



2015-06-03

Tid 2015-06-03, kl 10:00-16:00

Plats Konferensrummet Xenter, Utbildningsvägen 3, Tumba

Ärenden

Justering

- 1 Aktuellt från organisationerna
- 2 Finskt förvaltningsområde
- 3 Äldredagarna 2015
- 4 Flerårsplan
- 5 Trygghetslarm i Botkyrka kommun
- 6 Vård- och omsorgsförvaltningens patientsäkerhetsberättelse
- 7 Nestor
- 8 Revidering av ärendelistan
- 9 Övriga frågor

Gruppsammanträden: organisationerna disponerar bord i Konferensrummet Xenter från och med klockan 09:30 då även förmiddagsfika serveras.

Under dagen serveras förmiddags- och eftermiddagsfika samt lunch.

Meddela eventuella allergier till Birgitta El Idrissi på telefonnummer 08-530 631 88 eller e-post birgitta.el-idrissi@botkyrka.se

Vid förhinder kontakta Birgitta El Idrissi. Se uppgifter ovan.

Varmt välkomna!

Tuva Lund (S)
Ordförande

Birgitta El Idrissi
Sekreterare



2015-06-03

1

Aktuellt från organisationerna



2015-06-03

2

**Finskt förvaltningsområde - Tiina Rantanen (samordnare
finskt förvaltningsområde, vård- och omsorgsförvaltning-
en) och Heleena Jyrkkä (PRO finska)**



2015-06-03

3

**Äldredagarna 2015 – Birgitta Jansson (kulturutvecklare,
kultur- och fritidsförvaltningen)**



2015-06-03

4

Flerårsplan – Tuva Lund (S)



2015-06-03

5

Trygghetslarm i Botkyrka kommun – Henrik Lejervik (projektledare "Digitalisering av äldreomsorgen")



2015-06-03

6

Vård- och omsorgsförvaltningens patientsäkerhetsberättelse – Barbro Gripenstam (medicinskt ansvarig sjuksköterska, vård- och omsorgsförvaltningen)

**LÅNGT
IFRÅN LAGOM**

Patientsäkerhetsberättelse 2014 Patientsäkerhetsplan 2015

Äldreomsorgen



2015-02-26

SAMMANFATTNING	3
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER.....	3
ANSVAR.....	3
ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET	3
VERKSAMHETSCHEFENS ANSVAR	3
MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSAS ANSVAR	4
ENHETSCHEFENS ANSVAR	4
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS ANSVAR	4
NYA LAGAR OCH FÖRFATTNINGAR	4
PATIENTLAG (2014:821)	4
ÄNDRING I PATIENTDALAGEN (2008:355) TRÄDDE I KRAFT DEN 1 OKTOBER 2014.....	5
SOSFS 2014:10 FÖREBYGGANDE AV OCH BEHANDLING VID UNDERNÄRING.	5
UPPFÖLJNINGAR.....	6
FALL- OCH LÄKEMEDELSAVVIKELSER.....	6
MÄTNING AV NATTFASTA	6
DELEGERING	7
APOTEKSGRANSKNINGAR.....	7
DOKUMENTATION.....	8
HYGIEN.....	8
MEDICINSKA AVVIKELSER UTREDDA AV MAS.....	9
MUNHÄLSA	9
KVALITETSREGISTER	10
SENIOR ALERT	10
SVENSKA PALLIATIVREGISTRET	11
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR.....	12
SAMMANHÅLLEN VÅRD	12
PATIENTSÄKERHETSPLAN FÖR 2015	13
RESULTAT PER ENHET	13
ALLÉGÅRDEN VOB	13
ALBY ÄNG VOB.....	15
SILVERKRONAN VOB	16
TUMBA VOB.....	16
KÄRSDALA VOB.....	19
TORNET VOB	20
ORREN SERVICEHUS.....	22
AKVARELLEN SERVICEHUS	23
DAGVERKSAMHET	24

2015-02-26

Sammanfattning

- Det har arbetats med kontinuerlig utvärdering av teamarbetet för att titta på fungerande rutiner, riskbedömningar, åtgärder och utvärdering.
- Alla boenden har sett över arbetssätt och onödigt användande/delande av vid behovs läkemedel, detta har lett till minskning av antalet delade vid behovs dosetter.
- Egenkontroll och intervjuer med samtliga enhetschefer och omvårdnadspersonal visar att kunskaperna och rutinerna kring patientsäkerhet har förbättrats.
- MAS-rutin för medicinska avvikelser har tydliggjort processen för personalen. Avvikelse rapporteringen ökar både intern och extern, i syfte att förbättra och göra vården så säker som möjligt.
- Mätningen av ofrivillig nattfasta (ej överstiga 11 timmar), visar en positiv ökning från 20 procent till 40 procent.

Övergripande mål och strategier

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. Ledningssystemet bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Ansvar

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vård och omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

2015-02-26

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) har tillsammans med verksamhetschefen ansvar att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska 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

Personal som arbetar enligt hälso- och sjukvårdslagen; arbetsterapeuter, dietist, sjukgymnaster och sjuksköterskor ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Jourtid finns alltid en joursjuksköterska, det så kallad mobila teamet, som omvårdnadspersonalen ringer till vid behov. Joursjuksköterskan i mobila teamet har inställetid på 30 minuter.

