärder har planerats för 69,4 % av dessa personer. 16 % av dessa planerade åtgärder har genomförts.

Punktprevalensmätning (PPM)

Samtliga kommuner anslutna till Senior Alert erbjuds möjligheten att nationellt mäta fallolyckor och trycksår hos brukare boende på SÄBO för äldre. Registreringar genomförs under två mätperioder, vecka 11 och 40. Enbart Vilhelms gård deltog i punktprevalensmätningen under år 2016. Den genomsnittliga PPM-mätningen visar att riskområdena för trycksår är hud kring häl, ryggslut, sacrum och fotknölar.

PPM-mätning år 2016.

Risikfaktor per vecka	Genomsnitt Sverige 2015	Genomsnitt Sverige 2016	Estrids och Vilhelms gård 2015	Vilhelms gård 2016
Fall v 11	Risk för fall: 80% Brukare som fallit minst 1g/senaste 2 veckor: 7%	Risk för fall: 79,2% Brukare som fallit minst 1g/senaste 2 veckor: 6,8%	Brukare som fallit minst 1g/senaste 2 veckor: 6%	Brukare som fallit minst 1g/senaste 2 veckor: 13%
Fall v 40	Risk för fall: 80% Brukare som fallit minst 1g/senaste 2 veckor: 7%	Risk för fall: 79,6% Brukare som fallit minst 1g/senaste 2 veckor: 6,6%	Brukare som fallit minst 1g/senaste 2 veckor: 9%	Brukare som fallit minst 1g/senaste 2 veckor: 23,6%
Trycksår v11	Risk för trycksår: 31% Andel med trycksår: 8%	Risk för trycksår: 29,9% Andel med trycksår: 7,8%	Andel med trycksår: 7%	Andel med trycksår: 5,3%
Trycksår v 40	Risk för trycksår: 31% Andel med trycksår: 7,5%	Risk för trycksår: 29,9% Andel med trycksår: 7,6%	Andel med trycksår: 8%	Andel med trycksår: 0%

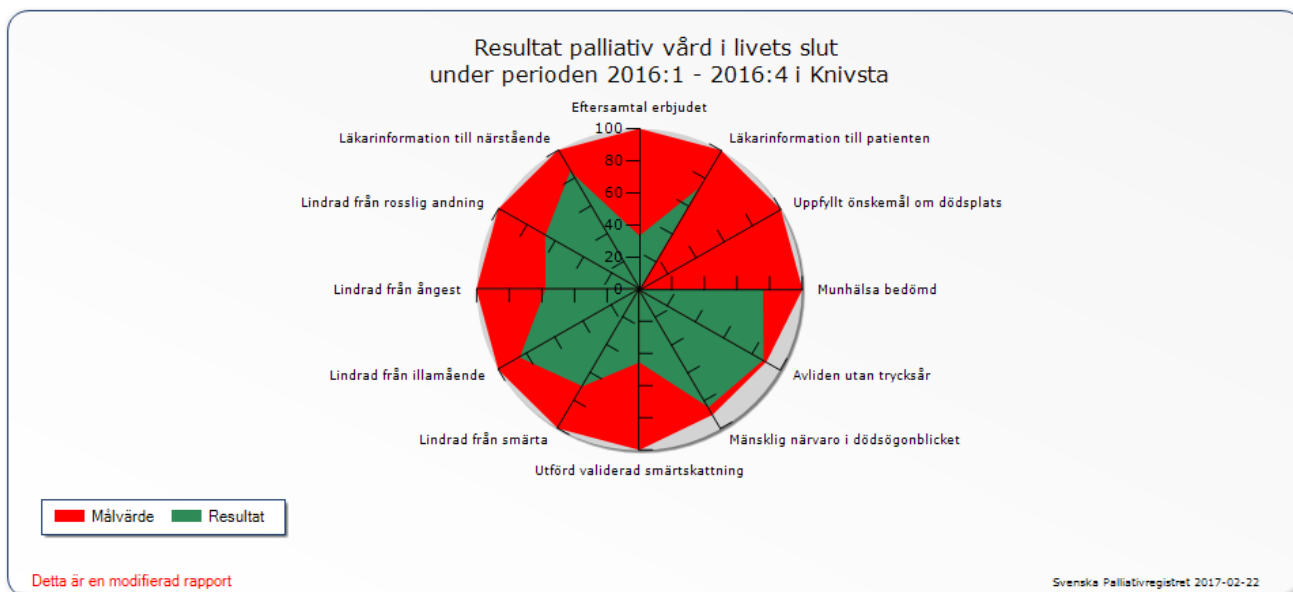
Svenska Palliativa registret

Svenska palliativa registret (SPR) är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att kvalitetssäkra och förbättra vården i livets slutskede för brukare, oavsett vårdgivare. Målet är att den enskilde skall erhålla god palliativ vård ända tills livets slut inom sitt boende, såväl i det ordinära som i det särskilda boendet. Genom registrering, mäts hur väl enheter lever upp till nationella definitioner av god vård i livets slutskede. Registrering i Svenska palliativa registret görs av legitimerade sjuksköterskor inom SÄBO för äldre, inklusive demens- och korttidsboende.

Definitioner av god vård i livets slutskede är bl.a. dokumenterat brytpunktssamtal inför allra sista tiden i livet, ordination mot ångest och smärta, dokumenterad symtomlindring och smärtskattning, dokumenterad munhälsa och efterlevandesamtal. Enligt kommunens handlingsplan för *Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre* är målet för samtliga palliativa indikatorer att uppnå 100% följsamhet. Vid dödsfall registreras att den enskilde har avlidit.

