

---

tyresö kommun 

# Sammanställd Patientsäkerhetsberättelse

2015

Datum och ansvarig för innehållet 2016-04-13

Kaija Partanen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting (reviderad 2013-11-19)*

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Samverkan med patienter och närstående	13
Riskanalys	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Klagomål och synpunkter	16
Sammanställning och analys	17
Resultat	17
Övergripande mål och strategier för kommande år	18

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

---

## Sammanfattning

Enligt 3 kapitlet i Patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete. Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

Enligt 3 kap. 10 § i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska innehålla:

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår.
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten.
3. Vilka resultat som uppnåtts.

I Tyresö kommun finns fyra vård- och omsorgsboenden för äldre och en dagverksamhet.

Björkbacken med 137 platser (kommunal regi)

Trollängen med 59 platser (Förenade Care AB - entreprenad)

Ängsgården med 21 platser (Ansvar och Omsorg, A & O AB – entreprenad)

Krusmyntan med 52 platser (Vardaga – enskild regi) och dagverksamheten drivs i kommunens egen regi.

Det finns fem (5) enheter för funktionsnedsättning i kommunal regi, ett gruppboende för funktionsnedsättning på entreprenad (Nytida) och daglig verksamhet (LOV).

Åtgärder som utförts är deltagande i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Svenska palliativregistret. Egenkontroller har utförts genom att sammanställning och analyser har skett av rapporterade avvikelser från hälso- och sjukvårdspersonalen. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts i alla vård- och omsorgsboenden för äldre och hygienrund har genomförts på dagverksamheten. Synpunkter från patienter och anhöriga/närstående har beaktats då synpunkter och klagomål inkommit.

Journalgranskningar har genomförts i samband med kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvård och kontroll av loggranskningar i verksamhetssystemen Treserva och Safedoc har skett i verksamheterna.

Egenkontroller som har gjorts i hälso- och sjukvården är

- kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård via enkäten QUSTA under november-december 2015
- kvalitetsuppföljning av icke lämpliga läkemedel samt användning av medicintekniska produkter i form av enkätundersökning under november – december 2015

- 
- en sammanställning av avvikelser i hälso- och sjukvården
  - en sammanställning av infektionsregistrering
  - en uppföljning av delegeringsbesluten
  - kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
  - samverkansmöten med de berörda auktoriserade läkarorganisationerna.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser.

I Tyresö kommun har det inträffat totalt 390 läkemedelsavvikelser under 2015 jämfört med 242 året innan. Antalet fallskador (t.ex. sårskador och blåmärken) är helt likvärdigt med föregående år och antalet fall utan skada har minska marginellt. Det har skett 11 frakturer under 2015 jämfört med 13 frakturer under 2014. Ett trettiotal avvikelser gällande medicintekniska produkter har registrerats av verksamheterna.

Synpunkter och klagomål utreds och hanteras enligt gällande rutiner i verksamheterna. MAS har varit inkopplad i ett klagomål gällande hälso- sjukvård som har rapporterats i verksamheter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har fått tre (3) stycken allvarliga avvikelser för utredning men ingen utredning har lett till lex Maria-anmälning till Inspektionen av Vård och Omsorg (IVO).

Inga klagomål har rapporterats under 2015 från Patientnämnden.

Vården planeras och utförs i samverkan med patienten och om patienten så önskar även i samverkan med anhöriga/närstående.

## Övergripande mål och strategier

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

### **Socialnämndens övergripande mål för hälso- och sjukvården:**

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

---

Socialnämnden hade som mål 2015 att andelen personer 65 år och äldre som riskbedöms avseende fall, undernäring och trycksår i vård- och omsorgsboende för äldre är lägst 90 %, vilket har uppnåtts enligt Kvalitetsportalen 98 %.

### **Strategier för patientsäkerhetsarbete**

Bland strategierna i verksamheterna för att förbättra patientsäkerheten har t.ex. kompetenshöjning inom demensvård i form av BPSD-utbildning varit en del. Strategierna skiljer sig åt i verksamheterna beroende på inriktningen i verksamheten men att öka vårdkvaliteten genom implementering och användning av validerade vårdmetoder är gemensamt för samtliga verksamheter. Bland annat inspekteras och diskuteras läkemedelshantering, hygienrutiner, förrådshantering och användning av medicintekniska produkter när MAS gör anmälda och oanmälda besök.

