

Sammanställd patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare år 2021

Tyresö kommun

2022-04-26

2022/ASN 0060
2022/ÅON 0064

Shyi Klint
Medicinskt ansvarig
sjuksköterska

tyresö kommun



Innehållsförteckning

Sammanställd patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare år 2021	1
1 Sammanfattning.....	5
2 Inledning	7
3 STRUKTUR	7
3.1 Övergripande mål och strategier.....	7
3.2 Organisation och ansvar	8
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
3.4 Patienters/brukares och anhörigas/närståendes delaktighet	10
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
3.6 Klagomål och synpunkter	10
3.7 Egenkontroll.....	11
4 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	12
4.1 Riskanalys.....	12
4.2 Utredning av händelser - vårdskador.....	12
4.3 Informationssäkerhet.....	12
4.3.1 Dokumentation.....	13
5 RESULTAT OCH ANALYS	13
5.1 Kommunens arbete under Covid- 19 pandemin	13
5.2 Verksamheternas arbete under pandemin.....	14
5.3 Vaccination av Covid-19 för vård- och omsorgstagare samt personal 15	
5.4 Läkemedelshantering.....	16
5.5 Egenkontroll.....	17
5.5.1 Självsfattning basala hygien och klädregler	17
5.5.2 Minskad nattfasta genom mätningar på vård och omsorgsboende för äldre 19	
5.6 Avvikelse.....	19
5.6.1 Läkemedelsavvikelse	20
5.6.2 Fall och fallavvikelse	21

Medicintekniska produkter (MTP) – avvikelser	21
5.6.3 Vårdkedjeavvikelser	21
5.7 Klagomål och synpunkter	22
5.8 Händelser och vårdskador	22
5.9 Riskanalys.....	22
5.9.1 Resultat av riskbedömningar i Senior alert.....	23
5.9.2 Munhälsa	24
5.9.3 Palliativ vård.....	25
6 Mål och strategier för kommande år	26
7 Bilaga 1.	27

1 Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av patientsäkerhetsarbetet som bedrivits i Tyresö kommuns vård- och omsorgsboende och dagverksamheter för äldre samt för verksamheter inom LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade), samt socialpsykiatri där kommunen är huvudman för hälso- och sjukvård, vars mål är att arbeta för att säkerställa och utveckla patientsäkerheten i hälso- och sjukvårdsinsatserna som utförs. Alla patienter/brukare har rätt enligt lag till säker samt ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

- Även år 2021 har präglats av Covid-19 pandemin där målsättningen har varit att förhindra smittspridning genom olika insatser och åtgärder.
- Kommunen har fortsatt med att samverka tätt inom den egna organisationen och med verksamheterna i förvaltningarnas ansvarsområden, samt med andra organisationer som läkarorganisationerna och Region Stockholm.
- Kommunen har också under år 2021 fortsatt arbeta med att säkerställa följsamhet till hygienrutiner, hantering av skyddsmaterial samt kompetens genom handledning och utbildning, samt säkerställa personalresurser.
- Riskbedömningar och rutiner i samband med Covid-19 har upprättats kontinuerligt och uppdaterats fortlöpande efter rådande och förändrade riktlinjer samt rekommendationer. Verksamheterna har snabbt fått ställa om i takt med att ny kunskap och information blivit tillgänglig.
- Intensivt arbete med vaccinationskampanjer har fortlöpt under året för såväl vård- och omsorgstagare som personal inom vård och omsorg i samverkan med Regionen och Länsstyrelsen.
- Uppstart av samverkan med geografisk samordnare för Tyresös husläkarmottagningar i samband med god och nära vård.
- Uppstart av nätverksträffar för palliativa ombud med MAS och Palliativt kunskapscentrum (PKC).
- Samtliga särskilda boenden för äldre har utbildat personal inom munhälsa.
- Sammanställning visar att totalt 450 läkemedelsavvikelser har registrerats under år 2021 jämfört med 443 året innan. Under 2021 registrerades 764 fallavvikelser jämfört med 646 avvikelser under 2020. I samband med fall har 8 frakturer rapporterats under 2021 och 12 frakturer under 2020. 28 avvikelser berörande medicintekniska produkter har rapporterats av verksamheterna. Antal trycksår som uppkommit i verksamheterna har minskat från 15 till 11 mellan år 2020-2021.
- En Lex Maria utredning om fördröjd vård, där annan vårdgivare ansvarat för hälso- och sjukvården, har lett till att en anmälan till IVO

gjorts av Tyresö kommuns MAS. IVO lägger ner ärende efter att kommunens och vårdgivarens samarbete upphört.

- Ett klagomål inkommer till IVO om omsorg i samband med munhälsa. IVO valde att inte ta emot ärendet utan skickade det vidare till verksamheten för hantering.
- En synpunkt har inkommit till Patientnämnden rörande frågor om medicinsk vård och behandling. Ärendet hanteras av verksamheten. Inga vidare åtgärder.

2 Inledning

Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet eller tandvårdsverksamhet är en vårdgivare. Det gäller både privat och offentligt finansierad verksamhet. Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) efterlevs. Det ska finnas ledningssystem som ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheterna. Resultat ska synliggöras genom uppföljning/egenkontroller som vidare ska delges personal, patient/brukare i syfte att skapa struktur för att uppnå kvalitet och förhindra risker och händelser som kan medföra vårdskador samt missförhållanden eller andra avvikelser. Verksamheterna ansvarar för att medarbetare har kompetens och förutsättningar att bedriva god och säker vård utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Samverkan ska ske med olika organisationer, nätverk samt, närstående och patienten själv som ska erbjudas möjlighet att delta i planeringen samt utförandet av sin egen vård i största möjliga utsträckning. Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av vårdgivares patientsäkerhetsberättelser samt en beskrivning av kommunens patientsäkerhetsarbete under ett år.