Diagrammet nedan visar resultat av genomförd palliativ vård för avlidna personer 65 år och äldre i Knivsta kommun för år 2016 (grönt resultat). Det röda fältet visar målresultat för god palliativ vård och omsorg enligt Nationella riktlinjer.

Resultat palliativ vård i livets slut inom äldreomsorgen i Knivsta kommun år 2016



Inom SÄBO för äldre avled totalt 24 personer. Av dessa var tjugo (20) dödsfall förväntade dödsfall och registrerades i SPR. Inom det ordinära boendet har tjugosex (26) brukare avlidit. Ingen av dessa brukare, med insatser av antingen sociala och/eller vårdinsatser, har avlidit i sitt ordinarie hem. Ingen av dessa har registrerats i SPR.

Täckningsgrad av Socialstyrelsens palliativa indikatorer över tid, mellan år 2014 – 2016, för personer 65 år och äldre visar att förbättring har skett inom vissa områden.

Täckningsgrad av Socialstyrelsens palliativa indikatorer 2014 - 2016

	2014	2015	2016
Dokumenterat brytpunktssamtal	67,6%	68,2%	64,1%
Ordination injektion mot ångest	86,5%	86,4%	89,7%
Ordination injektion mot smärta	91,9%	86,4%	92,3%
Avlidna utan trycksår	89,2%	93,9%	94,9%
Förväntade dödsfall	84,1%	89,1%	83%
Dokumenterad symtomskattning	24,3%	64,7%	25,6%
Dokumenterad smärtskattning	43,2%	68,2%	46,2%
Dokumenterad munhälsa	54,1%	70,6%	64,1%
Dokumenterat efterlevandesamtal erbjudet	37,5%	58,3%	33,3%

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Delegeringar

Med delegering menas att någon som är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, formellt och reellt kompetent för medicinska uppgifter, överlåter dessa till en person som saknar formell kompetens. Delegering får endast ske när det är förenligt med god och säker vård. Delegering får inte göras för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Verksamhetschefen ansvarar för att delegeringar är aktuella.

Behov och lämplighet att delegera i det enskilda fallet kräver alltid en professionell bedömning. För detta ansvarar den legitimerade sjuksköterskan, arbetsterapeuten och fysioterapeuten. Som ett led i säker delegeringsprocess ska följande pedagogiska moment ingå:

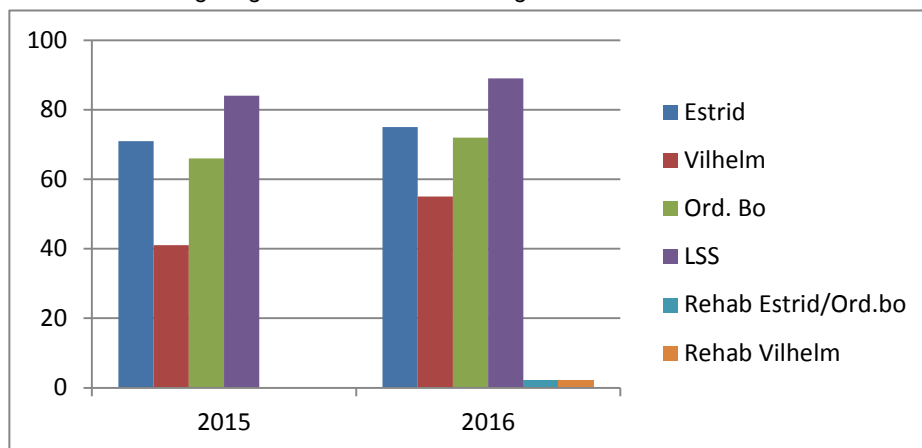
- teori och kunskapstest
- praktisk handledning
- repetition och uppföljning av delegatens kunskaper

Under året har den nya delegeringsprocessen (teori, praktik och handledning) för sjuksköterskornas hälso- och sjukvårdsuppgifter integrerats i verksamheterna. Delegeringsförfarande av rehabiliterande arbetsuppgifter har utvecklats under året och avser specifika arbetsuppgifter från fysioterapeutens arbetsområde.

Exempel på medicinska arbetsuppgifter och omvårdnadsbehandlingar som delegerats under året av sjuksköterska är administrering av läkemedel i tablettform, injektioner, inhalationer, narkotiska plåster och klysmå, tekniska läkemedelspumpar, ögon- och örondroppar, vagitorier och suppositorier. Hantering av urinvägskateter och urostomi, skötsel och administrering av sondnäring med hjälp av teknisk pump, stomivård, såromläggning (kategori 1-2, kategori 3-4), kappilärprovtagning, puls och blodtryckskontroller. Arbetsuppgifter för matning vid sväljsvårigheter har också delegerats.

Exempel på rehabiliterande arbetsuppgifter som delegerats av fysioterapeut under 2016 är avancerad kontrakturprofylax, ståträning med restriktioner och individuella träningsprogram.

Genomförda delegeringar inom vård och omsorg år 2015 och 2016



Individuellt förskrivna hjälpmedel

Implementering av upprättad checklista för kontroll av individuellt förskrivna hjälpmedel på Estrids gård har genomförts under året.