Nya lagar och författningar

Patientlag (2014:821)

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen i kraft. Syftet är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Intentionen med den nya lagen är att tillsammans med patienter utveckla vården så den blir säkrare.

Den nya lagen innebär bland annat följande:

- Informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.
- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.
- Patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning utvidgas.

2015-02-26

- Patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

I övrigt innehåller den nya lagen motsvarigheter till nuvarande bestämmelser om exempelvis vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel.

Ändring i Patientdatalagen (2008:355) trädde i kraft den 1 oktober 2014

Det blir lagligt att registrera personer med nedsatt beslutsförmåga i kvalitetsregister, under förutsättning att personens inställning så långt som möjligt har klarlagts och det inte finns anledning att anta att personen skulle ha motsatt sig registrering.

I praktiken innebär det att personalen först och främst ska stötta personen på ett sådant sätt att denne i så stor utsträckning som möjligt själv kan ta ställning till registrering och därmed hävda sin självbestämmanderätt. När det inte är möjligt, behöver personalen inhämta annan information för att ta reda på personens inställning till registrering, till exempel genom att fråga anhöriga och andra närstående.

SOSFS 2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring.

Gäller från och med 1 januari 2015

Socialstyrelsens föreskrifter ställer krav på rutiner för att förebygga, upptäcka och behandla undernäring. Undernäring är många gånger ett dolt problem som kräver att vården och omsorgen arbetar systematiskt utifrån rutiner för att problemet ska uppmärksammas.

Med tydliga rutiner i vård och omsorg kan onödigt lidande och dödsfall till följd av undernäring undvikas. Föreskrifterna visar på vilka områden rutiner behövs för att säkerställa att den berörda verksamheten uppfyller kvalitetskraven på näringsområdet. Dessa föreskrifter kan således ses som ett komplement till SOSFS 2011:9 för att garantera god nutritionsvård.

Tanken är att föreskriften ska vara till hjälp både för att styra och planera nutritionsvården och för att vara till stöd i hälso- och sjukvårdspersonalens och omsorgspersonalens dagliga arbete. Vägledningen är uppdelad i tre avsnitt; en praktisk vägledning, ett kapitel om ansvar, säkerhet och kvalitet samt ett fylligt kunskapsunderlag.

2015-02-26

Uppföljningar

Fall- och läkemedelsavvikelser

Fall- och läkemedelsavvikelser har minskat, däremot har antalet frakturer ökat. Den analys som gjorts är bedömningen att brukarna har blivit sämre. Personer med demenssjukdomar har en ökad risk att falla och de saknar insikten i att skydda sig själva och använda hjälpmedel. Alla åtgärder görs med en avvägning med brukarens fokus och vad som bedöms vara bäst för brukaren. Höftskyddsbyxor som har en bevisad bra effekt för att förhindra frakturer, kan ibland vara svårt att motivera brukaren att använda och kan i sig även utgöra en risk för fall.

Efter sommaren påbörjades ett samarbete med läkarorganisationen Familjeläkarna i ett arbete med att ta fram gemensamma rutiner och att läkaren skulle involveras mer i det förebyggande arbetet med fall. Visionen var att minska fall med 50 procent, målet har inte uppnåtts då andel fall endast minskat med cirka 5 procent.

År	Läkemedels- avvikelser	Fall	Fraktur/ annan skada
2012	293	585	23
2013	406	717	16
2014	499	783	33
Exkl. Tornet 2014	404	684	32

Mätning av nattfasta

Under 2013 och 2014 har mätning av nattfasta utförts på alla boenden. En mätning har gjorts på våren och en mätning på hösten. Vårens mätning, 2014-05, hade ett stort bortfall i antal deltagare. I mätningen som genomfördes under hösten, 2014-11, motsvarade 40 procent en nattfasta om högst 11 timmar. Resultatet är en minskning med drygt en timme gentemot mätning 2013-10. Andel individer med nattfasta ≤ 11 timmar har ökat från 21 till 40 procent.

2015-02-26

Nattfastans längd	2013-10	2014-05	2014-11	Exkl. Tornet 2014-11
Antal deltagare	315	190	327	295
Medel	12,7	12,6	11,7	11,6
Median	13,5	13	12,3	12,2
Antal ≤11 tim. Antal	67	48	130	125
Andel ≤11 tim. %	21	25	40	42

I och med att mätning av nattfasta införts har medvetandet och åtgärderna ökat hos all personal gällande både ofrivillig nattfasta och måltidens betydelse. Det har lett till att dietist och enhetschef för kost och måltid kommer att hålla i utbildning för kostombuden under 2015 och 2016. Syftet är att höja kompetens hos omvårdnadspersonal i basala kostrutiner, hur man kan duka på ett inbjudande sätt, hur en rätt ska serveras för att vara komplett näringsmässigt m.m.