Kontinuerlig uppföljning och analysering av uppkomna avvikelser rörande fall, läkemedelshantering, brister i vårdkedjan samt infektionsregistrering är delar av patientsäkerhetsarbete.

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

Ledningsansvaret för hälso- och sjukvården i Tyresö har socialnämnden, som enligt reglementet är utsedd att vara ansvarig för patientsäkerhetsarbetet i kommunen, så att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska också beskriva och fastställa de övergripande processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9).

Förvaltningschefen har ett övergripande ansvar för planering och ledning och socialförvaltningens stab är en resurs i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef enligt HSL 29§ ansvarar för att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Ansvaret omfattar även att främja kostnadseffektivitet och att löpande se till att verksamheten fungerar på ett tillfredställande sätt.

Verksamhetschefer har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till den 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Kommunens MAS tar del av patientsäkerhetsberättelser från kommunens regi, entreprenörer och enskild regi och sammanställer till socialnämnden.

---

MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 24§ och Patientsäkerhetsförordningen kap 7, 3§. MAS ansvarsområde är i huvudsak att utarbeta riktlinjer som säkerställer god och säker vård inom den kommunala hälso- och sjukvården ur ett patientsäkerhetsperspektiv. MAS utövar tillsyn inom kommunens vård- och omsorgsboenden för äldre samt efter 2015-10-01 även inom LSS-verksamheter i kommunen.

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast-fysioterapeut) är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/-er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Personalen ska i syfte med detta rapportera risker för vårdskador som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada till vårdgivaren.

Vårdhygien Stockholms län, Smittskydd Stockholm, Apoteket Farmaci AB och läkarorganisationerna har en rådgivande och stödjande expertroll för verksamheterna.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9, 3 kap. 2 §*

På förvaltningsnivå har det under 2015 upprättats kvalitetsråd som ska arbeta med förvaltningsövergripande kvalitetsarbete.

Verksamheternas olika struktur styr i vilka forum (kvalitetsråd, arbetsplatsträffar, teammöten) uppföljningar och utvärderingar av avvikelser sker, och i verksamheternas avvikelshantering kommer fram hur det systematiska förbättringsarbete sker och hur de bearbetar och åtgärdar kvalitetsbrister inom sin verksamhet.

MAS följer upp verksamheternas hälso- och sjukvård genom granskningar och riktade uppföljningar.

---

## Uppföljning genom egenkontroll

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

### Kvalitetsgranskning enligt QUSTA

Under november – december 2015 har MAS utfört kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvård i alla vård- och omsorgsboenden i kommunen enligt QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). Syftet med kvalitetsinstrumentet är att säkerställa att alla vårdtagare i kommunens vård- och omsorgsboende får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som håller god kvalitet och som kan jämföras över tid.

I uppföljningarna framgår det att verksamheternas hälso- och sjukvårdsarbete fungerar bra i praktiken, men de har en bit kvar för att uppfylla målet god kvalitet. Några av de områden som ligger lågt och som i hög grad måste utvecklas ytterligare är inkontinens och delar av dokumentation. Det finns brister i att hålla skriftliga lokala rutiner levande och aktuella.

Kravet i ledningssystemet är att det ska finnas så tydliga processer/rutiner så att all legitimerad personal självständigt ska klara av att utföra sitt arbete. Dokumentationen av hälso- och sjukvården uppfyller inte helt kraven i regelverket. Alla enheter behöver fortsätta att utveckla dokumentationen både i samband med att man upprättar en ny journal vid inflyttning och därefter säkra den pågående dokumentationen.

### Läkemedelsgenomgångar

Respektive läkarorganisation, tillsammans med verksamheterna, ska arbeta systematiskt med läkemedelsgenomgångar enligt SKL:s riktlinjer vilket har medfört att antalet läkemedel i vård- och omsorgsboenden för äldre minskar bland vårdtagarna likaså olämpliga läkemedel.

Under 2015 har patienterna i vård- och omsorgsboenden fått läkemedelsgenomgång enligt SKL:s riktlinjer. Det har gjorts 317 fördjupade läkemedelsgenomgångar (2015 genomfördes 287 läkemedelsgenomgångar).

MAS har utfört journalgranskning och kan konstatera att antalet läkemedel som är fler än 10 samtidigt har minskat jämfört med tidigare år men användning av olämpliga läkemedel har ökat.