Inkontinensvård

Inom SÄBO för äldre och inom hemsjukvård i ordinärt boende samt LSS-verksamhet finns minst en sjuksköterska med förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Inom SÄBO för äldre utreder sjuksköterskan problem med inkontinens och samarbetar med omsorgspersonal angående åtgärder som behöver vidtas.

Under året har ett utbildningstillfälle anordnats för hygienombud och sjuksköterskor tillsammans med landstingets sjuksköterska och samordnare för inkontinensfrågor i länet.

Inkontinensutredningar

I den inkontinensutredning som genomförs på Vilhelms gård ingår bland annat läckagemätning, läkemedelsgenomgång, mätning av Body Mass Index (BMI), uppföljning toalettvanor. Innehållet i inkontinensutredningen som genomförs för brukare på Estrids gård är läckagemätning i två dygn. Inom ordinärt och LSS-verksamhet genomförs inga inkontinensutredningar.

Inkontinensmodulen i Senior Alert används inte inom vård och omsorg.

Brukare med inkontinensproblem

Totalt antal brukare (%) med inkontinensproblematik

- Estrids gård: ca 87%
- Vilhelms gård: ca 90%
- Ordinärt boende: ca 77%
- LSS-verksamhet: ca 25%

Läkemedelshantering

Årlig tillsyn av läkemedelshantering

Årlig tillsyn av läkemedelshantering har genomförts av MAS inom SÄBO för äldre, hemsjukvård (ordinärt boende) samt boende och enheter inom stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Lokala rutiner för läkemedelshantering finns i verksamheterna och har uppdaterats under året av ansvariga sjuksköterskor. Uppföljning av åtgärdsplan för varje enhet har skett tillsammans med MAS och ansvariga sjuksköterskor och respektive chef.

Utbildning inom farmakologi

Utbildning inom farmakologi för sjuksköterskor gällande äldre och läkemedel har erbjudits till ansvariga chefer. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal på Vilhelms gård har genomgått utbildning om äldre och läkemedel.

Årlig läkemedelsgång för brukare

Läkemedelsgenomgång för brukare skall genomföras årligen eller vid förändrat hälsotillstånd³. Den kommunala sjuksköterskan deltar i den årliga medicinska vårdplaneringen då han/hon ansvarar för brukarens läkemedelshantering. Det gäller inom SÄBO för äldre, såväl inom hemsjukvård i ordinärt boende samt inom verksamhet för stöd och service (LSS) och socialpsykiatri.

Olämpliga läkemedel

Förskrivning av olämpliga läkemedel till personer 75 år och äldre har ånyo minskat från de två föregående åren. Inför systematiska läkemedelsgenomgångar ansvarar den legitimerade sjuksköterskan att PHASE-20⁴ alternativt PHASE Proxy⁵ bedömning genomförts för de brukare som erhåller hälso- och sjukvårdsinsatser på SÄBO för äldre, inklusive demens- och korttidsboende.

³ SOSFS 2000:1

⁴ Symtomskattningsskalan PHASE-20 används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar och interaktionseffekter, <http://www.lul.se/phase-20>.

⁵ Symtomskattningsskalan PHASE Proxy används för att identifiera symtom hos personer med svår kognitiv svikt som kan ha samband med läkemedelsbehandling. <http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/728/2c%20PHASE-Proxy.pdf>

Medicinska vårdplaneringar

En medicinsk vårdplanering innebär en plan för fortsatt medicinskt omhändertagande av brukaren, inklusive önskemål om vårdnivå vid försämrat hälsotillstånd. Den skall genomföras årligen av primärvårdens läkare, ansvarig kommunal sjuksköterska, brukare och vid samtycke även närstående. En medicinsk vårdplanering skall genomföras vid

- inflyttning till SÄBO för äldre
- försämrat hälsotillstånd
- och vid vård i livets slut

Inom SÄBO för äldre ska samtliga brukare ha minst en genomförd medicinsk vårdplanering med ett tillhörande dokument för medicinsk vårdplan. Inom ordinärt boende för personer 65 år och äldre samt för brukare inom LSS och socialpsykiatri skall det upprättas en medicinsk vårdplan alternativt en samordnad individuell vårdplan (SIP) med information om aktuell vårdnivå.

Genomförd PHASE-20/PHASE Proxy, läkemedelsgenomgång och medicinsk vårdplan inom SÄBO och ordinärt boende år 2016.

	<i>Genomsnitt Uppsala län SÄBO</i>	<i>Estrids Gård SÄBO</i>	<i>Vilhelms gård (SÄBO)</i>	<i>Ordinärt boende Knivsta</i>
PHASE-20 PHASE Proxy	Inga uppgifter	61%	82,5%	Inga uppgifter
Aktuell ⁶ läkemedelsgenomgång	67%	61%	82,5%	Inga uppgifter
Aktuell medicinsk vårdplan	67%	61%	82,5%	Inga uppgifter

Rehabilitering

Rehabiliteringsjournal upprättas då brukaren har behov av arbetsterapeutisk eller fysioterapeutisk/sjukgymnastisk insats. Rehabiliteringsinsatser inriktar sig på att brukaren ska kunna vara aktiv och delaktig i de dagliga aktiviteterna och bibehålla eller förbättra sina funktioner. I arbetet ingår handledning, information och utbildningen till övrig vård- och omsorgspersonal eller anhörig.

