



Patientsäkerhetsberättelse för Nynäshamns kommun 2016

SON/2017/0049/042

Charlotte Dahlbom, Verksamhetschef enligt HSL
Susanne Gustafsson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Förkortningar

BPSD Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

FoU Forskning och Utveckling

HSL Hälso- och sjukvårdslagen

HSLF-FS Hälso- och sjukvård, Socialtjänst, Läkemedel och Folkhälsa Författnings Samling

ICF International Classification of Functioning, Disability and Health

IVO Inspektionen för Vård och Omsorg

LAKO Lokal samverkan mellan vårdgivarna i Nynäshamn

LSS Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

MAS Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

MAR Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering

NPÖ Nationell Patient Översikt

SFS Svensk Författnings Samling

SOSFS Socialstyrelsens Författnings Samling



Innehållsförteckning

Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Nya lagar och författningar	5
Här presenteras några av de föreskrifter som ändrats under året.....	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Utbildning till personalen	8
Uppföljning genom egenkontroll	9
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Överenskommelser gällande samverkan.....	10
Utförda aktiviteter för samverkan mellan vårdgivare.....	11
Samverkan med patient och närstående	11
Socialstyrelsens brukarundersökning	11
Läkarmedverkan.....	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	14
Hantering av klagomål och synpunkter	14
Resultat	15
Arbete med Nationella kvalitetsregister	16
Läkemedelsavvikelser	22
Läkemedelsgenomgångar	23
Vaccination mot influensa	24
Mun och tandvård och munhälsobedömning	24
Övergripande mål och strategier för kommande år	25



Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659 3 kap. 1§ och SOSFS 20011:9, 3kap. 1§

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämndens ansvar

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Vårdgivaren är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt följer upp och utvärderar mål kontinuerligt.

Verksamhetschefs ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främja kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård. Ansvarar för att mätbara verksamhetsmål formuleras och för att målen nås. Ansvarar för att utfallet analyseras och att medarbetarna delges resultatet samt att åtgärder initieras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. MAS utövar sitt ansvar genom planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I MAS ansvar ingår bland annat att se till att författningar, bestämmelser och andra regler är kända, följs och att det finns direktiv och instruktioner för verksamheten.

MAS ansvarar för att utarbeta rutiner för läkemedelshantering och dokumentation samt rutiner för avvikelser och anmälan om skador (lex Maria). MAS är även ansvarig för att de beslut, att delegera ansvar för utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten. MAS fungerar som ett stöd i utveckling av den hälso- och sjukvård kommunen har ansvar för och är ansvarig för att patienterna ges den vård och behandling som ordinerats av läkare. MAS gör även uppföljningar av kvalitet och säkerhet i verksamheterna.



Enhetschefs ansvar

Enhetschef har ansvar för att de riktlinjer som verksamhetschef och MAS fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Nya lagar och författningar

Från och med 1 juli 2015 ger sju myndigheter inom området hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa ut sina författningar i en gemensam författningssamling, HSLF-FS. Den nya författningssamlingen inkluderar även myndigheternas tidigare föreskrifter.

En förteckning över och länkar till samtliga myndigheters författningar inom HSLF-FS finns på kunskapsguiden.se.

Här presenteras några av de föreskrifter som ändrats under året.

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Gäller från och med 1 mars 2017

HSLF-FS 2016:64 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om erkännande av yrkeskvalifikation inom hälso- och sjukvården.

Gäller från och med den 15 juli 2016

HSLF-FS 2016:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens cancerregister.

Gäller från och med 1 januari 2017

HSLF-FS Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Gäller från och med 15 februari 2016.

HSLF-FS 2015:31 Rättpsykiatrisk undersökning

Gäller från och med 15 februari 2016

Senaste version av SOSFS 2015:8. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring

Gäller från och med 1 september 2016

Senaste version av HSLF-FS 2015:15. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall

Gäller från och med 1 oktober 2016



HSLF-FS 2016:88 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården

Gäller från och med 20 oktober.

HSLF-FS 2016:53 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.

Gäller från och med 1 juli 2016

HSLF-FS 2016:52 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död

Gäller från och med den 1 juli 2016

HSLF-FS 2016:55 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende

Gäller från och med 1 november 2016

HSLF-FS 2016:56 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende

Gäller från och med 1 juli 2016

Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2015:10) om basal hygien

Från och med den 1 januari 2016 gäller hygienregler vid arbete inom hemtjänsten, särskilda boenden och vissa LSS-boenden.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2§

- Månadsrapport till MAS från enheterna
 - Läkemedelsavvikelser
 - Fallrapporter
 - Antal läkemedelsgenomgångar
 - Antal dödsfall
- Senior alert
 - Trycksår
 - Nutritionsbedömning
 - Fallriskbedömning
- Palliativa registret
- Infektionsregistrering
- BPSD registret