### Fler än 10 läkemedel samtidigt

2013	2014	2015
91	91	73

---

Läkemedel som enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för 2015 är olämpliga vid behandling av äldre har hittats i granskningen av läkemedelslistor hos 15 patienter i kommunens vård- och omsorgsboende för äldre (5 patienter 2015).

### **Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts i alla verksamheterna under 2015, MAS är samordnande gentemot Apoteket Farmaci och har deltagit i granskningarna.

Läkemedelshantering sker på ett säkert sätt i verksamheterna men det finns fortfarande vissa förbättringsområden. Förbättringsförslag som framfördes vid årets granskningar har genomförts. I samband med dessa granskningar har lokala rutiner reviderats tillsammans med MAS. Verksamhetscheferna/enhetscheferna ansvarar tillsammans med MAS för att de lokala rutinerna för läkemedelshantering följer MAS framtagna riktlinjer.

### **Nationella kvalitetsregistren**

Alla verksamheter använder **Senior Alert** för riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för att kunna upptäcka de personer som är i riskzon och upprätta adekvata vårdplaner med förbättringsåtgärder. Verksamheterna har även möjlighet att utföra bedömningar i munhälsa och inkontinens, som är nya bedömningsformer i Senior Alert från 2014.

Det är 176 personer som har fått bedömning enligt ROAG – ohälsa i munnen i Senior Alert registrerad.

### **Resultat enligt Senior Alert**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Riskbedömningar	402	379	522
Unika personer	269	369	516
Riskbedömningar med risk	369	335	487
Riskbedömningar / person	1,5	1,5	1,0

Under 2015 har verksamheterna fortsatt arbetet med **BPSD-registret**.

BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är ett arbetsverktyg närmast för verksamheter med inriktning demens. Under 2015 har alla enheter i Tyresö kommuns vård- och omsorgsboenden låtit utvald personal genomgå en två-dagars utbildning.



Utbildningen innehåller bland annat demenssjukdomar, BPSD, bemötande och miljöns betydelse, Nationella riktlinjer, implementering, praktiska övningar i registret och möjlighet för teamet att göra en handlingsplan för sitt arbete. 70 personer (enhetschef, sjuksköterska, omvårdnads- och rehabiliteringspersonal, dag som natt från boende, dagverksamhet och hemtjänst) har deltagit i utbildningen.

Utbildningarna har hållits av demenssjuksköterskan i kommunen som dessförinnan certifierats av BPSD-registret, Minneskliniken och Skånes Universitetssjukhus.

På grund av tidigare oklarheter kring inhämtande av samtycke från personer med bristande beslutsförmåga genomfördes riskbedömningar i Senior Alert och BPSD-registret genom att använda manuell hantering av bedömningsblanketter som sparades i patientens journal.

Siffrorna är högre under 2015 på grund av att alla riskbedömningar nu börjats registreras digitalt jämfört med 2014.

**Svensk Palliativregister** syftar till att förbättra vården i livets slutskede.

Samtliga vård- och omsorgsboenden för äldre i kommunen registrerar i palliativa registret.

#### Resultat palliativ vård i livets slut 2013 - 2015 (Palliativa register)

Kvalitetsindikatorer	SoS målvärde	Resultat 2013	Resultat 2014	Resultat 2015
Efterlevandesamtal erbjudet	100	67,3	47,9	65,3
Läkarinformation till patienten	100	67,3	64,6	69,4
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	47,3	29,2	Ej längre med
Munhälsa bedömt	100	70,9	60,4	63,9
Avliden utan trycksår	90	85,5	91,7	87,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	80,0	79,2	83,3
Utförd validerad smärtskattning	100	40,0	18,8	11,1
Lindrad från smärta	100	87,3	87,5	91,7
Lindrad från illamående	100	94,5	89,6	93,1
Lindrad från ångest	100	85,5	77,1	83,3
Lindrad från rosslig andning	100	74,5	70,8	76,4
Läkarinformation till närstående	100	76,4	77,1	81,9

**Antal vårdtillfällen i urvalet: 55 under 2013**

**Antal vårdtillfällen i urvalet: 53 under 2014**

**Antal vårdtillfällen i urvalet: 72 under 2015**

---

Resultatet visar att speciellt parametrarna i Svenska palliativa registret för vård i livets slut behöver utvecklas är att utföra validerad smärtskattning samt bedöma munhälsa. De parametrar som verksamheterna behöver fortsätta att arbeta mest med är utförd validerad smärtskattning, önskemål om dödsplats, erbjuda närstående eftersamtal, munvård och läkarinformation till patient och närstående.