Hjälpmiddel förskrivs till personer från och med 21 års ålder med rörelsehinder eller kognitiv funktionsnedsättning. Hjälpmedelförskrivning utförs av legitimerad arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast. Förskrivning av hjälpmedel skall utföras utifrån förskrivningsprocessen; bedömning, utprovning, instruktion, specialanpassning och uppföljning. Nya förskrivare får introduktionsutbildning av MAR. Utifrån patientlagens intentioner ger den förskrivande den enskilde en möjlighet till val av produkt utifrån upphandlat sortiment.

Periodisk inspektion av lyftselar utförs alltid två gånger per år. Lyftar besiktigas varje år. Dessa åtgärder säkerställer kvalitet och säkerhet kring lyftmomentet. El rullstolar följs upp årligen för att säkra att brukaren kan framföra elrullstolen ändamålsenligt och att inga medicinska

⁶ Läkemedelsgenomgång ej äldre än tolv månader.

förändringar skett. Registrering av hjälpmedel sker i datasystem och i hälso- och sjukvårdsjournal för spårbarhet.

På särskilda boenden finns hjälpmedel som klassificeras basutrustning. Det är hjälpmedel som kan användas av enskilda brukare som bor på det särskilda boendet. Dessa är inte individuellt förskrivna utan ansvaras utav verksamhetens utförare. Arbetsterapeuten utfärdar också intyg om bostadsanpassning.

Vård och omsorg till personer med demenssjukdom

Demensavdelning finns på samtliga SÄBO för äldre. Inom demensenheten på Vilhelms gård och Estrids gård finns varsin högskoleutbildad Silviasyster i verksamheten. Inom verksamheten för Estrids gård är ytterligare en undersköterska under utbildning och examen beräknas till juni 2017.

Utbildning

Den webbaserade demensutbildningen Demens ABC (för undersköterskor) och Demens ABC Plus (för legitimerad personal) av Svenskt demenscentrum har genomförts fortlöpande under året.

Personal inom kommunens vård och omsorg har erhållit utbildning gällande kommunens riktlinjer om tvång- och begränsningsåtgärder under två tillfällen av MAS och MAR. Kommunens checklista/riskanalis för situationer där tvång- och begränsningsåtgärder kan uppstå har justerats under året.

Antal medarbetare/enhet (%) som genomfört e-utbildning inom demenskunskap per 161231

	Estrids gård	Vilhelms gård	Hemsjukvård ⁷	Ordinärt boende; hemtjänst
Demens ABC	95%	80%		90%
Demens ABC Plus		75%	6%	

Tillsyn under natten

Inom SÄBO för äldre och respektive demensavdelningar finns rutiner för tillsyn under natten. Rutinen är att demensavdelningen alltid bemannas av en undersköterska/vårdbiträde. Sedan finns ytterligare resurs som hjälper till på demensavdelningen och de övriga våningsplanen.

Demensteam

Inget kommunalt demensteam finns i Knivsta kommun.

Vårdhygien

Alla enheter inom socialnämnden där hälso- och sjukvård bedrivs skall följa länsövergripande direktiv och föreskrifter för basala hygienrutiner.

⁷ Legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter

Varje enhet ska bemannas med minst ett hygienombud som i samråd med landstingets hygiensjuksköterska och kommunens MAS delta i fortlöpande utbildning. Förutom att handleda och sprida information till berörda medarbetare skall ombud genomföra egenkontroller och hygienronder tillsammans med hygiensjuksköterska.

Under året har kommunens riktlinje för basala hygienrutiner uppdateras med ansvarsbeskrivning för hygienombud.

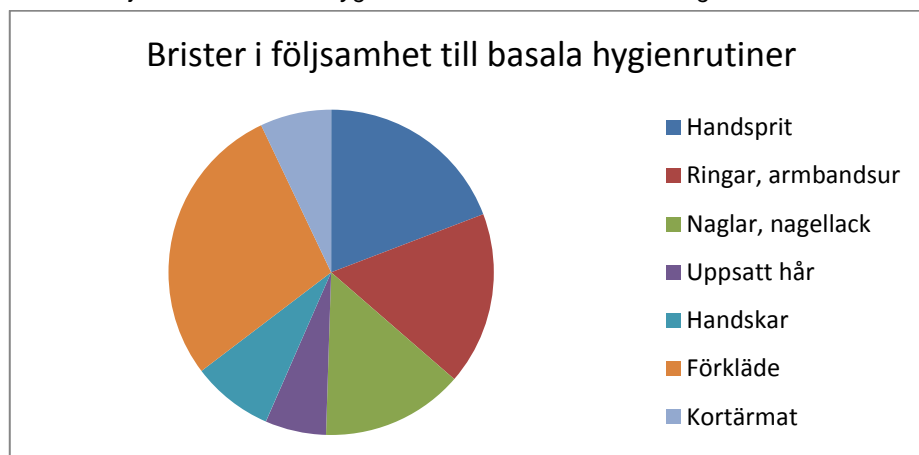
Hygienombud och utbildning

Samtliga enheter inom vård och omsorgs förutom inom socialpsykiatri, har utsedda hygienombud. Grundutbildning till nya hygienombud (sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska/vårdbiträde) har genomförts för 5 nya ombud. Vårdhygiens specialistutbildning för legitimerad personal och chefer har genomförts av 2 personer. Fortbildning till samtliga ombud har erhållits två gånger av landstingets hygiensjuksköterska och MAS.