3 STRUKTUR

3.1 Övergripande mål och strategier

Enligt kapitel 3 i Patientsäkerhetslagen (PSL) är vårdgivaren skyldig att bedriva systematiskt patient- och säkerhetsarbete samt upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska tillgängliggöras för alla. Tyresö kommuns medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) sammanställer patientsäkerhetsberättelserna från samtliga verksamheter i kommunen som bedriver hälso- och sjukvård till Äldre- och omsorgsnämnden (ÅON) samt Arbetsmarknads- och socialnämnden (ASN). Patientsäkerhetsberättelsen syftar till att redovisa strategier, mål och resultat av patientsäkerhetsarbetet i ett led att utveckla och förbättra patientsäkerheten samt vårdens kvalitet. Vårdgivarens ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter/brukare, medarbetare och övriga medborgare.

Övergripande mål för hälso- och sjukvården är att:

- den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- den är säker och förebyggande för att vårdskador förhindras
- den är patientfokuserad och ges med lyhördhet och respekt för individens förväntningar, behov och resurser
- den ges på lika villkor och i rimlig tid
- den uppfyller god hygienisk standard
- utformas för att tillgängliga resurser utnyttjas optimalt i syfte att nå ovanstående mål.

3.2 Organisation och ansvar

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen samt Äldre- och omsorgsförvaltningen med nämnder har ledningsansvaret för hälso- och sjukvården i Tyresö. De är utsedda att vara ansvariga för patientsäkerhetsarbetet i kommunens verksamheter, för att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. För att säkra verksamheternas kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska nämnderna beskriva och fastställa de övergripande processer som behövs för att kraven ska kunna uppnås.

Hos privata vårdgivare är det den övergripande ledningen i den egna organisationen som har ansvaret för styrning, ledning och kvaliteten av patientsäkerheten enligt lagar och författningar.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) ansvar utgår utifrån Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap 6§ som i huvudsak innebär att utarbeta riktlinjer och rutiner som säkerställer god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården ur ett patientsäkerhetsperspektiv. MAS utövar tillsyn inom den kommunala hälso- och sjukvården genom att följa upp, kontrollera, dokumentera och redovisa resultatet till ansvarig nämnd.

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet ska ha en verksamhetschef som säkerställer patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och att säkerheten i vården tillgodoses enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 1§. Verksamhetschefen har övergripande ansvar för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och att verksamheten har fastställda rutiner. Ansvaret innefattar vidare att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs och med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Verksamhetschefen ska säkerställa att bemanningen är tillräcklig för uppnå god och säker vård.

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut-sjukgymnast) har en skyldighet enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare ligger ansvaret i att medverka inom ramen verksamhetens ledningssystem samt i det systematiska kvalitetsarbetet.

Omsorgspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsinsatser räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och är därmed skyldiga att medverka till patientsäkerheten genom att följa gällande lagar, regler och rutiner.

Samtliga medarbetare har ett ansvar att medverka och bidra till systematiskt kvalitetsarbete som en integrerad del i den dagliga verksamheten. Alla

medarbetare har ett ansvar att följa rådande riktlinjer och rutiner samt att rapportera risker och avvikelser som identifierats och uppstår i verksamheten.

Vårdhygien Region Stockholm, Smittskydd Stockholm och Apoteket Farmaci AB utgör rådgivare och stödjer verksamheterna vid behov av expertkompetens.

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Tyresö kommun har representanter som deltar och ingår i olika nätverk, samrådsgrupper, forskning och utvecklingscenter för äldre, läkarorganisationer m.m. Samverkan sker med regionen samt samarbetar med sjukvårdsnämndens förvaltning i regionen, vilka också är beställare och har avtal gällande läkarinsatserna som utförs i kommunens vård- och omsorgboenden för äldre.

Familjeläkarna Saltsjöbaden ansvarar för läkarinsatser på Björkbackens vård- och omsorgsboende, Villa Basilika, Krusmyntan och Villa Fornudden, medan Trollängens vård- och omsorgsboende har läkarinsatser genom Capio/Legevisitten. Verksamheterna har samverkansöverenskommelser med respektive läkarorganisation som utgår från regionens förfrågningsunderlag för läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre (SÄBO), vilka omfattar ansvarsfördelning och uppdrag. Läkarorganisationerna ansvarar för, i samverkan med sjuksköterska på vård och omsorgsboendet, att genomföra läkemedelsgenomgångar, enkla och fördjupade, enligt Regionens *Riktlinjer för läkemedelsgenomgångar* på vård- och omsorgsboenden för äldre.

Husläkarmottagningarna, där brukaren är listad, ansvarar för läkarinsatserna inom LSS-verksamheterna och socialpsykiatri. Samverkansöverenskommelser finns mellan husläkarmottagningar och LSS-verksamheter och Habilitering Linde. Kommunens hälso- och sjukvårdsteam består av sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Vårdskador kan förebyggas genom samverkan och strukturerat arbete med avvikelshantering. Riktlinjer och rutiner finns för att hantera interna (verksamhet inom kommunens ansvarsområde) avvikelser samt externa (verksamheter som ansvaras av andra än kommunen) avvikelser. Interna avvikelser hanteras i första hand på enhetsnivå i verksamheterna. Externa avvikelser gentemot andra vårdgivare hanteras i samverkan på enhetsnivå eller av MAS beroende på avvikelserns karaktär.

3.4 Patienters/brukares och anhörigas/närståendes delaktighet

Vårdens utformning ska grunda sig i att alla patienter/brukare inom kommunens ansvarsområde ska få en säker och ändamålsenlig vård av god kvalitet. Brukaren ska, genom personcentrerad vård, erbjudas möjlighet att delta i planeringen samt utförandet av sin egen vård i den utsträckning som är möjlig. Närstående ska kunna vara delaktiga om brukaren önskar detta. Kommunen och verksamheterna ska delge brukaren, samt berörda närstående, information utifrån behov. Brukare ska involveras i patientsäkerhetsarbetet utifrån sin förmåga.