Utvecklingsområde för 2016

- ❖ Användning och förståelse för validerad smärtskattning samt vikten av dokumentation behöver lyftas upp i alla verksamheter under 2016.

### Munhälsa

De boende erbjuds årligen en gratis munhälsobedömning av Oral Care AB som även ska erbjuda en årlig munvårdsutbildning till omvårdnadspersonal.

Det är viktigt att personalen är med vid munhälsobedömningen för att få information och kunskap om hur munhålan ska skötas. Tandvårdsenheten SLL överlämnar resultat för genomförda munhälsobedömningar/ genomförda utbildningar till kommunen.

<b>Munhälsobedömning - Särskilt boende SoL och LSS</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Antal erbjudna	258	323	360
Antal JA-tack för erbjudandet	235	265	309
Antal utförda munhälsobedömningar	187	203	188
Andel utförda av de som tackat JA	79,6 %	76,6 %	60,8 %
<b>Munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal</b>	95	6	38

MAS är kontaktperson gentemot tandvårdsenheten och deltar vid informations- och utbildningsmöten på tandvårdsenheten.

Utvecklingsområde för 2015

- ❖ Munvårdsutbildningar för vård- och omsorgspersonalen är färskvara och behöver fortsätta uppdateras årligen.

---

### **PPM-trycksår/fallskador och PPM-BHK**

Verksamheterna har deltagit i nationella punktprevalensmätning av trycksår och fallskador samt basala hygien- och klädregler (PPM-BHK). Egenkontroller i form av självskattning i basala hygienrutiner har startats i verksamheterna. Dessa utförs ett par gånger per termin och resultatet redovisas på enheternas arbetsplatsträffar för fortsatt arbete inom hygien.

Utvecklingsområde under 2016

- ❖ Använda statistiken från PPM-mätningarna i verksamheterna för att kunna påvisa vilka förändringar sker i omvårdnadsarbetet

### **Förflyttning och medicintekniska produkter (MTP)**

Användandet av medicintekniska produkter ska ske på ett säkert sätt. Rehabiliteringspersonal utbildar omvårdnadspersonal årligen i förflyttningsteknik och hantering av medicintekniska produkter. Alla användare av medicintekniska produkter ska känna till produkten väl och ha god kunskap om hur den ska användas.

Den medicintekniska utrustningen, i detta fall gäller det hjälpmedel för förflyttning, ska fungera på anvisat sätt varje gång den används för att inte medföra skada eller risk för patienten eller personal.

### **Infektionsregistrering - Vårdhygien**

MAS samlar in registrering av infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) på vård- och omsorgsboenden för äldre som sedan sammanställs och redovisas till Vårdhygien. Infektionsregistreringen är också en del av kvalitetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Infektionsregistrering har även påbörjats inom hälso- och sjukvården i LSS-boenden efter 2015-10-01.

Antalet vårdrelaterade infektioner håller sig på samma låga nivå som tidigare år. Enstaka fall av influensa och enbart några enstaka fall av ”vinterkräksjuka” har uppstått i vård- och omsorgsboenden för äldre under året.

Vårdhygien Stockholm har en rådgivande funktion och tillhandahåller vårdhygienisk kompetens. Vårdhygien kontaktas när det uppkommer vårdhygieniska frågor i verksamheterna av MAS eller direkt från verksamheterna när det behövs extra stöd. När det handlar om smittskyddsåtgärder som ligger i hälso- och sjukvården enligt smittskyddslagen är det Smittskydd Stockholm som man vänder sig till.

Under 2015 genomfördes en uppföljning av vårdhygienisk standard på Solgläntans dagverksamhet.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § punkt 1-2*

I anvisningarna till patientsäkerhetsberättelsen anges att områden som ska belysas utifrån att de är kända och definierade områden där patientsäkerhetsrisker kan uppstå. Dessa områden är läkemedelshandling, fall, nutrition, trycksår, munhälsa, hygien, medicintekniska produkter och hur samverkan fungerar mellan olika parter.

Verksamheternas arbete med Senior Alert, BPSD-registret och med systematiska läkemedelsgenomgångar ökar patientsäkerheten i vården likaså samverkan mellan läkarorganisationer.