Egenkontroll

Alla enheter utom socialpsykiatri och LSS-verksamheten har genomfört egenkontroll för följsamhet till basala hygienrutiner. Totalt åttiofyra (84) medarbetare från vård och omsorg deltog i undersökningen. Resultatet nedan visar procentuella siffror i områden där brister i följsamhet till hygienrutiner förekommer enligt SOSFS 2015:10.

Brister i följsamhet till basala hygienrutiner inom vård och omsorg år 2016



Infektionsregistrering

Infektionsregistrering på särskilt boende för äldre (SÄBO) i samråd med Vårdhygien har genomförts sedan november 2016.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Delegeringsprocess

Under året har den nya delegeringsprocessen (teori, praktik och handledning) för sjuksköterskornas hälso- och sjukvårdsuppgifter implementerats inom vård och omsorg (ordinärt och särskilt boende, LSS-verksamhet samt socialpsykiatri).

Förebyggande samarbete

Samverkansmöten mellan Enheten för hemsjukvård och rehabilitering och Knivsta vårdcentral har åter startats upp under året. Möten mellan chefer och legitimerad personal sker var tredje månad.

Samverkansmöten för arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har startat upp mellan Enheten för hemsjukvård och rehabilitering och Knivsta vårdcentral samt tillsammans med Knivsta Husläkargrupp.

Samverkansmöten mellan Enheten för hemsjukvård och rehabilitering tillsammans med Familjeläkarna Luthagen genomförs en gång per termin eller mer ofta vid behov.

Hälso- och sjukvårdsmöten av MAS och MAR

Var tredje månad har hälso- och sjukvårdsmöten anordnats av MAS och MAR för legitimerad personal och chefer. Även andra yrkesgrupper har inbjudits då ett flertal möten berör samverkan mellan utförare inom äldreomsorg, LSS, socialpsykiatri och myndighet. Samtliga frågeställningar och beslut från dagordningen har dokumenterats.

Inrättande av MAR-funktion

Funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har inrättats i kommunen. Därmed har kommunens rehabilitering och rehabiliteringsuppdrag förtydligats samt att samarbetet mellan olika vårdgivare främjats. Riktlinjer och övergripande rutiner för hjälpmedel och medicinteknisk utrustning har upprättats. Brukare i kommunen kan ha insatser från flera huvudmän samtidigt varmed det är viktigt att kommunens uppdrag för rehabilitering förtydligas.

MAR har deltagit i flera länsövergripande projekt rörande habilitering och rehabilitering i samverkan med landstinget.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Implementering av verksamhetssystemet Siebel till NPÖ för legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård har genomförts under 2015. Under 2016 har implementering av access till nödvändig information för legitimerad personal via NPÖ genomförts för de patienter som är inläggande inom slutenvård. Inga anteckningar och epikriser av legitimerad personal får längre faxas mellan landstingets slutenvård och kommunens hälso- och sjukvård.

Riktlinjer för egenvård

Befintliga riktlinjer för egenvård har justerats och uppdaterats av MAS för bättre tydlighet.

Riktlinjer och rutiner för vård- och omsorgsplanering

Förberedande justeringar har genomförts med anledning av kommande förändringar gällande utskrivningsklara patienter från slutna vård med behov av kommunala insatser efter utskrivning. Befintliga rutiner har justerats av MAS för att förberedande vård- och/eller omsorgsplanering ska ske mellan landstingets slutna vård och kommunen, för de brukare som beviljas bistånd inom verksamheter för stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och inom socialpsykiatri. Förberedande utskrivningsplanering skall ske även om brukarna inte erhåller hemsjukvård.

Sedan år 2015 genomförs samtliga vårdplaneringar med Akademiska sjukhuset via kommunens videokonferensutrustning tillsammans med biståndshandläggare och legitimerad personal.

Systematiskt kvalitets- och ledningssystem

Ett systematiskt kvalitets- och ledningssystem implementerades inom kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet och socialtjänst under år 2014. Fortsatt utveckling av MAS och MAR riktlinjer och övergripande arbetsrutiner har genomförts under.

Under året har ett arbete med att göra samtliga riktlinjer och övergripande rutiner för hälso- och sjukvård tillgängliga på kommunens hemsida startats upp av MAS. Syftet är att privata utförare inom vård och omsorg alltid ska ha tillgång till aktuell och nödvändig hälso- och sjukvårdsinformation.

Utbildning till omsorgspersonal

Implementering av kontinuerliga utbildningsinsatser av rehabiliterande personal till omsorgspersonal inom verksamheten på Estrids gård gällande hjälpmedel och förflyttningsteknik har genomförts under året.

Utbildning anordnad av MAS och MAR

Utbildningsinsatser har erbjudits av MAS och MAR eller av externa föreläsare i samråd med de medicinskt ansvariga.

- Tvågs- och begränsningsåtgärder med tillhörande blankett för riskanalys.
- Patientlagens innehåll och intentioner samt praktiskt innehåll av sekretess och tystnadsplikt.
- Förskrivarutbildningar inom alla hjälpmedelskategorier.
- Arbetsrutiner för ny delegeringsprocess till sjuksköterskor (teori, praktik och handledning).
- Informationsverktyget PRATOR för sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och biståndshandläggare.
- Rutiner vid vårdplanering och videokonferensutrustning för sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och biståndshandläggare.
- Allmän palliativ vård för legitimerad personal samt för omsorgspersonal och chefer inom äldreomsorgen.