3.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

En grundpelare i patientsäkerhetsarbetet utgörs av rapportering av tillbud, risker och avvikelser för att kunna förhindra negativ risk och händelser. Rapporteringen utgör en viktig del för att verksamheterna ska kunna utveckla och förbättra sitt arbete genom att dra lärdom och förhindra att samma typ av risker och avvikelser uppstår igen. Samtliga medarbetare inom vård- och omsorg är skyldiga att bidra till ett systematiskt förbättringsarbete och har rapporteringsskyldighet för att förhindra vårdskador och avvikelser. Personal rapporterar avvikelser i de verksamhetssystem som används i respektive verksamhet. Analys sker i verksamheterna enligt gällande rutiner och MAS-riktlinjer. Avvikelse rapportering sker till MAS varje månad. Vid allvarlig avvikelse/händelse ska MAS informeras direkt efter händelsen.

3.6 Klagomål och synpunkter

Samtliga verksamheter ska ge brukare och närstående information om var man vänder sig med synpunkter och klagomål. Inkomna klagomål och synpunkter ska utredas och analyseras enligt verksamheternas rutiner och resultaten återkopplas till anmälaren. Personal ska informeras enhetsvis, på arbetsplatsmöten och/eller i kvalitetsråden. MAS informeras om klagomål är av allvarigare karaktär och om behov finns kopplas MAS in i utredningar.

Klagomål som kommer via Patientnämnden och/eller via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vilka har betydelse för patientsäkerheten tas emot och utreds av verksamhets- och enhetschefer tillsammans med MAS eller med kvalitetscontroller på enheten utifrån om det berör hälso- och sjukvård eller omsorg.

3.7 Egenkontroll

Egenkontroller ska enligt lagstiftningen genomföras av verksamheter i den omfattning och frekvens som krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroller är systematisk uppföljning av verksamheter för att kontrollera att verksamhet bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering (extern)	1 gång per år	Protokoll åtgärdsförslag Läkemedelshantering, Apoteket AB
Punktprevalensmätning (PPM) av Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	PPM-databasen
Punktprevalensmätning (PPM) av trycksår	2 gånger per år	PPM-databasen, Senior alert*
Observationer/självskattning basala hygienrutiner	2 gånger per år	Enkät till samtlig omsorgspersonal, HSL-personal samt enhetschefer
Riktade hygienronder (extern)	Enligt behov och önskemål fr verksamheter	Protokoll, Vårdhygien
Registrering i Senior Alert, Palliativa registret	Kvartalsvis	Kvalitetsregistren Senior alert och Palliativa registret
Hälso- och sjukvårdsavvikelser	Månadsvis	Avvikelsehanteringssystemet (Qmaxit och Treserva)
Nattfastemätningar i vård- och omsorgsboende	2 gånger per år	Rapportering från verksamheter till MAS.
Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt under året	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet intern

Tabellen ovan visar egenkontroller som planeras årligen.

4 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

4.1 Riskanalys

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) ska riskanalyser göras för att bedöma om det i verksamheten finns risk för händelser som påverkar efterlevandet av föreskriften.

Verksamheterna ska kontinuerligt göra riskbedömningar inför förändringar i organisationen, driftstopp, införande av ny teknik eller nya metoder, men även förvaltningsövergripande. Riskbedömningar ska också göras när en patient/brukare flyttar in till ett boende för att identifiera eventuella risker för ohälsa och negativa händelser inom områdena fall, nutrition, trycksår, munhälsa samt blåsdysfunktion eller vid andra identifierade risker för ohälsa.

Kvalitetsregister utgör ett verktyg för att följa upp risker, identifiera åtgärder samt att följa upp vad som är genomfört och om det har fått effekt. Verksamheterna kan själva ta ut statistik för detta för att sedan använda informationen som en del av förbättringsarbetet. Senior Alert, Palliativregistret och BPSD är kvalitetsregister som används i Tyresö kommun.

4.2 Utredning av händelser - vårdskador

Verksamheter inom kommunens hälso-och sjukvårdsansvar ska utreda risker för vårdskador enligt gällande riktlinjer och rutiner. När det föreligger en allvarlig risk för vårdskada eller om en vårdskada har inträffat ska kommunens MAS delges utan dröjsmål. Om utredning påvisar allvarliga risker eller om en allvarlig vårdskada inträffat har vårdgivaren ansvar för att göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

4.3 Informationssäkerhet

Vårdgivare är skyldiga att säkerställa att endast behörig personal tar del av sekretessbelagd information. Verksamheterna ska följa fastställda riktlinjer för loggkontroller gällande journaler.

Hälso- och sjukvårdens adresskatalog (HSA) innehåller uppgifter om personal som ska ha åtkomst till olika system, bland annat Nationell Patientöversikt (NPÖ). Enligt avtal är kommunen skyldig att genomföra en internrevision årligen.

4.3.1 Dokumentation

Hälso- och sjukvårdsinsatser som legitimerad personal utför i den kommunala verksamheten ska rapporteras till Socialstyrelsen. Rapporteringen av insatser fortsätter utifrån det nya nationella fackspråket ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) samt KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder) men behöver utvecklas vidare. Enligt kapitel 3 i Patientdatalag (2008:355) fastställs att all legitimerad personal och den personal som biträder denne har en skyldighet att dokumentera.

5 RESULTAT OCH ANALYS

5.1 Kommunens arbete under Covid- 19 pandemin

Under år 2021 har Tyresö kommun fortsatt samverka med privata utförare, läkarorganisationer, Region Stockholm, Smittskydd, Vårdhygien och andra organisationer för att förhindra smittspridning av Covid-19. Tyresö kommun har representanter i flera olika samverkansforum som vidare delger information vidare till berörda parter.

MAS har kontinuerligt bevakat aktuell information kopplat till vård- och omsorg och skickat uppdaterad information till berörda chefer inom olika verksamheter. Det kraftiga informationsflödet har sällats av MAS för att säkerställa att olika verksamheter nås av rätt information som är viktig för den egna verksamheten. Utförare inom kommunen har också kunnat ta del av information på Tyresös coronasida länkat vidare till Smittskydds och Folkhälsomyndighetens information, råd, rekommendationer och riktlinjer.