Dessa skapar en bra systematik avseende riskanalys, egenkontroll och för det förebyggande arbete och på så sätt utvecklar nya förebyggande patientsäkerhetsarbetssätt i verksamheterna.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### Samverkan kommun - landsting, privata aktörer

Representanter för kommunen ingår i olika nätverk, samrådsgrupper, FOU-nätverk, m.m. tillsammans med landstinget. Kommunen har avtal och samarbete med SLLs Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, beställare vård avseende läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre.

Läkarinsatserna som utförs av Familjeläkarna Saltsjöbaden på Björkbackens Äldrecentrum, Team Äldredoktorn på Krusmyntan och Ängsgården (sedan juni 2015) och av Legevisitten på Trollängen (sedan juni 2015). Det är främst avstämningsmöten kring hur förfrågningsunderlaget för läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre tillämpas, för samarbetet fungerar mycket bra. Samverkansöverenskommelserna som är skrivna mellan verksamheter, respektive läkarorganisation och kommunen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

---

Utvecklingsområden för 2016

- ❖ Överenskommelser i vårdkedjan mellan slutet och öppen vård där rutiner för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutet vård säkras saknas än.
- ❖ Samverkansformerna med primärvården behöver utvecklas för att patientsäkerheten ska kunna garanteras mellan kommunens hälso- och sjukvård och de gällande LSS-verksamheterna.

### **Samverkan socialförvaltning/utförare**

För att öka förståelsen och underlätta samverkan och informationsflödet hålls regelbundna kontakter mellan verksamheter och biståndshandläggare.

Branschrådet har haft fortsatta träffar under 2015 mellan socialförvaltningen och utförarna.

Under 2015 har MAS haft MAS-möten där verksamheterna har informerats om nya riktlinjer, ändringar i författningar, utbildningar osv. Möten är inte riktade enbart till legitimerad personal utan är öppna för all personal där innehållet i mötet ska väcka intresset för att delta. MAS har fortsatt med ”MAS-meddelanden” med skriftlig information bl.a. kring ökad patientsäkerhet.

### **Samverkan inom verksamheten**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska deltar i olika mötesforum i verksamheterna efter behov samt enligt önskemål. Olika yrkesgrupper arbetar i team och på yrkesspecifika träffar för att uppnå de uppsatta målen för patientsäkerhet i hälso- och sjukvården för den enskilde individens behov.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska** har under året deltagit i samverkansmöten med samverkansgruppen SLL, med läkarorganisationerna där rutiner för utveckling av patientsäkerhet diskuteras och samverkansöverenskommelser revideras allteftersom nya regler kommer. Inom Södertörnskommunerna träffas MASarna regelbundet för att diskutera frågeställningar som berör att utveckla patientsäkerhet. MAS deltar i en läkemedelsgrupp på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och på Nestor FoUs Kvalitets- och patientsäkerhetsnätverk Södertörn.

### **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659, 3 kap. 4 §*

Verksamheterna bjuder in till olika former av anhörigträffar, närståendeträffar och andra möten. MAS deltar i dessa möten enligt verksamheternas önskemål.

Det finns skriftliga informationsbroschyrer på boenden t.ex. inflyttningsrutiner som säkerställer ett gott bemötande genom olika former av information

---

och ansvarsfördelning i boendet. Patienterna involveras i patientsäkerhetsarbetet utifrån sin förmåga samt anhöriga/närstående när patienten önskar detta. Utifrån patientens hälsotillstånd sker kontinuerliga uppföljningar med legitimerad personal, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och anhöriga/närstående så att patientsäkerheten säkerställs.

## Risikanalys

*SFS 2010:659, 5 kap. 1 §*

Risikanalys är något som verksamheterna gör när man ser brister i verksamhetens kvalitet och vill förebygga att händelser uppstår i framtiden. Risker ska identifieras genom att aktuella processer beskrivs för att därmed kunna bedöma riskens storlek och identifiera bakomliggande orsaker. Riskanalys ska användas då ett flertal avvikelser med ingen eller ringa konsekvens har inträffat kring en patient eller en arbetsmetod.