-
- Allmän palliativ vård för sjuksköterskor och läkare från tillhörande vårdcentraler samt palliativ ombud från äldreomsorgen och hemsjukvården av Svenska palliativregistret.
 - Dokumentationsprocessen för legitimerad personal gällande anamnes, status och hälsoplaner, dvs. vård- och rehabiliteringsplaner.
 - Vidareutbildning om basala hygienrutiner för hygienombud och chefer.

Utveckling av standardiserad egenvårdsblankett

En standardiserad mall för beslut om egenvård har utvecklats och införts i verksamhetssystemet Siebel av MAS. Dokumentet är utformat så att det med fördel ska kunna användas av andra huvudmän i samverkan kring brukaren/patienten.

Utveckling av befintligt verksamhetssystem

I samverkan mellan MAS och kommunens systemansvarige har ett utvecklingsarbete i Siebel av dokumentationsprocessen genomförts. Med hjälp av hälsoplaner, dvs. vård- och rehabiliteringsplaner, ska nödvändig information samlas ihop och struktureras i kronologisk ordning.

Webb-utbildning

Olika webb-utbildningar har genomförts av personal inom vård och omsorg (inom ordinärt och särskilt boende samt inom LSS-verksamheten).

- Basala hygienrutiner
- Delegering av läkemedel (inför mottagande av delegering)
- Delegering av insulin (inför mottagande av delegering)
- Demens ABC
- Demens ABC Plus
- Förskrivningsprocessen

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Patientsäkerhetsgruppen

Samverkan sker mellan Uppsala läns landsting och MAS och MAR från länets kommuner gällande patientsäkerhetsfrågor, inklusive avvikelser i vårdkedjan mellan kommun och landsting.

Uppsala läns landstings tandvårdsenhet

Samverkan sker med Uppsala läns landstings tandvårdsenhet gällande utfärdare av tandvårdsstöd, utbildning inom munhälsobedömning och tandvård. Ingen samlad statistik från landstinget har erhållits för 2016.

Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre

Samverkansgruppen för *Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre* med representanter från äldreomsorg, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård har under året fortsatt sitt operativa arbete. En lokal politisk fastställd handlingsplan finns sedan tidigare.

Vård i samverkan (ViS)

Information om var och hur samverkansdokument (ViS) mellan kommuner och landsting i DocPlus finns att tillgå, har förtydligats av MAS och MAR för enhetschefer och legitimerad personal. Dokumenten finns tillgänglig för allmänheten på kommunens hemsida. ViS-dokument utgör bl.a. underlag för beslut som fattas i samverkansgrupp för Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Tillsyn av MAS

MAS utövar sitt ansvar genom planering, styrning, kontroll. Genom anmäld och oanmäld tillsyn över läkemedelsförråd, låsta medicinskåp, granskning av dokument och journaler, uppföljning av lokalt skrivna rutiner, samtal med personal och chefer etc. analyseras om brister finns i verksamheten.

Uppföljning och utredning, av chefer rapporterade allvarliga avvikelser samt sammanställning, analys och återkoppling till enheter av tertiärens avvikelser är viktiga inslag för förbättring och kvalitetsutveckling. Varje avvikelse rapport av MAS innehåller råd och direktiv om förslag till nya arbetsmetoder och strategier.

Tillsyn av MAR

MAS utövar sitt ansvar genom planering, styrning, kontroll. Genom styrning och kvalitetssäkring, avvikelshantering och lex Maria, journalgranskning samt övergripande ansvar för hjälpmedelshandlingen analyseras om brister finns i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Rutiner för avvikelshantering

Hälso- och sjukvården rapporterar avvikelser via verksamhetssystemet Siebel eller via manuell blankett. Alla avvikelser skall rapporteras skyndsamt och utan dröjsmål. Den som upptäcker avvikelsen skriver rapport. Avvikelsen skall även dokumenteras i vederbörandes journal. Ansvarig legitimerad personal dokumenterar planerad och genomförd åtgärd innan avvikelse rapporten lämnas vidare till enhets-

chef/verksamhetschef. Vid misstanke om allvarlig avvikelse informeras MAS omgående för vidare utredning.

I enlighet med kommunens riktlinjer ska individuella avvikelser åtgärdas utan dröjsmål och analyseras kontinuerligt av berörd legitimerad yrkeskategori.

Därefter ska legitimerad personal redovisa avvikelser veckovis för övriga medarbetare under teammöten och/eller vid APT-möten 1 gång/månad. Sammanställning av rapporterade avvikelser sker 3 gånger/år av respektive enhetschef som sedan vidarebefordrar till MAS. Där sker ytterligare analys av allt samlat material vilket sedan redovisas för ansvarig nämnd var fjärde månad. Hos privat utförare för SÅBO presenteras en egen sammanställning av årets totala avvikelser på ledningens genomgång enligt företagets kvalitetsledningssystem ISO 9901.

Avvikelser

Totalt antal rapporterade avvikelser för 2016 är 946 stycken⁸ (1147 år 2015). Det är en förbättring av inkomna avvikelser med 17,5% från föregående år.

Fall

Fall utgör den största gruppen avvikelser och under året rapporterades totalt 503 fallolyckor (524 fall/år 2015; 428 fall/år 2014; 260 fall/år 2013). Övervägande fallolyckor är fall utan skada. Av samtliga fallolyckor krävde sjutton (17) sjukhusvård till följd av frakturer, mjuk- och vävnadsskada och svårare skärsår.