Delegering av hälso- och sjukvårds uppgifter

Delegering får bara användas i undantagsfall när det är en bra lösning utifrån ett helhetsperspektiv för patienten. Även om det finns tillräckligt med formellt kompetent personal kan det vara motiverat att delegera i de situationer där det från ett helhetsperspektiv svarar bättre mot patienternas behov och samtidigt ger en trygg och säker vård med hög kvalitet.

Sjuksköterskorna har på en del av boendena signalerat att det byts personal ofta och att det är stor omsättning på timvikarier vilket kan vara en risk för patientsäkerheten. Utbildningens innehåll inför delegeringen kan variera mellan sjuksköterskorna.

Apoteksgranskningar

Under hösten gjorde apotekare tillsammans med boendeansvarig sjuksköterska granskning av läkemedelhantering på alla enheter. Varje enhet får en egen rapport och åtgärds beskrivning för att följa läkemedelsverkets krav på säkra rutiner. Uppföljning av avvikelser gällande narkotika kontroller för sjuksköterskorna har visat på vissa brister. Under hösten har en arbetsgrupp arbetat fram gemensamma rutiner som implementeras från och med 1 januari 2015

2015-02-26

Dokumentation

Socialstyrelsen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting påtalat att användandet av specifika yrkesspråk inom hälso- och sjukvården kan leda till missförstånd och risker för patienters säkerhet.

Socialstyrelsen publicerar *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa 2003*. Denna klassifikation är en svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) som utgivits av Världshälsoorganisationen (WHO) i november 2001.

Klassifikationens övergripande mål är att erbjuda en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa. Man bör därför använda sig av gemensamma begrepp och termer som har sin utgångspunkt i ICF:s språk för beskrivning av funktionstillstånd. ICF har fokus på den enskildes möjligheter till aktiviteter och delaktighet och hur omgivnings- och personliga faktorer påverkar detta. Med modellen kan människans funktionstillstånd beskrivas liksom de möjligheter och hinder som påverkar möjlighet till aktiviteter och delaktighet.

KVÅ ska ses som ett första steg mot en gemensam åtgärdsklassifikation för alla kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal. Det är viktigt att all hälso- och sjukvårdspersonal får en gemensam terminologi och ett enhetligt sätt att rapportera utförda åtgärder.

Under 2014 har ett nytt verksamhetssystem för dokumentation införts och i samband med det har kommunen antagit ICF klassifikation och KVÅ. Arbetet med att hitta gemensamma strukturer i hälso- och sjukvårds dokumentation sker fortlöpande i en dokumentationsgrupp bestående av MAS, verksamhetsutvecklare, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist och sjuksköterska.

Hygien

Vi hade ett utbrott av vinterkräksjukan (calici virus) som ledde till att MAS har haft utbildning för enhetschefer inom äldreomsorgen i att förebygga spridning av calici orsakad gastroenterit (magsjuka).

Samtliga boenden har hygienombud och en hygienpärm är framtagen. Alla medarbetare ska som lägsta utbildningsnivå göra E-utbildning i basalhygien rutiner som finns på vårdgivarguiden.

2015-02-26

Medicinska avvikelser utredda av MAS

Om avvikelserna medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada, till exempel om händelsen lett till aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenhet ska sjuksköterska eller enhetschef omedelbart informera MAS om händelsen. Avvikelse rapporten ska lämnas till MAS så snart det är möjligt.

Sammanställning	Antal	Varav allvarlig/ risk för vårdskada	IVO/Läkemedels verket
Läkemedelsavvikelser	5	0	0
Fall	8	7	0
Vård	5	2	0
Medicintekniska produkter	4	1	4
Summa	22	10	4

Av de 8 fallen så var det 7 personer som inte haft höftskyddsbyxa på sig. En brukare hade på sig höftskyddsbyxa och fick bäckenfraktur. En byxa kostar cirka 600 kronor och ska bekostas av individen själv.

De studier som gjorts i Sverige visar att äldre som bor i vård- och omsorgsboenden har stor nytta av höftskyddsbyxor i att förebygga frakturer. För att bedöma effekten och om kommunen skulle ta kostnader för eventuellt inköp av höftskyddsbyxor, behöver vi ta fram ett underlag.

Munhälsa

Alla på vård- och omsorgsboenden och personer som uppfyller kriterierna i ordinärt boende erbjuds fri munhälsobedömning en gång per år. Det innebär att man även kan få tandvård till samma avgift som sjukvård. Avgiften får räknas samman med andra avgifter för hälso- och sjukvård och därmed ingå i sjukvårdens högkostnadsskydd. Tandhygienisten rapporterar in nedanstående data så att kommunen sedan kan ta ut sitt egna resultat. Resultatet för Botkyrka har försämrats. Vi följer upp under 2015.

2015-02-26

Bedömning munhygien	2013	2014
Antal patienter	402	494
Bra munhygien (%)	62,4	21,5
Dålig munhygien (%)	37,6	78,5

I rapporteringen ingår alla personer i Botkyrka kommun som har tackat ja och uppfyllt kriterierna till munhälsobedömning. I den bedömning som tandhygienisten gör av munhygien, är kriterierna att 50 procent eller mer av tänderna har synligt plack.

Kvalitetsregister

Senior alert

Alla boenden arbetar med förebyggande åtgärder utifrån senior alert. Arbetet görs i teamen med riskbedömningar, planering av åtgärder samt uppföljningar.