Tillgången på skyddsutrustning har under året varit tillräcklig. Ingen verksamhet har rapporterat att personal varit utan skyddsutrustning. Tyresö kommun har upprättat ett beredskapslager i händelse av brist på skyddsutrustning, vars arbete påbörjades under senare delen av år 2020. Verksamheterna har kontinuerligt erhållit information om gällande rekommendationer och riktlinjer för source control och skyddsutrustning. Source control är en förstärkt patientsäkerhetsåtgärd där personal bär på avsedd utrustning för att skydda patienter och andra människor från potentiell smittspridning av symtomfri person.

När Folkhälsomyndigheten skärpt råd och rekommendationer har Tyresö kommun värdjat till närstående att avvakta med fysiska besök på vård- och omsorgsverksamheterna, när det har varit möjligt, som ytterligare i försök att förebygga smittspridning. Värdjan har upphört när Folkhälsomyndigheten har lättat på råden och rekommendationerna. Verksamheterna har rapporterat att på det stora hela varit god följsamhet till de uppmaningar och råd som getts i samband med besök. De brukare som haft behov av fysiska besök har fortsatt

kunnat träffa sina anhöriga, medan andra brukare under begränsad tid kunnat ha kontakt med sina anhöriga på digital väg.

Växelvård, dagverksamhet och daglig verksamhet har bedrivits under anpassade former efter genomförda riskanalyser samt utifrån gällande riktlinjer och rekommendationer från Smittskydd.

5.2 Verksamheternas arbete under pandemin

Verksamheterna har fortsatt arbetet med att upprätta riskbedömningar och handlingsplaner vartefter nya direktiv och riktlinjer kommer från olika myndigheter. Under år 2021 har verksamheterna fortsatt arbeta med smittspårning tillsammans med Smittskydd och Vårdhygien för att förebygga och begränsa smittspridning. Arbetet med att försöka bibehålla personalkontinuitet och säkra bemanning på olika enheter har fortlöpt i led att minska kontakter mellan olika personal eller brukare och personal. Personal med minsta symptom på sjukdom stannar hemma.

Arbetet med säkra besök har fortsatt under år 2021 utifrån rekommendationer från Smittskydd. Verksamheterna har satt upp informationsblad till anhöriga och delgett anhöriga information på olika sätt. Anhöriga har erbjudits skyddsutrustning och information om basal hygien inför besöken.Handledning inom basal hygien har erbjudits när det funnits behov.

Verksamheterna har arbetat för att skyddsutrustning används i enlighet med source control och gällande rekommendationer från Smittskydd samt Folkhälsomyndigheten. Arbetet med kohortvård har fortlöpt enligt riktlinjer, vilket innebär att utsedd personal utför vård- och omsorgsinsatserna för den patienten/brukaren. Extrapersonal kallades in för att möjliggöra arbetet med kohortvård.

En del av verksamheterna har under år 2021 haft konstaterad Covidsmitta, vid något tillfälle, men smittspridningen har varit begränsad. Det har också varit helt fritt från konstaterad smitta i kommunens och privata utförares verksamheter i perioder under år 2021.

5.3 Vaccination av Covid-19 för vård- och omsorgstagare samt personal

I januari år 2021 påbörjades vaccinationsarbetet för boende på vård- och omsorgsboendena för äldre. Läkarorganisationerna ansvarade för vaccinationerna i samarbete med sjuksköterskorna. Samtliga brukare erbjöds vaccination och majoriteten av boende vaccinerades efter att ha samtyckt till vaccination. Endast fåtal brukare tackade nej till vaccination.

MAS samordnade vaccination för samtliga vaccinationsspår där kommunen behövde samverka med regionen under år 2021. MAS hade tätt samarbete med flera funktioner i kommunen utöver förvaltningarna som bedriver omsorg, bland annat kommunikationsenheten, för att sprida information och motivera olika grupper till att vaccinera sig för att minska smittspridning. Samtlig vård- och omsorgspersonal uppmanades att vaccinera sig. VaccinDirekt ansvarade för personalspåret som startades upp under årets första kvartal enligt avtal med Region Stockholm.

Samverkan tillsammans med husläkarmottagningar initierades efter att vaccinationsspåret för vård- och omsorgspersonal kommit igång och brukare inom LSS skulle erbjudas vaccin. Husläkarmottagningarna ansvarade för vaccination inom LSS och socialpsykiatri. Myndighet för LSS fördelade boenden till husläkarmottagningarna. Kommunens hälso- och sjukvårdsteam förberedde nödvändig information till husläkarmottagningarna för både brukare inom LSS samt socialpsykiatri. De flesta husläkarmottagningar åkte till gruppboendena och vaccinerade brukarna, medan andra verksamheter samordnade så att brukarna kunde ta sig till husläkarmottagningen och vaccinera sig där.

Det fanns utmaningar med vaccinationsflödet eftersom tillgängligheten på vaccin var begränsad samt att vaccin som fanns krävde särskild hantering som ledde till logistiska utmaningar. Det fanns också utmaningar i att husläkarmottagningar inte har tillgång till uppgifter om vilka av sina patienter som har omsorg som beviljats av kommunen samt att kommunen inte har tillgång till information om vilka brukare som har hemsjukvård där husläkarmottagningar ansvarar för hälso- och sjukvården och därmed vaccinationerna. Genom tät samverkan kunde man hitta lösningar och husläkarmottagningarna i Tyresö vaccinerade i god takt, jämfört med andra delar av regionen, utifrån den statistik som fanns att tillgå under år 2021.

5.4 Läkemedelshantering

Arbete med läkemedelsgenomgångar behöver kontinuerligt utvecklas. Verksamheterna har en bra dialog med läkare och samtliga SÄBO har haft samma läkare under en lång tid. Externa kvalitetsgranskningar, genomförda av Apoteket, gällande läkemedelshantering har genomförts i alla vård- och omsorgsboenden för äldre samt för LSS och Socialpsykiatri. Granskningarna påvisade inga allvarliga brister i läkemedelshantering på någon av verksamheterna.