En stor del av fallen berör enstaka brukare med demenssjukdom där bland annat symtom som oro, vandringsbeteende, nedsatt avståndsbedömning och kognitiva svårigheter att ta emot instruktioner för hjälpmedel och att påkalla hjälp är riskfaktorer. Även nedsatt allmäntillstånd till följd av sjukdom och funktionsnedsättning, sjukdomar och läkemedel, försämrad nutrition och munhälsa samt alkoholpåverkan hos äldre är riskfaktorer för fall.

Läkemedel

Avvikelser inom läkemedelshantering utgör den näst största gruppen rapporterade händelser och totalt rapporterade läkemedelsavvikelser var 339⁹ (440 stycken/år 2015; 363 stycken/år 2014; 298 stycken/år 2013). Inom läkemedelshanteringen utgör undergruppen uteblivna doser den största avvikelserna och som har sin orsak i att delegerad omsorgspersonal glömt att administrera ordinerad dos.

Som ett led i avvikelshanteringen arbetar enheterna med egenkontroll, dvs. uppföljning av att läkemedelsinsatser blir genomförda. Inom Vilhelms gård sker också kontinuerliga återrapporteringar till delegerad personal av inkomna läkemedelsavvikelser via avvikelseråd.

⁸ För tertial 2 år 2016 redovisade inte Estrids gård några rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.

Övriga rapporterade avvikelser

Brister i omvårdnad: 59 rapporterade avvikelser

Brister i dokumentation: 5 rapporterade avvikelser

Medicintekniska produkter: 3 rapporterade avvikelser

Missförhållande/övergrepp¹⁰: 1 rapporterade avvikelser

Trycksår: 2 rapporterade avvikelser

Vårdkedjeproblematik: 37 rapporterade avvikelser

Arbetsmetoder för egenkontroll av verifiering av administrerad läkemedelsdos av delegerad personal behöver utvecklas och förbättras. Kontinuerlig återkoppling av avvikelser för förbättring av arbetsmetoder behöver implementeras av ansvariga enhetschefer.

Betalningsdagar för utskrivningsklara patienter

För ineliggande patienter på Akademiska sjukhuset och som har ett behov av kommunala vård- och omsorgsinsatser efter hemgång, ska en vårdplanering genomföras mellan sjukhuset och kommunens representanter i samråd med patienten. Med hjälp av videokonferensutrustning genomförs vård- och omsorgsplaneringen av biståndsandläggare och legitimerad personal. Från läkarens beslut om att patienten är utskrivningsklar, dvs. färdigbehandlad, har kommunen fem (5) dagar till förfogande för att planera brukarens/patientens hemkomst och att komma igång med beviljade insatser. Enligt gällande lagstiftning blir kommunen betalningsansvarig för varje dag, utöver dessa fem planeringsdagar, som patienten inte skrivs ut från sjukhuset till sitt boende [ordinärt eller särskilt boende] (SFS 1990:1404).

Under året genomfördes tjugofem (25) vård- och omsorgsplaneringar för utskrivningsklara patienter med behov av kommunala vård- och omsorgsinsatser efter hemkomst. För elva (11) patienter krävdes fler än fem dagar för kommunen att planera och komma igång med beviljade insatser.

Antalet utskrivningsklara patienter som väntat 1-5 respektive >5 vårddygn

Ordinärt boende	1-5 vårddygn	3 patienter
Korttidsboende	1-5 vårddygn	11 patienter
Ordinärt boende	> 5 vårddygn	6 patienter
Korttidsboende	> 5 vårddygn	4 patienter
Särskilt boende	> 5 vårddygn	1 patient

Lex Maria

Inga rapporter om vårdskada eller risk för vårdskada har inkommit till MAS under året.

¹⁰ Rutiner som inte efterföljts inom Enheten för hemtjänst och som resulterat i en anmälan till IVO enligt lex Sarah.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Inom SÄBO finns brevlådor utplacerade på avdelningarna med tillhörande informations-blad om hur klagomålshantering fungerar och hur synpunkter tas om hand av verksamheten. Enhetschef följer upp inkomna synpunkter regelbundet.

Därefter registreras klagomålet och kontakt etableras via mail eller telefon. Under APT-möten, som sker 1 gång/månad, analyseras och diskuteras inkomna synpunkter med samtliga medarbetare. Sedan återkopplas information om hur och vad verksamheten beslutat till den enskilde som lämnat klagomålet. Anonyma synpunkter registreras och sammanställs tillsammans med övrigt material.

Brukare och närstående kan kontakta MAS och MAR via kommunens kontaktcenter vid synpunkter och klagomål.

Klagomål till Inspektion för vård och omsorg (IVO)

Under året har en rapporterad vårdkedjeavvikelse anmälts till IVO av MAS. En utskrivningsklar patient skickades till sitt ordinära boende trots beslut om beviljad korttidsplats. Händelsen rubricerades som allvarlig.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

En gång/år sammanställs och analyseras synpunkter och klagomål av nämndsekreterare och rapporteras till ansvarig nämnd. Synpunkter och klagomål från privat utförare analyseras med hjälp av specifik blankett innehållande orsaksanalys, åtgärd/korrigeringsresultat/uppföljning. Ansvarig chef följer upp klagomål med anhöriga och personal samt återkopplar resultatet. En egen sammanställning av årets samtliga synpunkter och klagomål redovisas för den egna ledningen enligt företagets kvalitetsledningssystem ISO 9901. Privat utförare rapporterar också klagomål och synpunkter till socialnämndens förvaltning.