Enheterna har avvikelsemöten för att förebygga nya händelser. Enheterna har kommit olika långt med att få rutiner med arbetet i teamen.

Senior alert	2012	2013	2014
Totalt antal riskbedömningar	99	117	202
Totalt inmatade åtgärder	22	89	126
Uppföljningar	2	53	90

Antalet registreringar har ökat i registret. I och med ändringar i patientdatalagen 1 oktober 2014 möjliggjordes det att även kunna lägga in riskbedömningarna i senior alert på personer med nedsatt beslutsförmåga.

2015-02-26

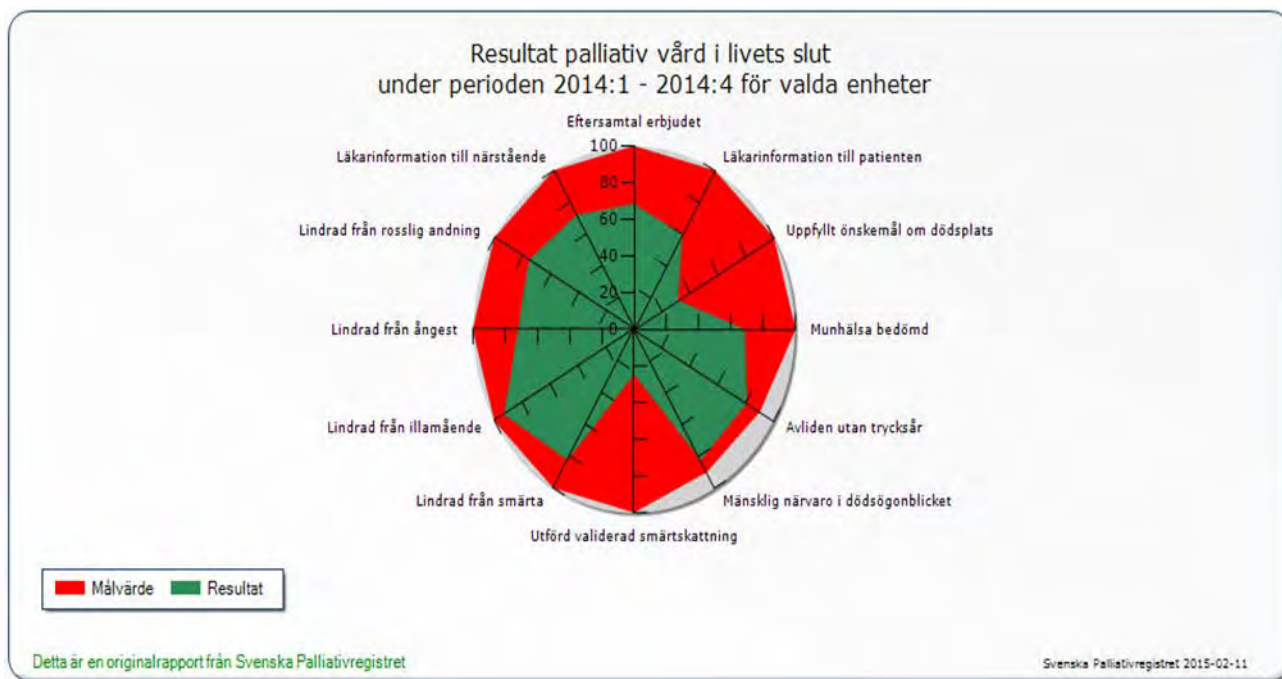
Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret	2012	2013	2014	Målvärde
Eftersamtal erbjudet	45,6	45,5	68,4	100
Läkarinformation till patienten	67,8	65,2	59,6	100
Uppfyllt önskemål om dödsplats	24,4	27,3	31,6	100
Munhälsa bedömd	72,2	59,1	68,4	100
Avliden utan trycksår	92,2	87,9	80,7	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	75,6	84,8	82,5	90
Utförd validerad smärtskattning	17,8	27,3	24,6	100
Lindrad från smärta	78,9	80,3	82,5	100
Lindrad från illamående	81,1	81,8	93	100
Lindrad från ångest	77,8	71,2	71,9	100
Lindrad från rosslig andning	78,9	74,2	75,4	100
Läkarinformation till närstående	71,1	75,8	71,9	100
Antal vårdtillfällen i urvalet:	90	66	57	-

Övervägande av områdena har förbättrats men når däremot inte målvärdet. Antal registrerade har minskat, en orsak kan vara att det har under året varit ganska stor omsättning på sjuksköterskor, detta följs upp under 2015. Allégården kommer via Nestor, arbeta med att förbättra vården vid livets slut. Arbetet pågår under våren 2015 och utvärderas under hösten.

2015-02-26

Vård i livets slut, spindeldiagram 2014



Samverkan för att förebygga vårdskador

Sammanhållen vård

Kommunen har anslutit sig till NPÖ (nationell patientöversikt) vilket möjliggör informationsöverföring mellan kommun och landsting. I nuläget är kommunen enbart konsument, vi kan läsa det landstinget levererar till NPÖ. Systemet har haft lågt användande och följs upp under 2015.