Samtidig behandling med 10 eller fler läkemedel samt behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov bland äldre personer bör ses som en signal på att det finns risker med behandlingen. En minskning av användandet av olämpliga läkemedel kan utläsas i statistiken. Läkemedel är en av de vanligaste orsakerna till sjukhusvård och fallolyckor bland äldre. Det finns en ökning av användandet av tre eller fler psykofarmaka samt användande av antipsykotiska läkemedel, men Tyresö kommun ligger under snittet för riket inom samtliga områden.

Tabellen nedan visar statistik för läkemedelsanvändning för personer som är äldre än 75 år samt bor på vård- och omsorgsboenden för äldre i Tyresö och riket visar följande.

Antalet läkemedel	2021 Tyresö (Riket)	2020 Tyresö (Riket)
Tio eller fler läkemedel	31,7 % (34,8 %)	Finns ej tillgänglig statistik för år 2020
Olämpliga läkemedel	4,1 % (7,0 %)	6,7 % (7,6 %)
Tre eller fler psyko-farmaka	16,5 % (18,5 %)	16,3 % (18,2 %)
Användning av antipsykotiska läkemedel*	13,2 % (16,0 %)	11,5 % (15,6 %)

*Används som behandling av vissa beteendesyntom vid demens, t.ex. mot aggressivitet