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

SFS 2010:659 3kap. 10 § p 1-2

- Nytt kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom socialförvaltningen är under projektering och förväntas komma i bruk under 2017.
- Arbetet med att använda kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) och Palliativa registret fortsätter.
- Webbaserade utbildningar ABC demens, Fallprevention, Våga fråga våga se (Psykiatri), jobba säkert med läkemedel, Att ge insulin, nollvision och basal vårdhygien för omsorgspersonal pågår löpande.
- Nynäshamns kommun ingår i ett regionalt palliativt kunskapscentrum.
- Upphandling för byte av lås på personliga läkemedelsskåp till loggningsbara lås för att öka säkerheten i läkemedelshanteringen är under utredning och upphandling kommer att ske under 2017.
- Utbildning i samband med delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter har organiserats om för öka patientsäkerhet.
- Under året har tre chefer inom äldreomsorgen genomfört Socialstyrelsens nationella ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer.
- Avvikelsehantering sker i verksamhetssystemet Treserva sedan den 1 oktober 2016.
- Kompetensforum en timme per månad för legitimerad personal
- Urinblåsans dag den 23 februari 2016



Utbildning till personalen

Utbildningar	Medarbetare som genomfört utbildningen 2015	Medarbetare som genomfört utbildningen 2016
ABC demens	70	43
ABC Demens +	65	63
Basala hygien rutiner		36
Fallprevention	51	16
Kommunens Hälsoskola		9
Skolverkets APL- handledarutbildning		7
Våga fråga våga se	123	21
Jobba säkert med läkemedel	36	208
Äldre med diabetes		45
Nollvision För en demensvård utan tvång och begränsningar	62	62
Hot och våld		9
Lex Sarah webbutbildning – för personal inom äldreomsorg och LSS	154	38
Social dokumentation	138	105
Special pedagogik 1		14
Specialpedagogik 2		5
Lågaffektivt bemötande		62
MI- utbildning Motiverande samtal		6
Vård/omsorg/demens och utvecklingsstörning		1
Grav utvecklingsstörning och delaktighet		7
Demens och utvecklingsstörning		4
Mötas i musik – musik som omvårdnad i demensvården		1
Palliativ vård och omsorg för äldre personer		7
Munvårdsutbildning/tandvården		37

Analys:

Utbildningsinsatser varierar över åren beroende på behov och speciella satsningar. Nollvision var en satsning under 2015 och 2016.

Förbättringsområde:

Tydliggöra vilka utbildningar som är obligatoriska för respektive yrkesgrupp.



Uppföljning genom egenkontroll

SFS 2010:659 5 kap. 2 §

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Under året har följande kontroller gjorts:

- Brukarundersökning genom Socialstyrelsen.
- Resultat i kvalitetsregister
- Egenkontroll inom socialförvaltningen.
- Analys av avvikelser.
- Apoteket har utfört extern granskning av läkemedelshanteringen på boende med särskild service enligt LSS i kommunen.
- Tillsynsbesök på Tallåsens vård- och omsorgsboende utifrån klagomål.
- Extra narkotikakontroller utförts utifrån misstanke om narkotikasvinn.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Kvalitetsgranskningen omfattade en genomgång av den praktiska läkemedelshanteringen på boendeenheterna med särskild service enligt LSS. Kommunens LSS verksamhet är under stor förändring sedan hälso- och sjukvården togs över från landstinget. Mycket arbete har gjorts samtidigt som vissa delar kvarstår. Rent generellt så har omsorgspersonalen på boendena haft för stort ansvar för läkemedelshanteringen, ett ansvar som nu ska föras tillbaka till kommunens egna sjuksköterskor.

Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen inom kommunens boende med särskild service enligt LSS visade att vi har en del förbättringar att göra.

Direktleverans av apodoser samt hela förpackningar bör gå till ett centralt läkemedelsförråd, istället för att levereras direkt till boendet eller hämtas på apoteket. Det är att anse som en sjuksköterskeuppgift att rekvirera och kontrollera läkemedel. Levererade läkemedel måste alltid kontrolleras mot den senaste ordinationshandlingen och den kan endast sjuksköterskan känna till fullt ut.

Sjuksköterskorna tar också över arbetet med att upprätta signeringslistor för stående som vid behovs läkemedel. Vid kvalitetskontrollen var det endast vid behovs signeringslistan som upprättades av sjuksköterska .

Läkemedelsskåpen behöver städas kontinuerligt och vid behov då detta var något eftersatt så behöver en rutin för detta arbete utformas, detta kan vara en uppgift för kontaktpersonen.

I många av läkemedelsskåpen fanns det gamla, ej aktuella läkemedel samt inaktuella läkemedelslistor och signeringslistor. I läkemedelsskåpen ska endast läkemedel som är aktuella förvaras i lägenhetens skåp och resterande bör förvaras i ett centralt läkemedelsförråd.

Egenvårdsintyg bör skrivas av behandlande läkare i de fall det finns behov av detta. Detta för att tydliggöra ansvaret för läkemedelshanteringen.



Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6§, 7 kap. 1§ p 2,3

För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska det i verksamheten finnas rutiner för informationsöverföring och samverkan sker mellan olika yrkesgrupper och verksamheter inom slutenvården och öppenvården på sjukhuset, inom primärvården med läkarorganisationen, tandvården och apoteket.

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i överenskommelser.

Överenskommelser gällande samverkan

- Lokal samverkan mellan vårdgivarna i Nynäshamn (LAKO).
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården.
- Överenskommelse om kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter i särskilt boende för äldre i Stockholms län.
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående Ansvars-och kostnadsfördelning för tekniska hjälpmedel.
- Lokalt Vård- och omsorgsprogram för personer med demenssjukdom i Nynäshamns kommun.
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående uppsökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade.
- Avtal med Stockholms läns landsting gällande Vårdhygien för särskilda boendeformer i Stockholms län.
- Stockholms läns landstings förfrågningsunderlag för läkarinsatser i särskilt boende.
- Överenskommelse med Stockholms läns landsting för uppsökande tandvård
- Överenskommelsen om egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre
- Rutin för kostnadsansvar kommun - SLL
- Handbok för omhändertagande av avlidna inom Stockholms län
- Sjukresehandbok för vårdgivare
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner mellan Nynäshamns kommun och Legevisitten AB
- Samordnad Individuell Plan (SIP) för vuxna och äldre i Stockholms län



Utförda aktiviteter för samverkan mellan vårdgivare

- Samrådsmöten mellan Nynäshamns kommun och Stockholms läns landsting.
- Möten i LAKO gruppen.
- Träffar med ansvarig chef för läkarorganisationen som enligt avtal med landstinget ansvarar för läkarinsatserna på vård- och omsorgsboendena för äldre.
- Regelbundna MAS/MAR möten regionalt på Södertörn och i länet.
- Möten mellan MAS och verksamhetschef enligt HSL angående övergripande strategier.
- Möte mellan vårdgrannarna utifrån avvikelser
- Möten mellan Enhetschef hälso- och sjukvårdsenheten och MAS angående riktlinjer, rutiner och avvikelser.

Samverkan med patient och närstående

Hälso- och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Information till patienten ska förmedlas utifrån varje patients egna förutsättningar och förmåga att ta till sig informationen.

Kan man inte lämna informationen till patienten, till exempel vid vård av demenssjuka, psykiatrisk vård och när det gäller vård i livets slut så ska informationen istället lämnas till legal ställföreträdare.

- Medverka och informera vid utredning av avvikelser och vårdskador
- Patient och närstående blir informerade vid utredning av vårdskador.
- Skapa goda kontakter vid synpunkter och klagomål
- Medverka med information till brukarorganisationer och pensionärsorganisationer.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser planeras i vårdplaner med delaktighet från patienten och närstående.
- Anhörigträffar på samtliga vård- och omsorgsboende i kommunen.
- Utbildningsinsatser till anhöriga om sjukdomstillstånd genom anhörigkonsulent.
- Patient och närstående blir informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter.

Socialstyrelsens brukarundersökning

Socialstyrelsen har gjort en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning av kvaliteten i vård- och omsorgsboenden.

Bland annat ställdes frågorna:



”Hur lätt eller svårt är det att få träffa en sjuksköterska vid behov?”

	Kommunen genomsnitt %	Länet genomsnitt %	Riket genomsnitt %	År
Mycket lätt/ Ganska lätt	74	79	77	2016
	81	78	77	2015
	80	79	78	2014
	75	79	78	2013
	60	75	76	2012
Varken lätt eller svårt	20	14	15	2016
	13	14	15	2015
	7	14	14	2014
	13	13	14	2013
	33	14	14	2012
Ganska svårt/ mycket svårt	6	7	8	2016
	6	8	8	2015
	12	7	8	2014
	13	7	7	2013
	5	9	8	2012

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning 2012-2016.

”Hur lätt eller svårt är det att få träffa en läkare vid behov?”

	Kommunen genomsnitt %	Länet genomsnitt %	Riket genomsnitt %	År
Mycket lätt/ Ganska lätt	53	53	57	2016
	53	52	57	2015
	46	53	58	2014
	33	55	60	2013
	42	52		2012
Varken lätt eller svårt	19	25	25	2016
	26	26	25	2015
	30	25	24	2014
	43	24	13	2013
	37	24		2012
Ganska svårt/ mycket svårt	29	22	18	2016
	21	22	18	2015
	24	22	17	2014
	24	21	17	2013
	20	23		2012

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning 2012- 2016.



Svarsfrekvensen för vård- och omsorgsboende i % för Socialstyrelsens brukarundersökning.

År	Nynäshamn	Stockholms län	Riket
2016	53	54	56
2015	66	54	55
2014	52	55	55
2013	56	56	57
2012	56	54	55

Källa: Socialstyrelsens brukarundersökning 2012- 2016.