Kommunen har en överenskommelse med landstinget vid in- och utskrivning i slutenvården. Vid brister skrivs avvikelser. Korttidsenheten har flest avvikelser, främst gällande överrapportering och läkemedel som inte har skickats med patienten till korttidsboendet. Korttidsenheten har ökat skrivandet av avvikelser.

2015-02-26

Patientsäkerhetsplan för 2015

- Pilotprojekt på förslagsvis Tornet med enhetschef och sjuksköterskor, med utbildning i utredning av brukare som visar inkontinensproblematik samt utprovning av individuella hjälpmedel och förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.
- BPSD, kvalitetsregister Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens pågår utbildning för att implementera under 2015.
- Varje enhet ska använda statistik från senior alert, svenska palliativ registret, mätning av nattfasta och BPSD för att kunna följa upp enhetens resultat och arbeta med förbättringsområden
- Fortsatt arbete på enheterna med ofrivillig nattfasta >11 timmar och måltidssituationen.
- Tydliggöra hygienombudens roll och användandet av framtagen hygienpärm för egenkontroll och förbättra följsamhet till basala hygienregler. Alla timvikarier ska genomföra E-utbildning i basala hygienrutiner.
- En arbetsgrupp med sjuksköterskor arbetar med att ta fram ett gemensamt utbildningsmaterial inför delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.
- Upprätta kontakt med slutenvården för att öka följsamheten till överenskommen angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården.
- NPÖ mål att öka användandet med 40 % under året.

Resultat per enhet

Allégården

Allégården är ett vård- och omsorgsboende för äldre med 52 platser, fördelat på fyra enheter. Två enheter är demensboende för brukare med demensdiagnos.

	2013	2014
Läkemedels avvikelser	72	180
Fall avvikelser	94	126

Orsaken till fler avvikelser är en ökad benägenhet att rapportera hos all personal. Enhetschefen har tagit upp med personalen om vikten av att skriva avvikelser och varför vi ska göra det.

2015-02-26

Utvärdering mål 2014

Läkemedelshantering

Boendet har arbetat med att minska antalet läkemedel som används vid behov (behovs dosetter). Alla läkemedel som inte används har sorterats bort, övriga utvärderas regelbundet. Många olika dosetter och läkemedel i skåpen är en risk. Antalet tabletter i de olika dosetterna hålls också nere.

En stor del av omvårdnadspersonalen har gått Nestors utbildning ”Äldre och läkemedel” under våren 2014.

Nutrition

Måltidssituationen har uppmärksammats genom att skapa en trivsamt miljö; exempelvis dukning, minska störande ljud och insatser som främjar ökad delaktigheten för brukarna. Dietist har varit stöd i arbetet genom studiecirkeln ”Mat och ätande för äldre”.

Ett samarbete har upprättats med Hemtandvård för patienternas tandhälsa. Alla patienter på somatiska avdelningar har fått önska tandläkare. Hemtandvård har gått igenom alla som önskat och åtgärdat eventuella problem under vintern. Vårdpersonalen har fått handledning av utbildad sjukgymnast i taktil beröring.

Mål 2015

- Natfastan bör inte överstiga 11 timmar. Bättre nattsömn minskar oro och fallrisk.
- Utvärdera användning och nytta av NPÖ för att underlätta för kommunikation och minska risken för misskommunikation mellan landstinget och SÄBO.
- Förbättra rutin för kommunikationen mellan sjuksköterska och rehab t.ex. då boende varit på sjukhus eller är nyinflyttad.
- Utbildning i kontraktur profylax för vårdpersonal.

2015-02-26

Alby Ängs vård och omsorgsboende

Alby Äng har 60 boendeplatser fördelat på sex boendegrupper. Två av demensboendegrupperna har finsk inriktning samt en sjuksköterska som talar finska.

	2013	2014
Läkemedels avvikelser	30	6
Fall avvikelser	93	56

Utvärdering mål 2014

Vid behovs dosetter är mindre och ser annorlunda ut för att förebygga feldelning. Dessa märks också med datorskriven text. Där framkommer personidentifikation, medicin, styrka, dos och vilket ändamål medicin är ordinerat samt max dos per dygn. Personalen måste alltid kontakta sjuksköterska innan de ger mediciner från vid behovs dosett. Sjuksköterskan delar ett preparat per dosett och varje vid behovs medicin har egen signeringslista. Sjuksköterskan dokumenterar vid varje dosettindelning antalet delade tabletter, namn, styrka och datum. Kommunens alla sjuksköterskeexpeditioner har fått gemensamma pärmar för narkotiska preparat, både för akut- och buffertförråd och för de boende. Detta leder till större säkerhet i medicinhantering, speciellt under jourtid och när timanställda sjuksköterskor arbetar ensam.

För att säkerställa informationsöverföring från sjuksköterska till omvårdnadspersonal har en ny rutin tagits fram.

All omvårdnadspersonal har genomfört webbaserad utbildning i vårdhygien. Vårdhygien är en av punkterna vid introduktion av ny omvårdnadspersonal

Periodisk inspektion av lyftselar sker 2 ggr/år utifrån rutin. Lyftselar är individuellt utprovade för varje brukare. Det har varit svårt att hitta ett fungerande märksystem med brukarens namn, som håller efter tvätt, men en förteckning med identitetsnummer finns på respektive enhet.