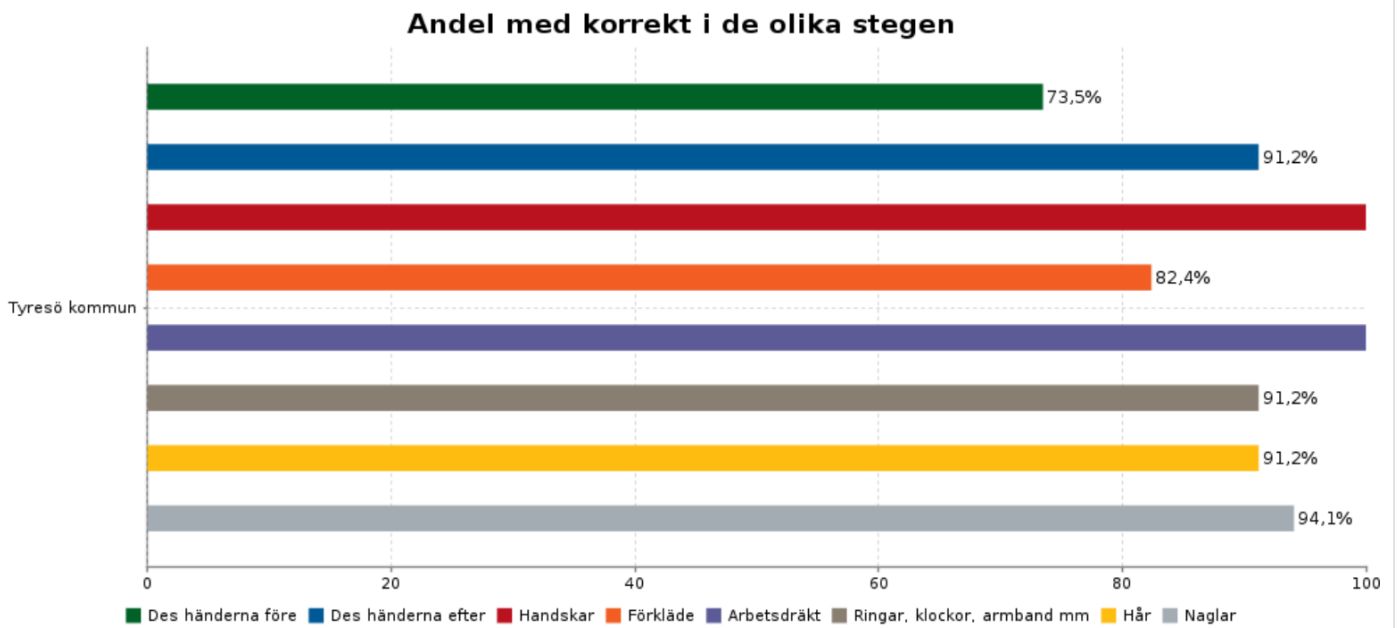
5.5 Egenkontroll

5.5.1 Självsfattning basala hygien och klädregler

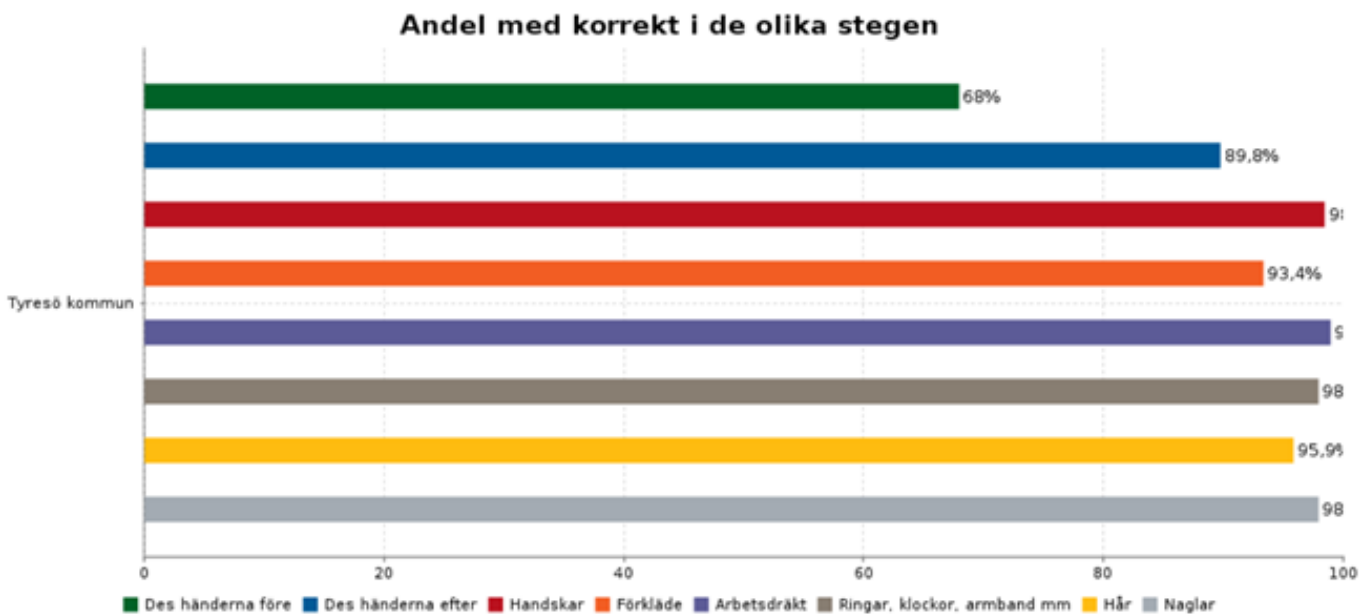
Syftet med deltagande i punktprevalensmätning (PPM) är att öka medvetenhet och följsamheten till basala hygien- och klädregler, samt att minska de vårdrelaterade infektionerna. Målet är att få en 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Verksamheterna har arbetat kontinuerligt med basal hygien under år 2021. Vård- och omsorgsboendena har genomfört extra hygienskattningar i verksamheterna för att kartlägga följsamheten till basala hygienrutiner. Arbetet med att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner behöver fortsätta. Resultaten för punktprevalensmätning (PPM) för basal hygien och klädregler visar att det skett en förbättring när det kommer till användande av förkläde, att man inte har exempelvis smycken och klockor på sig under arbetspasset samt har uppsatt eller kort hår och kortklippta naglar. Orsaken till att resultatet för handdesinficering är sämre skulle möjligen kunna bero på att personal spritar händerna efter ett besök på väg till ett annat besök. Verksamheterna har rapporterat att det ibland är svårt för observatörerna att avgöra om det ska räknas som att man spritar händerna innan ett besök om spritningen av händer sker vid förflyttning mellan ett vårdmoment till ett annat. MAS har påtalat för verksamheterna under året att de särskilt behöver fokusera på att jobba med att personal spritar händerna före ett vård- och omsorgsmoment. I de andra momenten är skillnaden marginell mot föregående år.

Bilden nedan visar resultat från PPM för basala hygien- och klädregler år 2020.



Bilden nedan visar resultat från PPM för basala hygien och klädregler år 2021



5.5.2 Minskad nattfasta genom mätningar på vård och omsorgsboende för äldre

Nattfastemätningar ska genomföras två gånger per år enligt MAS riktlinjer. Mätningar visar att fortsatt arbete behövs för att minska nattfastan för att den inte ska överstiga 11 timmar. Verksamheterna behöver följa upp att nattfastemätningar fylls i korrekt och dokumentera om brukare tackar nej till olika mål. Majoriteten av de brukare som har nattfasta som överstigit 11 timmar har erbjudits ett mål men avböjt.

5.6 Avvikelser

När en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada eller hälso- och sjukvårdsavvikelse inträffat i verksamheten ska verksamhets-/enhetschefen delge MAS information utan dröjsmål. MAS bedömer om en vidare utredning enligt lagen om Lex Maria ska göras och om det ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Utredning sker i verksamheten vilket vidare redovisas för patienten/brukaren och närstående samt personalen. Om patienten/brukaren eller närstående inte är nöjda med utredningen har de möjligheten att vända sig till Patientnämnden.

Information om anmälan till IVO och svar från IVO återkopplas till ansvarig nämnd, berörd personal, patient/brukare och eventuella närstående.

Avvikelser som inte föranleder till lex Maria-anmälan efter lex Maria-utredning återkopplas av verksamhetschefen/enhetschefen till berörda.

Tabellen nedan visar sammanställning av registrerade avvikelser under 2020-2021

AVVIKELSEKATEGORIER	2021	2020
Läkemedel	LSS: 124	LSS 85
	Soc.psykiatri: 59	Soc.psykiatri: 0
	Björkbacken: 46	Björkbacken: 84
	Trollängen: 31	Trollängen: 24
	Krusmyntan: 81	Krusmyntan: 64
	Villa Basilika: 92	Villa Basilika: 92
	Villa Fornudden: 45	Villa Fornudden: 32 (Villa Fornudden hade uppstart i oktober år 2020)

Fall i verksamheten	LSS: 75	LSS: 44
	Soc.psykiatri: 0	Soc.psykiatri: 0
	Björkbacken: 122	Björkbacken: 186
	Trollängen: 89	Trollängen: 86
	Krusmyntan: 204	Krusmyntan: 133
	Villa Basilika: 175	Villa Basilika: 175
	Villa Fornudden: 99	Villa Fornudden: 22 (Villa Fornudden hade uppstart i oktober år 2020)
Allvarlig skada t.ex. fraktur/sjukhusvård	8	12
Trycksår uppkomna inom egna verksamheten	11 (alla kategorier 1-4)*	15 (alla kategorier 1-4)*
Medicintekniska produkter	28	31
lex Maria-utredningar/anmälan till IVO	1/1	1/0

*Kategori 1: hudrodnad som inte bleknar vid tryck; kategori 2: delhudskada, ex. avskavd hud; kategori 3: fullhudskada och kategori 4: djup fullhudskada

5.6.1 Läkemedelsavvikelser

Den största orsaken läkemedelsavvikelserna innefattar utebliven signering/utebliven dos. Verksamheterna behöver vidare införa åtgärder och kontinuerligt följa upp arbetet med läkemedelshantering för att minska antalet läkemedelsavvikelser.