Analys

Brukarenkätens svarsfrekvens har minskat mot föregående år.

Det är fler personer upplever att det varken är lätt eller svårt att komma i kontakt med sjuksköterskan på boendet och andelen personer som upplever att det är svårt att komma i kontakt med sjuksköterska ligger under riksgenomsnittet.

Det är färre personer som upplever det lätt att komma i kontakt med läkare vid behov än i övriga länet. Andelen personer som upplever att de är svårt att få kontakt med läkare har ökat och ligger över riksgenomsnittet.

Förbättringsområde

Fortsätta arbetet med att tydliggöra informationen om kontaktvägar med läkare och sjuksköterska för brukare och anhöriga.

Se över informationsmaterialet för kontakt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att dela ut till brukare och anhöriga.

Legitimerad personal deltar i anhörigträffarna ute i verksamheterna.

Det finns en broschyr som presenterar Legevisitten SÄBO läkarorganisationen och där det finns kontakt uppgifter till läkarorganisationen ledning.

Läkarmedverkan

Stockholms läns landsting har ansvaret för läkarinsatserna i kommunal verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård. I Nynäshamns vård- och omsorgsboende och korttidsboende är det Legevisitten AB som utför dessa insatser, både dagtid och på jourtid. Insatserna består av fasta rondtider och akuta besök dygnet runt. Läkaren har en inställetid på två timmar.

Den 1 januari 2016 ändrades läkaransvaret för de personer som kommer från ordinarie boende till korttidsboende. Det är patientens ordinarie läkare som har ansvaret för personen när den kommer från hemmet till korttidsboende. Är personen inskriven i ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) så fortsätter ASIH läkaren att ha ansvaret för personen. Det har inneburit att viss fördröjning att nå läkare för konsultation har skett. Sjuksköterskorna har upplevt vissa svårigheter att få



kontakt med ansvarig läkare och dessutom har det varit en viss problematik att få aktuella läkemedelslistor. För dessa patienter så är det 1177 vårdguiden som är kontakt på jourtid när det behövs läkarkonsultation.

VÅBO	Antal läkartimmar/dagar per vecka för rond*	Ronddag
Rosengården	8-12	Måndagar och Onsdag fm
Lotsen	3	Onsdag em
Tallåsen	3-4	Tisdag em
Sunnerbo	3-4	Tisdag fm

*Läkarna startar sin rond ungefär klockan 8 och fortsätter tills alla ärenden som är uppsatta på rondlista är åtgärdade ibland tar det längre tid och ibland tar det kortare tid. I dessa timmar är akuta besök inte inräknade. Timantalet är cirka tider.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §

För att vård och behandling ska vara så säker som möjligt är det viktigt att arbeta systematiskt med avvikelshantering. Syftet är att öka kunskapen hos chefer och medarbetare om risker i hälso- och sjukvården så att förebyggande åtgärder kan vidtas.

Avvikelsehanteringen är till för att enhetscheferna och medarbetarna ska få kontroll över hur många och vilka typer av avvikelser som förekommer på vård- och omsorgsboenden. Det är en förutsättning för att man ska kunna identifiera risker i verksamheten och analysera vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att en avvikelse upprepas.

Avvikelserna sammanställs månadsvis och rapporteras till MAS.

Avvikelsehantering sker enligt gällande rutin i kvalitetsledningssystemet enligt HSL.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan tas emot på flera olika sätt i kommunen. Enligt den förvaltningsövergripande rutinen för hantering av synpunkter och klagomål på verksamheten ska alla anställda känna till rutinerna för hur en synpunkt ska tas emot. Det finns inga formkrav på en synpunkt utan innehållet är vägledande.



Enligt den förvaltningsövergripande rutinen ska mottagna synpunkter lämnas till registrator på förvaltningen för diarieföring och vidarebefordran till berörd person. Sådana allmänna synpunkter ska, i görligaste mån, handläggas och utredas på den berörda enheten av närmast ansvarige chef. Registrator ansvarar också för att den person som lämnat en synpunkt inom 7 dagar får en återkoppling, en bekräftelse på att synpunkten tagits emot. När en utredning har genomförts ska den som utreder synpunkten åiterrapportera till registrator med information om vidtagna åtgärder.

Inkomna synpunkter kan av den som utreder aktualiseras enligt lagstiftning, exempelvis Lex Sarah eller Lex Maria.

Sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål

Inkomna synpunkter rapporteras varje tertiäl till socialnämnden i en kortfattad och aidentifierad sammanställning. Av sammanställningen framgår synpunktens huvudsakliga innehåll, vem som ansvarat för att utreda synpunkten och vilka åtgärder som vidtagits och rapporterats. Utöver detta görs en årlig sammanställning av samtliga inkomna synpunkter med en övergripande analys av synpunkterna i vilken förvaltningen försöker identifiera eventuella problemområden.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Lex Maria

Inom området hälso- och sjukvård som kommunen bestämmer över ska det finnas en sjuksköterska som svarar för att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten om en patient i samband med vård och behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

En avvikelserapport kan bli föremål för en internutredning. Vid allvarliga avvikelser ska en risk- och händelseanalys göras. MAS anmäler allvarliga avvikelser som lex Maria till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

Vid lex Maria anmälan görs:

- Utredning, rapport skickas till inspektionen för vård- och omsorg(IVO).
- Socialnämndens ordförande och förvaltningschef informeras om lex Maria anmälan.
- Patient och närstående informeras om händelsen.
- Lex Maria anmälan diarieförs.
- Svar från IVO återkopplas till verksamhetschef som informerar berörd personal, patient och närstående.

Ingen lex Maria anmälan är gjord till IVO under 2016.

Svar inkommit från IVO på en lex Maria anmäld under 2015.

Ärendet:



Anmälan enligt lex Maria, 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) avseende tvångs- och begränsningsåtgärder. Händelsen är enligt lex Maria anmälan polisanmäld.

Beslut:

IVO bedömer att vårdgivaren uppfyllt kraven i sin utrednings- och anmälnings-skyldighet. IVO avslutar ärendet.

Arbete med Nationella kvalitetsregister

Senior Alert

Senior alert är ett kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienter och personer i Nynäshamns vård- och omsorgsboenden.

En stor andel av brukarna inom vård- och omsorgsboendena har förhöjd risk för fall, undernäring och trycksår. Detta beror på stor andel personer med till exempel kognitiv svikt, rörelsesvårigheter, nedsatt allmäntillstånd, läkemedel och sensorisk funktionsnedsättning.

I Nynäshamns kommun använder vi Senior alert för att förebygga fall, undernäring och trycksår. Det är ett verktyg för att identifiera alla personer med förhöjd risk för fall, trycksår och undernäring samt att adekvata åtgärder sätts in och utvärderas.

Vi har därför valt att redovisa personer med **förhöjd risk**.

Fall

Fallolyckor kan bland annat relateras till nedsatt muskelstyrka, balans, syn och reaktionsförmåga samt gångsvårigheter och läkemedelsbehandling. Det förebyggande arbetet med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel kan förhindra fallskador.

Registrering av fallolyckor sker varje månad i en enkät där varje fallolycka rapporteras. Senior alert används i alla verksamheter för att riskbedöma fall.

Riskbedömningen görs enligt Downtown Fall Risk Index (DFRI) där riskerna är tidigare fallhändelse, läkemedelsbehandling (mot oro, sömnproblem, högt blodtryck, Parkinson, depression och ödem), sensorisk funktionsnedsättning (syn, hörsel, känsel), kognitiv funktionsnedsättning och nedsatt gångförmåga.

Varje enskild sak ger ett poäng och för att det ska klassas som fallrisk så krävs det endast 3 poäng eller mer, maxpoäng är 11.

Har man en synnedsättning, står på läkemedel mot högt blodtryck och kognitiv svikt så räknas det som fallrisk. Det förklarar den höga andelen patienter med risk för fall.



Andel patienter med risk för fall*	2016	2015	2014
Rosengården	78%	84%	80%
Tallåsen	98%	96%	85%
Lotsen	94%	88%	93%
Sunnerbo	75%	95%	88%

*Statistik hämtat från Senior alert

De fem vanligaste åtgärderna som har används för att förebygga fall på individnivå är:

- Läkemedelsgenomgångar
- Assistans vid personlig vård
- Anpassning av möblering och inventarier
- Larm/extra tillsyn
- Hjälpmedelsförskrivning

Antal fall	År	Antal fall	Antal höftfrakturer
Rosengården	2016	423	5
	2015	240	4
	2014	297	3
	2013	305	*
Tallåsen	2016	123	4
	2015	45	3
	2014	126	2
	2013	177	*
Lotsen	2016	104	0
	2015	102	0
	2014	100	0
	2013	122	*
Sunnerbo	2016	65	1
	2015	67	0
	2014	128	4
	2013	176	*
Totalt	2016	715	10
	2015	454	7
	2014	651	9
	2013	780	11
	2012	536	9
	2011	451	10
	2010	570	3

Resultaten för 2016 är hämtade från Senior alert och från sjuksköterskornas månadsrapportering.

* För 2013 finns antalet höftfrakturer endast redovisat för alla enheter som en totalsumma.



På Nynäshamns kommuns fyra vård- och omsorgsboenden finns det 200 platser varav 16 är korttidsplatser.

- Antalet höftfrakturer 2016 var 10 att jämföra med 7 höftfrakturer 2015 och 9 höftfrakturer 2014.
- Övriga frakturer var 3 armfrakturer och en underbensfraktur
- 76 % av fallen ledde inte till någon skada
- De flesta fallolyckorna sker mellan 06.00-22.00

Trycksår

Trycksår är en vårdskada både på sjukhus och inom äldreomsorgen. Äldre personer med försämrad blodcirkulation och minskad rörlighet löper stor risk att utveckla trycksår. Förebyggande insatser är därför av största vikt för att undvika de besvär som ett trycksår för med sig för den boende.