Smoothies-projektet är nu fast praxis på alla avdelningar. Dietisten och sjuksköterskan har ansvarat för utbildning.

Utbildning i *Vård vid livets slut* för omvårdnadspersonalen startades 2014 och kommer att fortsätta.

2015-02-26

Mål 2015

- Införa BPSD-register på demensavdelningarna. Alla medarbetare ska utbildas.
- Införa rutin för funktionskontroll av gånghjälpmedel 1 gång/år samt vid inflyttning till boendet.
- Fortsatt utveckling av dokumentationen i verksamhetssystemet för hälso- och sjukvårds personal.

Silverkronans vård och omsorgsboende

Totalt finns plats för 50 boende. Två enheter för personer med demensdiagnoser.

Utvärdering mål 2014

Senior alerts riskbedömningar är utförda på alla boenden, uppföljningar har inte skett på alla. Dokumentering i registret har inte skett fullt ut. En lokal rutin har införts i teamet. Detta beror på att det under merparten av det gångna året har varit många vikarierande sjuksköterskor.

	2013	2014
Läkemedels avvikelser	112	38
Fall avvikelser	128	119

Läkemedelsavvikelseerna har minskat efter att enheterna ändrat rutiner. Fall har minskat marginellt.

En ny rutin för rengöring av hjälpmedel har påbörjats.

Stickkontroll av basala hygienrutiner genomfördes, vilket visade brister framför allt vid hygienrutiner före omvårdnadsarbetet, åtgärder vidtogs.

Flertalet omvårdnadspersonal har genomgått nutritionsutbildning. Arbetsterapeut och sjukgymnast gör bedömningar och åtgärder utifrån sina professioner, t.ex. ser över sittställningar vid matsituationer.

Omvårdnadspersonal har deltagit i utbildning i munhälsa.

2015-02-26

Omvårdnadspersonalen har under genomgått webbutbildningar i, Lex Sarah, vårdhygien, social dokumentation, fallprevention, Demens ABC grund och plus, psykisk ohälsa..

Fördjupad läkemedelsgenomgång har genomförts med apotekare och sjuksköterska. Under seminariet som apotekaren ledde gjorde man sedan fördjupade läkemedelsgenomgångar och diskuterar de läkemedelsrelaterade problem som finns kring varje patient (aktuella indikationer, doser, biverkningar m.m).

Mål 2015

- Ansvarig sjuksköterska skall tillsammanas med ansvarig läkare se över frekvensen fall i förhållande till lugnande – och sömntabletter.
- Öka registrering av munhälsobedömningar i Senior alert.
- Under år 2015 kommer en öron termometer att införskaffas till enheten.
- Förbättra användandet av bedömningsinstrument för att skatta smärta.

Tumba vård och omsorgsboende

Boendet har 6 våningar med 26 boendeplatser per våningsplan. Här finns även två boenden för personer med demenssjukdom (vån 1 och Ekdala) samt en korttidsenhet på plan 3 för äldre som behöver omsorg tillfälligt eller under kortare perioder (så kallad växelvård). Korttidsenheten är uppdelad på en somatisk enhet och en för personer med demenssjukdomar.

Utvärdering mål 2014

Uppföljning av läkemedelsavvikelser har lett till en ny rutin.

Resultatet från nattfaste mätning varierar mellan 9,5 - 14,42 timmar. Nattfastan följs upp.

Ett samarbete har påbörjats under 2014 med Folktandvården, med inriktning mot äldre, i form av praktisk handledning vid behov, t.ex. svårigheter att få ut en protes.

2015-02-26

2014 har det skett 281 fall - en minskning från 2013 med 56 stycken.
Läkemedelsavvikelser: 2014 har det skett 166 läkemedelsavvikelser - en minskning från 2013 med 77 stycken.

	2013	2014
Läkemedels avvikelser	243	166
Fall avvikelser	337	281

En orsak till minskningen bedöms vara att alla våningar förutom korttidsboendet numera endast har en person per pass som ansvarar för utdelning av medicin.

För både fall- och läkemedelsavvikelser bedöms förbättringen bero på ytterligare mer strukturerade möten där orsaken till avvikelserna diskuteras och åtgärder görs.

Mål 2015

- Tydliggöra mandatet för hygienombud som ansvarar för kontroll att rutinerna i hygienpärmarna följs. I samband med implementering ska ansvarig chef tillsammans med teamet se till att pärmarna förankras och blir kända i verksamheten. Under året ska lokal rutin gällande ”Rengöring av tekniska hjälpmedel” tas fram på enheten.
- Alla personalgrupper/våningsplan ska sträva mot att ha en medicinskt ansvarig per pass.
- Uppföljning och vid behov åtgärdsplan för boende med nattfasta överstigande 11 timmar. Ska ske minst två gånger per år, lämpligen i samband med nattfaste mätning.
- Samarbetet med folktandvården ska implementeras under 2015 för att bättre ta tillvara på den erbjudna handledningen.
- Rutin för funktionskontroll av gånghjälpmedel ska tas fram.
- Översyn av hjälpmedelspärm ska ske under året på alla våningsplan.
- En rutin på ärendegång gällande avvikelse med medicinteknisk produkt finns och ska implementeras inom enheten med stöd av rehabiliteringspersonalen. Information ska även ske på APT för omvårdnadspersonalen.
- En ansvarig biträdande enhetschef samt demenscoach kommer under året att tillsammans med övriga coacher implementera en samsyn i arbetet kring brukaren. Utgångspunkt: Nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom och kommunens värdighetsgarantier.