För LSS har fler avvikelser rapporterats. Ökat antal beror delvis på att två nya boenden driftsattes. Det kan även bero på personalomsättning inom sjuksköterskegruppen för LSS och behov av förbättrad samverkan. Samverkansmöten mellan verksamhetschef för hälso- och sjukvård och utförarsidan har initierats under år 2021 för att försöka förebygga avvikelser genom förbättrad samverkan.

Inom socialpsykiatrin kan skiftningar i antal avvikelser bero på att brukare vårdas under olika typer av biståndsbeslut. Både från IFO (individ- och familjeomsorg) samt SoL (socialtjänst). Dokumentation och tillgång till avvikelshanteringssystem beror på under vilket beslut som brukare får omsorg genom. En annan orsak till flertal uteblivna doser och avvikelser är att brukaren inte har hämtat ut sina läkemedel eller inte har ekonomiska medel för

att hämta ut läkemedel. Ökade antal avvikelser kan också bero på att verksamheten arbetat med jobbat med avvikelshantering.

5.6.2 Fall och fallavvikelser

Varje verksamhet ska ha rutiner för att förebygga fall för att på ett strukturerat sätt, genom teamarbete, förebygga fall. Viss ökning av fallavvikelser skulle kunna ha ett samband med pandemin att patient/brukare som haft symtom eller insjuknat har haft större risk för fall. Verksamheter behöver analysera och ha åtgärder för att förebygga fall, samt följa upp effekten. Däremot visar siffrorna på att antalet allvarliga skador efter fall har minskat.

Medicintekniska produkter (MTP) – avvikelser

Rehabiliteringspersonal utbildar omvårdnadspersonal årligen i förflyttningsteknik och hantering av medicintekniska produkter för att säkerställa att användandet sker på ett säkert sätt.

Avvikelser som rapporterats relaterat till medicintekniska produkter handlar oftast om att larmsystemet inte har fungerat på korrekt sätt eller handhavande fel.

Om avvikelsen är av allvarlig karaktär ska även en anmälan göras till Läkemedelsverket av MAS. Inga allvarliga MTP-avvikelser har rapporterats till MAS under år 2021.

5.6.3 Vårdkedjeavvikelser

Vårdkedjeavvikelse är avvikelser som uppstår mellan olika vårdgivare vid vårdens övergångar t.ex. mellan slutna vård (sjukhus)/husläkarmottagning och kommunens hälso- och sjukvård.

Den mest förekommande orsaken till avvikelser brukar vara bristande kommunikation och informationsöverföring vid vårdens övergångar. Verksamheten ska registrera och analysera avvikelser i första hand på enhetsnivå. MAS ska kopplas in vid risk för avvikelse eller när allvarlig avvikelse inträffat.

5.7 Klagomål och synpunkter

Under år 2021 har ett ärende har inkommit till Patientnämnden från en närstående. Ärendet berörde synpunkter på medicinsk behandling där den som framfört synpunkten velat ha underlag gällande vad som föranlett vissa behandlingar. Verksamheten har hanterat ärendet.

Det har kommit in ett klagomål till IVO som berört eventuell otillräcklig omsorg i samband med munhälsa. IVO avslutade ärendet efter att det inkommit till dem då verksamheten inte fått möjlighet att hantera det innan. MAS har varit inkopplad i och följt upp ärendet. Verksamheten har hanterat ärendet.

Under år 2021 har inte Socialstyrelsen sammanställt resultat för brukarundersökningar år 2021, därmed finns inga uppgifter om hur stor andel brukare som vet var man vänder sig vid synpunkter och klagomål.

Tabellen nedan visar resultat från Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre 2020 – 2021.

Frågeställning	Tyresö		Riket	
	2021	2020	2021	2020
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	Saknas uppgifter	64 %	Saknas uppgifter	70 %

5.8 Händelser och vårdskador

Under år 2021 har en lex Maria utredning genomförts om fördröjd vård, där annan vårdgivare ansvarat för hälso- och sjukvården. Detta har lett till att en anmälan till IVO gjorts av Tyresö kommuns MAS. IVO lägger ner ärende efter att kommunens och vårdgivarens samarbete upphört.

5.9 Riskanalys

Hälso- och sjukvården i kommunen har upplevt att fler brukare, som flyttar in till en kommunal vårdverksamhet, har stora behov av hälso- och sjukvård och omvårdnadsinsatser vilket ställer verksamheter inför större utmaningar att tillgodose behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser. Det är idag svårare att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal och patientsäkerheten kan riskeras om personalresurser inte är tillräckliga. Socialstyrelsen har inte sammanställt resultat för brukarundersökningar år 2021, därmed finns inga uppgifter om hur stor andel brukare tycker att det är lätt eller svårt att få träffa sjuksköterska eller läkare.

Tabellen nedan visar resultat från Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre 2020-2021.

Frågeställning	Tyresö		Riket	
	2021	2020	2021	2020
Mycket lätt/ganska lätt att träffa läkare på boendet vid behov	Saknas uppgifter	48 %	Saknas uppgifter	53 %
Mycket lätt/ganska lätt att träffa sjuksköterska på boendet vid behov	Saknas uppgifter	73 %	Saknas uppgifter	75 %

5.9.1 Resultat av riskbedömningar i Senior alert

Kvalitetsregistret Senior Alert används framför allt som ett instrument för registrering, åtgärder och uppföljning av risker inom områdena fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Verksamheterna har under år 2021 förbättrat arbetet med riskbedömningar. Det är färre unika personer som riskbedöms, vilket kan variera från år till år beroende på hur många som flyttar in till vård- och omsorgsboendena. Det kan också ha en förklaring i att Björkbacken har färre antal boende än föregående år. Antalet genomförda riskbedömningar har dock ökat och resultatet av insatta åtgärder och uppföljning av åtgärderna har förbättrats.

Tabellen nedan visar statistik från Senior Alert kopplat till antal gjorda riskbedömningar, åtgärdsplaner och utförda åtgärder omfattar områdena fall, undernäring, munhälsa, trycksår och blåsdysfunktion.