I Nynäshamns kommun riskbedöms de boende regelbundet i senior alert för att upptäcka individer som löper risk för att drabbas.

Därefter sätts förebyggande åtgärder in såsom tryckavlastande madrass, tillgodose näringsbehov, inspektion av hud regelbundet m.m. Teamets samlade kunskaper är viktigt för att lyckas förebygga uppkomsten av trycksår.

Trycksår definieras som en lokal skada i huden förorsakad av störning av blodtillförseln i området.

Gradering av trycksår:

Grad 1: Rodnad, som inte bleknar av tryck. Kvarstående missfärgning. Hel hud.

Grad 2: Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.

Grad 3: Fullhudsskada, ner till subcutis – underhuden men utan djup sårhåla.

Grad 4: Fullhudsskada, vävnadsdöd eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad med djup sårhåla.

Risk för trycksår beräknas efter Modifierad Nortonskala där man beräknar poäng utifrån Psykisk status, Fysisk aktivitet, Rörelseförmåga, Födointag, Vätskeintag, inkontinens och allmäntillstånd. Risk för trycksår föreligger vid 20 poäng eller mindre.

Andel patienter med risk för trycksår	2016	2015	2014
Rosengården	33%	35%	50%
Tallåsen	66%	53%	50%
Lotsen	50%	63%	45%
Sunnerbo	54%	53%	25%

De fem vanligaste åtgärderna som används för att förebygga trycksår på individnivå är:

- Hudvård.
- Bedömning av huden en gång per dag eller oftare.
- Mellanmål.



- Berikning av kosten
- Minska nattfastan till max 11 timmar

Antal personer med trycksår	Rosengården		Lotsen		Tallåsen		Sunnerbo		Totalt	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Grad 1	4	4	0	0	5	2	0	4	9	10
Grad 2	8	9	0	0	1	1	1	1	10	11
Grad 3	6	2	1	0	1	0	1	2	9	4
Grad 4	3	4	0	0	1	0	2	1	6	5
Totalt	21	19	1	0	8	3	4	8	25	30

* Hämtat från Senior Alert.

Undernäring

Med undernäring avses i *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för förebyggande av behandling av undernäring* som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp.

Risk för undernäring mäts med skattningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment, MNA, där man skattar om födointaget minskat de senaste tre månaderna, viktförlust de tre senaste månaderna, rörlighet, psykisk stress eller akut sjukdom de tre senaste månaderna, neuropsykiatriska hinder och BMI. 8-11 poäng innebär risk för undernäring och under 7 poäng innebär undernäring.

	2016	2015
Andel patienter med risk för undernäring		
Rosengården	78%	81%
Tallåsen	90%	92%
Lotsen	79%	71%
Sunnerbo	79%	72%

De vanligaste åtgärderna som används vid risk för undernäring på individnivå är:

- Läkemedelsgenomgång
- Mellanmål.
- Omgivningsanpassning för en individuell måltidssituation.
- Vägning minst 1 gång var tredje månad.
- Assistans vid munvård.



Analys av resultatet i Senior Alert

Kvalitetsregistret Senior alert är en integrerad del av teamarbetet på kommunens vård- och omsorgsboende för att säkerställa kvaliteten på patientsäkerhetsarbetet gällande fall, trycksår och undernäring.

En stor andel av brukarna inom vård- och omsorgsboendena har förhöjd risk för fall, undernäring och trycksår. Detta beror på stor andel personer med till exempel kognitiv svikt, rörelsesvårigheter, nedsatt allmäntillstånd, läkemedel och sensorisk funktionsnedsättning. Resultatet visar vikten av fortsatt kompetensutveckling och teamarbete.

Det finns andra omvårdnadsåtgärder och tekniska lösningar för att förebygga fall, trycksår och undernäring som utprovas individuellt.

- Arbetsterapeuter och sjukgymnaster driver ett projekt med höftledsbyxor för att förebygga höftfrakturer vid fall.
- Sjuksköterskorna förskriver profylaktiska madrasser för att förebygga trycksår efter individuell bedömning.

Åtgärder

- Nestors webbaserade utbildning i Fallprevention för omvårdnadspersonal.
- Utöka arbetet med Senior alert så att även områden som inkontinens involveras i kvalitetsarbetet.
- Sårvårdsgrupp tillsatt som består av omvårdnadspersonal, sjuksköterskor samt arbetsterapeut
- Fortsätta det aktiva arbetet med att energitäta måltider och erbjuda mellanmål till de boende
- Ta hjälp av dietist i arbetet med att energiberäkna måltider och mellanmål för att säkerställa energiinnehåll.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete. Registrering i Palliativa registret ska ske inom 6 månader efter dödsfallet.