Risikanalys/-bedömningar utförs oftast i det patientnära arbetet så som vid inflyttning vad gäller skaderisk för den egna personen och omgivningen, förflyttnings- och hjälpmedelsbedömningar och för att t.ex. förebygga undernäring, trycksår och fall. Riskanalyser behöver genomföras även på organisationsnivå vid organisations-/schemaförändringar i verksamheten.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap.2 § punkt 5*

Den personal som upptäcker en avvikelse ska rapportera till tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal som utan dröjsmål ska göra en bedömning av vilka åtgärder som ska vidtas samt dokumentera detta i brukarens journal. Den som upptäcker avvikelsen skriver en rapport i avvikelshanteringssystemet. Detta ska helst ske i anslutning till händelsen. I rapporten bör noteras även namnet på den tjänstgörande sjuksköterskan eller annan legitimerad personal som kontaktades vid händelsen.

Verksamhetschefen/enhetschefen gör en intern händelseanalys samt riskanalys som innehåller t.ex. vilka åtgärder som ska vidtas för att händelsen inte ska upprepas. Verksamhets-/enhetschefen ska lämna information om en allvarlig avvikelse direkt till MAS som bedömer om anmälan ska ske enligt lex Maria. Avvikelser som inte föranleder lex Maria-anmälan återkopplas av verksamhetschefen/enhetschefen till personalen.

---

När en allvarlig vårdskada har skett i verksamheten görs först en lex Maria-utredning och när MAS bedömer att en lex Maria-anmälan ska göras genomför verksamhetschefen en lex Maria-anmälan. MAS gör en lex Maria-anmälan till IVO (Inspektionen för Vård – och Omsorg) inom två månader från det händelsen inträffat. Socialnämnden, brukaren/patienten, anhöriga/närstående informeras om lex Maria-anmälan.

Svar från IVO återkopplas till socialnämnden, berörd personal, brukare/patient och eventuella anhöriga/närstående.

### Avvikelser – fall och läkemedel

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Alla medarbetare ska utifrån denna skyldighet rapportera risker för vårdskador som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada till vårdgivaren. Syftet med avvikelserapporteringen är att dra lärdom av tillbudet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar avvikelser enligt MAS riktlinjer och följsamheten bedöms som god. Dock visar MAS granskning av avvikelser att dessa inte är alltid korrekt ifyllda utan det saknas delar som har betydelse för analysarbete och utredning.

Registrering av antalet fall/fallavvikelser ökar för omvårdnadspersonalen är mer medvetna om risker och arbetar mer förebyggande genom att registrera avvikelser.

ÅR	2013	2014	2015
<b>Totalt</b>	856	816	1085
Läkemedel	259	242	390
Fall i verksamheten	597	574	695
Allvarlig skada t.ex. fraktur/sjukhusvård	9	13	11
Trycksår uppkomna inom verksamheten	12 (alla kategorier 1-4)	7 (alla kategorier 1-4)	24 (alla kategorier 1-4)
Antal lex Maria-anmälningar under året	2	1	0

---

## Avvikelser - medicintekniska produkter

Anmälan av en avvikelse ska upprättas när en medicinteknisk produkt är t.ex. felaktig/ej komplett/försenad från leverantören. Om avvikelsen är av allvarlig karaktär ska en anmälan göras till Läkemedelsverket av MAS. Avvikelserna kan handla om t.ex. felanvändning av och på antidecubitusmadrass (förebygger trycksår) eller felaktigheter i lyftselar och lift. Under 2015 har 30-tal avvikelser gällande medicintekniska produkter rapporterats, de flesta avvikelser har handlat om att larmsystemet inte har fungerat, att rörelselarmet har använts fel. Inga MTP-avvikelser har rapporterats till Läkemedelsverket.

## Vårdkedjeavvikelser

Vårdkedjeavvikelse mellan olika vårdgivare t.ex. mellan slutenvård (sjukhus)/vårdcentral och kommunens hälso- och sjukvård. Dessa avvikelser uppkommer när de överenskomna riktlinjerna inte följs, antingen från sjukhusens eller från kommunens sida. Under 2015 har verksamheterna rapporterat ett tiotal vårdkedjeavvikelser.

Utvecklingsområde för 2016

- ❖ Tydliggöra i samverkansöverenskommelser kommunikation och hantering kring vårdkedjeavvikelser i hälso- och sjukvården mellan vårdgivarna.

## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som kommer via Patientnämnden och/eller via IVO som har betydelse för patientsäkerheten tas emot och utreds av MASen eller socialförvaltningens stab beroende på lagrummet, SoL eller HSL. Verksamheterna deltar i utredningen och analysarbetet.

Inkomna klagomål och synpunkter direkt till verksamheter utreds och analyseras enligt verksamheternas rutiner. Resultaten återkopplas enhetsvis på arbetsplatsmöten och/eller i kvalitetsrådet.

- ❖ Arbetet med information till patienter vart de kan vända sig vid synpunkter och klagomål på vård- och omsorgsboenden för äldre behöver fortsätta bli tydlig.



---

## Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap.6 §, 7 kap. 2 §

Under 2015 har det inte kommit några klagomål från Patientnämnden. Klagomålen och synpunkterna som kommit direkt till verksamheterna redovisas i respektive verksamhetsberättelse. Inga lex Maria-anmälningar har gjorts till IVO.

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § punkt 3

### Nationella brukarundersökningen 2015

Frågeställning	Tyresö	Riket
Lätt att träffa läkare vid behov	49 % (47 %)	57 % (58 %)
Lätt att träffa sjuksköterska vid behov	76 % (79 %)	77 % (78 %)
Lätt att få kontakt med personal vid behov	80 % (82 %)	84 % (85 %)
Känner sig trygg på sitt äldreboende	88 % (83 %)	89 % (89 %)
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	40 % (47 %)	45 % (46 %)

Inom parentes 2014 års siffror.

## Kompetens

Utbildningsinsatserna varierar i verksamheterna. Under 2015 har flera utbildningsinsatser genomförts, nedan några exempel:

- ❖ e-utbildningar i Basala hygienrutiner har gjorts obligatoriska i alla verksamheter
- ❖ Demens ABC är också obligatorisk på demensheterna
- ❖ BPSD-utbildning till personal på demensheter
- ❖ utbildning i förskrivningsrätt inkontinenshjälpmedel (5 st sjuksköterskor)
- ❖ en arbetsterapeut och en fysioterapeut har utbildats i modern lyftteknik
- ❖ nattfastemätningar tillsammans med kortare utbildningsinsatser har lyft medvetenheten av god nutrition dygnet runt i verksamheterna
- ❖ respektive läkarorganisation har hållit ett antal föreläsningstillfällen

---

enligt verksamheternas önskemål

- ❖ utbildning i palliativ vård för omvårdnadspersonal
- ❖ flera undersköterskor utbildar sig till Silviasyster

### Måluppfyllelse

Målet med att 90 % av de som bor på vård- och omsorgsboenden för äldre (65 år och äldre) har fått riskbedömningar i fall, nutrition och trycksår har uppnåtts.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2016 ska verksamheterna arbeta med de punktsatserna för förbättringsförslag som finns under respektive ämnesområde och fortsätta att utveckla arbetsprocesser och rutiner i systematiska kvalitetsledningssystemet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) för att på ett systematiskt sätt kunna planera, leda, fördela, utvärdera och kontinuerligt följa upp de krav som ställs på verksamheterna.

Målet för patientsäkerheten är **ett hälsobefrämjande arbetssätt** som syftar till att patienterna inte blir undernärda, inte faller, får trycksår och har god munhälsa.

Granskning av hälso- och sjukvården inom vård- och omsorgsboenden genom anmälda som oanmälda besök i verksamheten.

Följa upp och analysera inkomna avvikelser utifrån hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser.

Utveckla dokumentation tillsammans med avvikelshantering i Treserva inom hälso- och sjukvården i LSS-verksamheterna.

### **ICF (Nationellt fackspråk) med KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder)**

**i HSL** – ett utvecklingsarbete fortsätter med systemleverantören för Treserva för att använda ICF och KVÅ i dokumentationen för att kunna ge statistik till Socialstyrelsen enligt deras krav.

### **NPÖ – Nationell Patientöversikt**

Björkbackens vård- och omsorgsboende för äldre har haft tillgång till andra vårdgivares dokumentationssystem som konsument via NPÖ sedan 2013 och arbetet ska fortsätta för att alla vård- och omsorgsboenden för äldre har tillgång till NPÖ oavsett verksamhetssystemet. Arbetet ska utvecklas att vård- och omsorgsboenden för äldre även kan bli producenter i NPÖ så att läkarorganisationerna som är anslutna i NPÖ kan läsa vård- och omsorgsboendenas journalanteckningar.