2015-02-26

Utbildningar 2014

Tretton av omvårdnadspersonalen har utbildat sig till undersköterskor. Nio undersköterskor har utbildats internt till demens-/omvårdnadscoacher. Chefer och omvårdnadspersonal har gått en tvådagars utbildning i Riktlinjer för demensomsorg. Lokalt språkprojekt med drygt 40 deltagare där utbildningen utgår ifrån arbetsplatsens arbetsmaterial påbörjades i höstas. Projektet fortsätter våren 2015.

Planerade utbildningar 2015

För sjuksköterskegruppen: HLR, vårdhygien, Föreläsning kring bedömningar (läkar-sjukhuskontakt).

Rehab: Kurser via hjälpmedelscentralen, vårdhygien och tematräffar via Nestor.

Kostombudsutbildning, språkprojekt samt hygienutbildning för omvårdnadspersonal.

Två multiprofessionella team är inplanerade till en två dagars utbildning i BPSD registret. Tanken är att deras kompetens ska tas tillvara vid behov i hela huset. Fler team planeras att gå utbildningen längre fram, förhoppningsvis hösten 2015.

Fortsatt deltagande i Nestors utbildningar.

Kärsdala vård och omsorgsboende

Kärsdala har 50 lägenheter med boende för 52 personer, två lägenheter är dubbelrum. En enhet för personer med demensdiagnoser.

	2013	2014
Läkemedels avvikelser	29	24
Fall avvikelser	162	106

2015-02-26

Utvärdering 2014

Installera medicinskåp i varje brukares lägenhet. Genomfört.

Arbeta mer aktivt med hälsoplaner och att ha ett gemensamt förfarande när det gäller vårdplaner, rehab planer och nutritionsplaner. Infört, fortgår.

Förbättra rutiner för kontinuerlig rengöring av tekniska hjälpmedel. Genomfört.

Fortsatt arbete med uppföljning av rehab planer. Infört, fortgår.

Mål 2015

- Utveckla och förbättra hygienrutiner via bl.a. hygienombud.
- Alla brukare ska riskbedömas via Senior Alert.
- Förbättra och skapa tydligare rutiner runt information och överrapportering gällande HSL-och arbetsplaner.

Tornet vård och omsorgsboende

Tornet har 54 lägenheter, varav extra många är demensplatser. På varje våningsplan finns också lägenheter förberedda för parboende. Tornet öppnade i maj 2014.

Utvärdering 2014

	2014 från maj
Läkemedels avvikelser	95
Fall avvikelser	99

All omvårdnadspersonal på Tornet har genomfört webb baserad utbildning i vårdhygien. Vårdhygien är en av punkterna vid introduktion av ny omvårdnadspersonal. Hygiensjuksköterskan finns att kontakta vid behov och kommer för att informera. Hygienrutiner är uppdaterade och finns synligt framme på varje avdelning.

2015-02-26

Teamets ambition är att samtliga boende ska riskbedömas minst en gång om året, i praktiken var 6:e månad eller när förändringar sker. Utvärdering sker enligt planering och bakomliggande orsaker undersöks för att eliminera och förebygga trycksår, fall och undernäring eller ofrivillig viktnedgång.

Tornet använder ett informationsblad mellan sjukhus och kommunen. Detta för att säkerställa att viktig information och kontaktuppgifter kommer till kännedom.

Mål 2015

- Implementera BPSD
- Utveckla vår kompetens inom dokumentation
- Aktivt verka för ett anhörigperspektiv i omvårdnaden
- Utveckla lokala rutiner för teamarbetet
- Främja möjligheter till aktivitet och förebygga psykisk ohälsa

2015-02-26

Servicehus

Orrens servicehus

På Orrens servicehus bor för närvarande 32 boende som kan få stöd av hemtjänst.

Utvärdering 2014

Kommunikation internt och externt:

På Orrens servicehus arbetar alla arbets kategorier nära varandra och kommunikation sker både muntligt och skriftligt. Rapportering sker fortlöpande vilket lett till färre avvikelser under 2014.

Riskbedömningar:

Under det gångna året gjorde vi riskbedömningar på alla boende. Riskbedömningarna gav oss en bild av vilka som löper stor risk för fall, undernäring och trycksår. Därefter försökte vi minska riskerna. Detta har lett till färre fall skador och trycksår. Resultat på riskanalyser har registrerats i Senior Alert efter medgivande från brukaren.