Antal Dödsfall, år	Rosen-Gården	Lotsen	Tallåsen	Sunnerbo	Bostad med särskild service enligt LSS	Totalt
2016	72	6	16	12	2	108
2015	38	5	5	17	iu´	65
2014	61	3	20	10	iu´	94
2013	45	7	8	12	iu´	72
2012	38	7	11	12	iu´	68

2015 års statistik är hämtad från rapporteringsmall till beställarenheten från utföraren
2016 års statistik är hämtad från Treserva.

´iu = ingen uppgift

Analys av resultatet i Palliativa registret

Alla dödsfall registreras inte i palliativa registret. I de dödsfall som registrerats har arbetet med att lindra smärta, illamående och ångest fungerat bra. Smärtskattning med validerad smärtskala behöver förbättras.

Åtgärder

- Förbättra andelen registreringar i Palliativa registret av dödsfall på vård- och omsorgsboendena.
- Registreringen bör ske av ett team bestående av läkare, sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal.
- Palliativt kunskapscentrum erbjuder utbildningsinsatser inom området palliativ vård.
- Utbildning till legitimerad personal i att använda validerad smärtskala

BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

BPSD registret är ett teambaserat verktyg för att underlätta omhändertagandet av personer med demenssjukdom.

Införandet av BPSD registret har skett successivt under 2016. Under året har alla med en demensdiagnos inom Nynäshamns kommuns vård och omsorgsboende registrerats för att kvalitetssäkra bemötande och vård vid demenssjukdom.

Personer med demenssjukdom registreras och analyseras för en individuell bemötandeplan.

Arbets sättet med BPSD registret är ett nytt sätt att arbeta på ett mer strukturerat sätt.

Genom att arbeta med BPSD registrets verktyg förbättras livskvaliteten för den demenssjuke personen.



BPSD	Antal registrerade personer
Rosengården	56
Lotsen	24
Tallåsen	20
Sunnerbo	20

Analys

Under 2016 har enheterna arbetat aktivt för att registrera alla personer med en demenssjukdom, som bor på vård- och omsorgsboende i kommunen, i BPSD- registret. Enheterna har nått sitt mål att registrera alla personer med demenssjukdom. Registreringen är en utgångspunkt för att få bemötandepplaner att använda i det dagliga arbetet.

Åtgärd:

- Kontinuerliga avstämningar med redovisning för de olika enheterna.
- Under 2017 kommer vi kunna analysera hur problematiken för den enskilde hanteras och på så vis kunna förbättra vårt arbetssätt ännu mer mot målgruppen.

Läkemedelsavvikelser

Avvikelserna redovisas varje månad i en enkät som MAS tar del av. Antalet avvikelser på 300 per år ska sättas i proportion till att på ett år signeras sammanlagt cirka 220 000 läkemedel på Nynäshamns vård- och omsorgsboende. Vikten av att signera den givna dosen ska dock inte förringas och verksamheten arbetar för att följa upp missade signeringar.

Antal läkemedelsavvikelser	Antal avvikelser		varav allvarliga	
	2016	2015	2016	2015
Rosengården	180	147	8	6
Tallåsen	106	62	1	0
Lotsen	70	68	1	0
Sunnerbo	23	23	5	0
Totalt	379	300	15	6
Bostad med särskild service enligt LSS	181	i.u	4	i.u

Jämförelse över åren inom särskilt boende för äldre;

2010: 314 läkemedelsavvikelser.

2011: 330 läkemedelsavvikelser.

2012: 345 läkemedelsavvikelser.

2013: 410 läkemedelsavvikelser.

2014: 343 läkemedelsavvikelser.



Analys

Den vanligaste avvikelserna är att personal har gett läkemedelsdos men glömt att signera given dos. Exempel på allvarliga avvikelser kan vara att man har gett dubbel dos, narkotikasvinn eller givit fel patient en dos.

Byte till loggningsbara lås är nödvändigt för spårbarheten och detta arbete har fördröjts.

Åtgärder

- Upphandling för byte av lås på personliga läkemedelsskåp till loggningsbara lås för att öka säkerheten i läkemedelshanteringen ska ske 2017.
- Vid delegering av läkemedel till omvårdnadspersonal krävs webbutbildning ”jobba säkert med läkemedel”.
- Sjuksköterskorna kommer att förbättra de skriftliga analyserna i Treserva och göra tydliga åtgärdsplaner för läkemedelsavvikelser inom sitt ansvarsområde.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är ett läkaransvar och ska följa riktlinje för läkemedelsgenomgångar i Stockholms läns landsting.

Det övergripande syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp.

Läkemedelsgenomgångar är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det är dessutom en metod för analys, omprövning och uppföljning av en patients hela läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

I enlighet med Socialstyrelsens indikatorer bör en minskning ske av följande:

- Olämpliga läkemedel
- Olämpliga läkemedelskombinationer
- Läkemedel mot psykos

En läkare ska ansvara för läkemedelsgenomgångarna. Läkemedelsgenomgången bör utformas och genomföras i samråd med patienten. Läkaren bör samarbeta med andra yrkeskategorier i team. I teamet kan andra läkare, sjuksköterska, apotekare, annan hälso- och sjukvårdspersonal och kontaktperson ingå.