Inga inkomna klagomål och synpunkter via Patientnämnden och IVO har inkommit under året.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Brukare och närstående erbjuds av MAS och MAR att medverka i patientsäkerhetsarbete vid utredningar genom att muntligt och skriftligt delge sina upplevelser, iakttagelser och synpunkter.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

BPSD-registret

Registrering i registret för beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) har inte genomförts på kommunens SÄBO för äldre under året.

Senior Alert

Under år 2016 har totalt 170 antal brukare bott på SÄBO för äldre i Knivsta kommun. Av dessa har 59 brukare fått riskbedömning genomförd. Det motsvarar 35% av antalet boende brukare på SÄBO under året.

Totalt antal genomförda riskbedömningar under året är 233. Av dessa har 145 risker identifierats (fall, nedsatt munhälsa, trycksår och undernäring).

Målet är 100% registrering av planerade åtgärder samt 100% genomförda åtgärder av samtliga registrerade riskbedömningar. Detta uppnåddes inte under året. Arbetet med registrering i kvalitetsregistret inom SÄBO har försämrats under året. Även målet med att minst 20 brukare i ordinärt boende skulle ha en riskbedömning under 2016 nåddes inte. Implementeringen av Senior Alert inom ordinärt boende har ännu inte införts. Utveckling och implementering av preventivt arbets sätt är ett fortsatt förbättringsområde.

Svenska Palliativa registret

Några av Socialstyrelsens palliativa indikatorer för god vård har förbättrats sedan föregående år (se punktlista Täckningsgrad av palliativa indikatorer). Målet är 100% registrering av indikatorer för god palliativ vård hos avlidna i svenska palliativa registret i enlighet med kommunens handlingsplan för *Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre*. Utbildning inom palliativ vård och omsorg samt förbättrad registrering i Svenska palliativa registret är ett fortsatt förbättringsområde under 2017.

Övergripande strategier för kommande år

Fortsatt implementering av kommunens riktlinjer via kommunens hemsida.

Fortsatt uppdatering av samtliga riktlinjer inom kommunal hälso- och sjukvård.

Fortsatt utveckling och förbättring av avvikelshanteringsprocessen, från rapporterad avvikelse till återrapportering med förbättringsarbete.

Fortsatt strukturerad utveckling av kommunens kvalitetsledningssystem gällande riktlinjer och arbetsrutiner inom kommunal hälso- och sjukvård av samtliga medarbetare. Målet för riktlinjer är tydlighet och tillgänglighet på kommunens hemsida för både personal och kommuninvånare.

Fortsatt intensifiering av att upprätta medicinska vårdplaner i anvisad mall för samtliga brukare inskrivna inom kommunal hälso- och sjukvård.

Fortsatt implementering, utveckling och förbättring av samtliga områden inom handlingsplanen *Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre*. Kvalitetsområden berör demensvård och omsorg, palliativ vård, läkemedelshantering och medicinska vårdplaner.

Fortsatt samverkan med primärvården för förtydligande av gränsdragning mellan primärvårdens ansvar och kommunalt ansvar för hemsjukvård och rehabilitering.

Fortsatt implementering av delegeringsprocessen för sjuksköterskor och mottagare av delegering. Detta berör samtliga enheter där hälso- och sjukvård bedrivs.

Fortsatt utveckling av delegeringsprocessen och utbildningsmaterial inför delgering, som utförs av för sjukgymnaster och arbetsterapeuter i enlighet med patientsäkerhetslagens intentioner.

Fortsatt implementering av arbetsrutiner för PRATOR och samordnad vård- och omsorgsplanering mellan biståndshandläggare och representanter från LSS-verksamhet och socialpsykiatri med hjälp av videokonferensutrustning vid in- och utskrivning.

Fortsatt anordning av anpassade utbildningstillfällen för all hälso- och sjukvårdspersonal.

Fortsatt intensifiering och förbättring av följsamhet till basala hygienriktlinjer inom samtliga enheter inom vård och omsorg.

Uppstart och implementering av systematiskt förebyggande hälsoarbete med Senior Alert inom ordinärt boende mellan Enheten för hemtjänst och Enheten för hemsjukvård och rehabilitering.

Fortsatt intensifiering av i Senior Alert för att planerade åtgärder verkställs samt att chefer återkopplar resultat till medarbetare vid arbetsplatsträffar inom SÄBO för äldre.

Uppstart av fallförebyggande samarbete med tillhörande vårdcentral Familjeläkarna Luthagen tillsammans med samtliga yrkeskategorier på Estrids gård.

Implementering av beslutsstöd VISM för sjuksköterskor där syftet är guidning och hjälp för akuta medicinska beslut vid akuta situationer.

Uppstart och implementering av ett övergripande kvalitativt ledningssystem för palliativa ombud med representation av samtliga yrkesgrupper inom vård och omsorg. Syftet är att samordning kommer att ske utav MAS tillsammans med specialister från området palliativ vård (landstinget).

Uppstart av individuell e-utbildning inom palliativ vård för samtlig personal inom vård och omsorg. Utbildningen är länsövergripande och genomförs inom samtliga kommuner i länet.