	2021	2020
Unika personer	246	279
Riskbedömningar	437	420
Riskbedömningar med risk	406 av 413 (98 %)	420 av 436 (96 %)
Åtgärdsplan vid risk	396 av 413 (96 %)	399 av 420 (95 %)
Utförda åtgärder vid risk	338 av 413 (78 %)	257 av 376 (68 %)
	Målvärde 75 - 100 %	Målvärde 75 - 100 %

5.9.2 Munhälsa

Under år 2021 har munhälsobedömningar inte utförts i samma utsträckning då tandvårdsenheterna endast fick utföra akut tandvård på vård- och omsorgsboendena fram till mars 2021 då tandvårdsenheten började återta sin verksamhet i Region Stockholm. MAS har påtalat för verksamheterna att de behöver öka kunskaper om vad som kan föranleda ohälsa i munnen samt förbättra det förebyggande arbetet. Samtliga särskilda boenden i Tyresö har rapporterat att de utbildat personal inom munvård under år 2021 antingen genom munvårdsutbildning via tandvårdsenheten eller Socialstyrelsens utbildning och vägledning för munhälsa.

Tabellen nedan visar resultat för erbjudna och utförda munhälsobedömningar samt genomförda utbildningar till kommunen.

Munhälsobedömning - Särskilt boende /LSS/Egen bostad SoL* och LSS	2021	2020
Antal erbjudna	493	537
Antal JA-tack för erbjudandet	451	458
Antal utförda munhälsobedömningar	188	75
Andel utförda av de som tackat JA	41,6 %	16,38 %
Munvårdsutbildning – Särskilt boende /LSS/Egen bostad SoL* och LSS	2021	2020
Vård- och omsorgspersonal totalt	30	0
Särskilt boende SoL	24	0
LSS	54	0

*Personer som bor i egen bostad med insatser enligt Socialtjänstlagen.

5.9.3 Palliativ vård

De verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde ska registrera i Palliativregistret när ett dödsfall inträffat för att följa kvalitén och arbetet vid vård i livets slutskede. Inom kvalitetsindikatorn smärtskattning sista levnadsveckan är resultat långt ifrån målvärdet men har förbättrats. Verksamheterna har genomfört smärtskattningar men har inte alltid strukturerat använt sig av validerade bedömningsinstrument. Egna bedömningar genomförda utan validerat bedömningsinstrument räknas inte med i statistiken. Arbeta med dokumenterad munhälsobedömning i sista levnadsveckan är ett område som vidare behöver utvecklas även om resultatet förbättrats sedan föregående år. Samtliga indikatorer har ett förbättrat resultat än föregående år förutom mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Detta värde kan påverkas beroende på hur många oväntade dödsfall som förekommit.

Under år 2021 har MAS bjudit in till nätverksträffar för palliativa ombud i samarbete med Palliativt kunskapscentrum (PKC) för att stötta verksamheterna i det palliativa arbetet och hur arbetet skulle kunna utvecklas. Samtliga verksamheter har blivit inbjudna.

Tabellen nedan från Palliativa registret visar Socialstyrelsens resultat av kvalitets-indikatorer under år 2020-2021

Kvalitetsindikatorer	Socialstyrelsens målvärde	2021	2020
Dokumenterat brytpunktsamtal	98,0 %	84,4 %	81,8 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0 %	71 %	72,7 %
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0 %	55,6 %	49,4 %
Ordination av stark opioidinjektion vid smärtgenombrott	98,0 %	100 %	96,1%
Ordination av ångestdämpande injektion vid behov	98,0 %	97,8 %	97,4%
Dokumenterad munhälsobedömning	90,0 %	68,9 %	63,6 %
Utan trycksår (grad 2-4)	90 %	95,6 %	87,0 %

Statistiken utgår från 45 dödsfall inom alla vård- och omsorgsboenden i kommunen.

6 Mål och strategier för kommande år

I varje vårdgivares patientsäkerhetsberättelse finns beskrivningar för mål och strategier för respektive verksamhet för kommande år som lyfts fram. Nedan presenteras övergripande mål för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde.

Mål

Förbättra både intern och extern samverkan.

Strategi

- Vidareutveckla samverkan mellan hälso- och sjukvårdsteamet, LSS och socialpsykiatrin samt Region Stockholms primärvård.

Mål

Ökad kvalitet inom dokumentation av hälsoplaner

Strategi

- Journalgranskningar av hälsoplaner

Mål

Förbättrad avvikelshantering

Strategi

- Kontinuerlig uppföljning avseende avvikelserapportering för att minska avvikelser. Personalens kunskaper om avvikelshantering och tillgång till stöd i registrering av avvikelser behöver utvecklas kontinuerligt.

Mål

God och säker vård

Strategi

- Basala hygien- och klädregler – förbättra resultat av desinfektion innan vårdmoment.
- Senior alert – Fortsätta utveckla arbetet med strukturerade riskbedömningar, åtgärder och uppföljning i kvalitetsregistret Senior Alert.
- Palliativregistret – Förbättra resultat inom områdena smärtskattning och munhälsobedömning i sista levnadsveckan.
- Öka kunskap om omställningen till god och nära vård.

7 Bilaga 1.

Tabellen nedanför beskriver bilden Statistik över följsamhet till basala hygienrutiner år 2020 på sida 15.

Andel med korrekt i de olika stegen	
Desinfektion av händerna före	73,5%
Desinfektion av händerna efter	91,2%
Handskar	100 %
Förkläde	82,4%
Arbetsdräkt	100 %
Ringar, klockor, armband	91,2%
Hår	91,2%
Naglar	94,1%

Tabellen nedanför beskriver bilden Statistik över följsamhet till basala hygienrutiner år 2021 på sida 15.

Andel med korrekt i de olika stegen	
Desinfektion av händerna före	68 %
Desinfektion av händerna efter	89,8%
Handskar	98,5%
Förkläde	93,4%
Arbetsdräkt	99 %
Ringar, klockor, armband	98 %
Hår	95,9%
Naglar	98 %