Analys

Legevisitten AB har under 2016 redovisat att man genomfört läkemedelsgenomgångar av sina patienter inom särskilt boende i Stockholms län till 99,8 %. Det går inte att få exakt statistik för Nynäshamns kommun.



Åtgärder

- Legevisitten AB har en rutinför att säkerställa att alla patienter får en läkemedelsgenomgång inom två månader från inflyttning och därefter en gång om året.

Vaccination mot influensa

Varje år erbjuds alla som bor på vård- och omsorgsboende gratis vaccination mot influensa. Enligt smittskyddsinstitutet i Stockholm ger vaccinet cirka 50 % skydd till personer som är 65 år eller äldre. Alla vård- och omsorgsboenden i Nynäshamn har auktoriserat sig för att ge influensavaccin. Registrering sker i Stockholms läns landstings dataprogram Vaccinera.

Mun och tandvård och munhälsobedömning

Stockholms läns landsting har slutit avtal med utförare av tandvård och betalar kostnaden för att alla som flyttar in till ett vård- och omsorgsboende får erbjudande om munhälsobedömning en gång om året. I avtalet ingår även utbildning till personalen som arbetar på vård- och omsorgsboendet. De äldre har idag överlag en bättre munhälsa än tidigare generationer. Fler egna tänder, kronor, broar och implantat kräver noggrann munhygien. Vid sviktande hälsa, när man inte klarar av sin egen munvård, ställs stora krav på att personalen har kunskap om munnen.

ROAG-J (Revised Oral Assessment Guide- Jönköping) är ett munbedömningsinstrument med inriktning på förebyggande åtgärder som är ett värdefullt verktyg för att förbättra munhälsan för äldre med behov av vård och omsorg. ROAG-J beskriver tillståndet i munnen från friskt till sjukt och vilka åtgärder som vård-enheten själv kan göra och vad som bör remitteras till tandhygienist eller tandläkare.

Munhälsobedömning- särskilt boende SoL och LSS	2016	2015
Antal erbjudna	280 personer	278 personer
Antal Ja-tack till erbjudandet	280 personer	277 personer
Antal utförda munhälsobedömningar	160 personer	155 personer
Andel utförda av de som tackat JA	57,14 %	55,96 %
Munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal	37 personer	76 personer

Analys

Det är en låg andel av personer som tackat ja till munhälsobedömning som får en munhälsobedömning utförd av upphandlad tandvårdsenhet. De flesta personer som får en munhälsobedömning bor på ett vård- och omsorgsboende.



Munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal är en viktig del för att säkerställa att personalen ger rätt hjälp vid munhygien.

Åtgärder:

- Fler inom personalen behöver få munvårdsutbildning årligen.
- Hitta en strategi för att bevaka att personerna får den munhälsobedömning av tandvården som de har rätt till.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål:

- Kvalitetssäkra vård- och omsorg till personer med demenssjukdom.
- Systematisk samverkan internt och externt.
- Säkra informationsöverföring mellan vårdgivare.
- Säkrare läkemedelshantering.
- Ökad kunskap vart man vänder sig för synpunkter och klagomål.
- Använda en validerad smärtskala vid palliativ vård
- Öka tillgängligheten för patienter och anhöriga att få träffa läkare och sjuksköterska

Strategi:

- Tillämpa rutin för årlig egenkontroll med åtgärdsplan på alla enheter.
- Tillsynsbesök av MAS.
- Öka patientsäkerheten genom samverkan med Nestor FoU.
- Förbättrade vårdplaner med åtgärd och uppföljning.
- Fortsätta arbetet med läkemedelsgenomgångar för äldre i samarbete med landstingets läkarorganisation.
- Införa loggningsbara lås för läkemedelsskåp.
- Utbildning till omvårdnadspersonal i diabetes, insulin.
- Utbildningsinsats i ämnet inkontinens och inkontinenshjälpmedel.
- Läkemedelsgrupp bestående av sjuksköterskor
- Palliativgrupp innehållande 2 sjuksköterskor, en arbetsterapeut och omvårdnadspersonal.
- Fortsatt uppbyggnad av hälso- och sjukvårdsinsatserna vid LSS verksamhet.
- Öka användning av Palliativa kunskapscentrums kunskap och utbildning.
- Införa ett digitalt kvalitetsledningssystem.
- MAS ska regelbundet delta i ledningsgrupp för äldreomsorgen.
- Sprida broschyr för läkarorganisationen inom äldreomsorgen.
- Utforma informationsmaterial för den kommunala hälso- och sjukvården att sprida i vår verksamhet.
- Legitimerad personal ska delta i anhörigmöten i verksamheten.