Palliativ vård:

Vi har haft stor framgång när det gäller vård av patienter i livets slutskede. Genom att ha regelbundna samtal med anhöriga, vak, brytpunktsamtal med läkare och god omvårdnad. Resultatet har varit nöjda anhöriga. En checklista för vård i livet slutskede har använts under 2014. Alla avlidna har registrerats i Palliativaregistret.

Avvikelser

Vi har haft få läkemedels avvikelser under 2014. Detta beror på i stort sätt de kurser vi har haft i medicin hantering föregående år, samt de fortlöpande samtal som genomförts i gruppen.

Nutrition

Dietisten och sjuksköterskan har regelbundet haft nutritionsgenomgångar under 2014, där nya fall med näringsrelaterade problem tagits upp och befintliga följts upp. Dietisten har i dessa fall gjort bedömningar, som innehåller åtgärder för att bättre kunna tillgodose individens näringsbehov. Vi har haft flera genomgångar och uppföljningar under 2014.

2015-02-26

Mål 2015

- Vi kommer att fortsätta med regelbundna nutritionsgenomgångar med insatser, där behov finns.
- Målet är att fortsätta kartlägga bristerna i läkemedelshanteringen och därmed minska avvikelserna ännu mer under 2015

Akvarellen servicehus

På Akvarellen servicehus finns 24 lägenheter där de boende kan få stöd av hemtjänstpersonal.

Utvärdering 2014

Rehabplaner och omvårdnadsplaner har skrivits i syfte att förbättra samarbetet och säkerheten för boende.

Registrering i Senior alert sker fortlöpande med uppdatering av riskbedömningar som sker i teamet.

På teammöten följs genomförandeplanerna, avvikelser, rehab planer, omvårdnadsplaner samt nutritionsplaner upp.

Skapa rutiner för rengöring av medicintekniska hjälpmedel, mål kvarstår.

Mål 2015

- Fortsatta möten med riskbedömningar utifrån Senior alert var 4:e vecka.
- Återuppta boendemöten där HSL-personal, koordinator och kontaktmän deltar varje månad.
- Skapa rutiner för rengöring av hjälpmedel.

2015-02-26

Dagverksamhet

Dagverksamhet är en insats enligt SoL 3 kap.6§. Verksamheten drivs från måndag till fredag. Gäster får sina platser beviljade enligt biståndshandläggarens beslut utifrån behov av social stimulans, meningsfull tillvaro avlastning för anhöriga etcetera. I Botkyrka kommun finns för närvarande fem olika dagverksamheter.

Utvärdering 2014

Rutinerna för HSL- insatser inom dagverksamheten sågs över och reviderades i början av 2014. Enhetschefer för dagverksamheterna, sjuksköterskeenheten och rehab enheten deltog tillsammans med MAS.

I slutet av 2014 påbörjades en översyn av rutiner för läkemedelshantering och information om läkemedelshantering till brukare och anhörig. Detta utifrån att enhetschef fått in avvikelser och synpunkter.

Vi har lagt till i rutinen för mottagande av ny daggäst, att synpunktskort ska lämnas till brukare eller anhörig och att information ska ges om vikten av synpunkter. Detta tas även upp på både brukarråd och anhörigträffar

Mål 2015

- Egenkontroll och kvalitetskontroll har genomgåts utan annan anmärkning än att även timanställda bör gå webbaserad hygienutbildning.
- Vi har sett över och reviderat ”Rutiner för HSL-insatser inom dagverksamheten”. Detta ska fortsättningsvis ske varje år.
- Regelbundna möten, månadsvis, mellan HSL-personal och dagverksamhetspersonal har påbörjats under 2014 och ska under 2015 fungera fullt ut. För att understryka vikten av detta har enhetscheferna för dagverksamheterna, sjuksköterskeenheten och rehab enheten tillsammans besökt varje dagverksamhet och där träffat HSL- och dagverksamhetspersonal tillsammans och på så sätt startat upp rutinen.
- Översyn av nya, tydligare rutiner för läkemedelshantering har påbörjats under 2014 och ska bli klart i början av 2015.
- Bättre information till brukare och anhöriga om läkemedelshantering i dagverksamheterna ska tas fram i början av 2015.
- Informationen om brukarens HSL-behov och kontakter, t.ex. vilken vårdcentral brukaren tillhör, bör framgå i beställning från biståndshand-

2015-02-26

läggare. Enhetschef för dagverksamheterna ansvarar för att frågan lyfts till ansvarig inom Myndighet.

- All personal ska genomföra webbaserad utbildning i att förebygga fall.



7

Nestor

Nestor – Helén Lieberman-Ram (tf. FOU-chef Nestor)

Seniorrådet – representation från Kommunala pensionärsrådet – Karin Recksén (PRO Tullinge) och Gary Hjelm (SPRF)

Må bra – med eller utan läkemedel – Anders Magnusson (SPF Botkyrka)



8

Revidering av ärendelistan

Medicinering, högkostnadsskydd och subventionering

Kommunalisering av hemsjukvården

Bjuda in respektive nämndordförande till kommunala pensionärsrådet

Fallolyckor bland äldre

Bostäder för äldre

Finskt förvaltningsområde

Vinkbuss



2015-06-03

9

Övriga frågor

Mötesplatser – Ann-Marie Peters (SPF Botkyrka)