

---

tyresö kommun



# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare i Tyresö

2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-05-15 Kaija Partanen

---

---

## Innehåll

<b>Sammanfattning.....</b>	<b>4</b>
<b>Övergripande mål och strategier .....</b>	<b>5</b>
<b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....</b>	<b>5</b>
<b>Struktur för uppföljning/utvärdering .....</b>	<b>6</b>
<b>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....</b>	<b>7</b>
<b>Uppföljning genom egenkontroll.....</b>	<b>7</b>
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>14</b>
<b>Risikanalys.....</b>	<b>15</b>
<b>Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....</b>	<b>15</b>
<b>Klagomål och synpunkter .....</b>	<b>17</b>
<b>Samverkan med patienter och närstående.....</b>	<b>17</b>
<b>Sammanställning och analys.....</b>	<b>18</b>
<b>Resultat.....</b>	<b>18</b>
<b>Övergripande mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>19</b>

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

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patient- och säkerhetsarbete enligt 3 kapitlet i Patientsäkerhetslagen (PSL). I PSL 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 (2017:30) upprätthålls.

Denna patientsäkerhetsberättelse är en sammanställning för vårdgivare i Tyresö kommuns vård- och omsorgsboende för äldre, en dagverksamhet samt för verksamheter inom LSS/socialpsykiatri där kommunen har sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

Under 2017 genomfördes kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen enbart på Björkbackens vård- och omsorgsboende för äldre. De andra verksamheterna fick kvalitetsgranskningen genomförd i december 2016. Granskningen omfattade en genomgång av hela kedjan i läkemedelshandlingen från ordinationsunderlag till att patienten får sitt läkemedel.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bidrar till ökad patientsäkerhet kontinuerligt genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Inom socialförvaltningen registreras avvikelser inom läkemedel, fall och övrig hälso- och sjukvård. Analysen visar att det har inträffat totalt 207 läkemedelsavvikelser under 2017 jämfört med 234 året innan. Antalet fallavvikelser har minskat från föregående år från 561 fall till 267 fall. I samband med fall har det skett 7 frakturer under 2017 jämfört med 6 frakturer under 2016. Ett 20-tal avvikelser gällande medicintekniska produkter har registrerats av verksamheterna. Avvikelser som gäller hot och våld mellan patienter är nytt som framkommer i avvikelserapporteringen.

Synpunkter från patienter och närstående har beaktats då synpunkter /klagomål inkommit och dessa utreds och hanteras enligt gällande rutiner i verksamheterna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har varit inkopplad i ett klagomål gällande hälso- sjukvård som har rapporterats i verksamheter.

MAS har inte gjort någon lex Maria-anmälan till IVO under 2017. Ett klagomål gällande omvårdnad har rapporterats under 2017 från Patientnämnden.

Registrering i kvalitetsregister görs för att säkerställa god patientsäkerhet genom ett systematiskt arbetssätt. De kvalitetsregister som används inom socialförvaltningens verksamheter är Senior alert, BPSD, SveDem och Palliativa registret.

---

Vården planeras och utförs i stor utsträckning 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§*

Varje enskild boende ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin hälso- och sjukvård. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delges personal, boende/patient. Ledningssystemet möjliggör en struktur i verksamheter för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjligaste mån.

Övergripande mål för hälso- och sjukvården:

- att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- att den är 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 har haft som mål att alla personer 65 år och äldre på vård- och omsorgsboenden ska riskbedömas avseende fall, undernäring och trycksår vilket har uppnåtts enligt Kvalitetsportalen, täckningsgraden är 100 %.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 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 (2017:30) 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 samt ledning och socialförvaltningens stab är en resurs i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80 4 kap. 1§ ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefer har skyldighet att upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt Patientsäkerhetslagen 3 kap. 9 § årligen senast 1 mars.

Kommunens MAS tar del av patientsäkerhetsberättelser från verksamheterna i egen regi, entreprenörer och enskild regi och sammanställer till socialnämnden.

MAS har ansvaret utifrån Hälso- och sjukvårdsförordningen (2107:80) 4 kap 6§. MAS ansvarsområde i huvudsak är att utarbeta rutiner 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, inom LSS-verksamheter samt i den kommunala socialpsykiatri i kommunen.

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut-sjukgymnast) 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. Vårdhygien Stockholms län, Smittskydd Stockholm, Apoteket Farmaci AB och läkarorganisationerna som verkar i kommunens verksamheter har rådgivande och stödjande expertroll för verksamheterna.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Verksamheternas olika struktur styr i vilka forum (kvalitetsråd, arbetsplatsträffar, teammöten) uppföljningar och utvärderingar av granskningar och avvikelser sker. I verksamheternas avvikelshantering kommer det 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, riktade uppföljningar, besök, samverkan med ansvariga läkarorganisationer och andra vårdgivare. Trycksår, fall, undernäring och munhälsa följs upp via Senior alert och verksamheterna deltar i Senior Alerts och SKLs punktprevalensmätningar.

---

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Verksamheternas arbete med kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD-registret, BPSD samt SveDem, systematiska läkemedelsgenomgångar och arbetet i Svenska Palliativa registret ökar patientsäkerheten i vården likaså arbetet med samverkan med läkarorganisationer. Dessa skapar en bra systematik avseende riskanalys, egenkontroll och för det förebyggande arbete och på så sätt utvecklar nya förebyggande patientsäkerhetsarbetssätt i verksamheterna.

Införandet av digital läkemedelssignering som nytt arbetssätt inom det kommunala vård- och omsorgsboendet ökar patientsäkerheten med mindre antal läkemedelsavvikelser.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

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

Egenkontroller är systematisk uppföljning av verksamheten samt kontroll att verksamheten bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Syftet med kvalitetsregister är att säkerställa god patientsäkerhet genom ett systematiskt arbetssätt.

### **Kvalitetsgranskning hälso- och sjukvård**

Under december 2017 – januari 2018 har MAS utfört kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvård i alla vård- och omsorgsboenden för äldre i kommunen. Kvalitetsgranskning QUSTA genomförs minst vartannat år så att en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som håller god kvalitet kan jämföras över tid. Utifrån resultatet görs kvalitetsuppföljningar speciellt inom de områden som har visat brister.

I den senaste granskningen framgår att verksamheternas hälso- och sjukvårdsarbete fungerar bra i praktiken, vissa delar behöver även i fortsättningen utvecklas så att målet för god kvalitet uppfylls. De skriftliga lokala rutinerna ska göras aktuella, levande och kända inom verksamheterna.

Kravet i ledningssystemet är att det ska finnas 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 när en ny journal vid inflyttning upprättas och därefter säkra den pågående dokumentationen är aktuell tills journalen avslutas.

---

Hälso- och sjukvården inom LSS-verksamheterna och socialpsykiatrien har följts upp av MASen genom flera möten med HSV-teamet. 2017-års arbete har bestått till stor del att fortsätta skapa lokala rutiner för hälso- och sjukvården inom verksamhetsområdet samt rutiner för samverkan med primärvården och psykiatrien.

### **Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomfördes under 2017 i ett av vård- och omsorgsboenden för äldre och i de andra boenden genomfördes uppföljningar av 2016-års granskningar.

MAS är samordnande gentemot Apoteket Farmaci och har deltagit i gransknings-/uppföljningsarbetet. Läkemedelshanteringen sker säkert i verksamheterna men det finns vissa förbättringsområden. Förbättringsförslag så som lokala rutiner revideras tillsammans med MAS.

Verksamhetscheferna/enhetscheferna tillsammans med MAS ansvarar för att de lokala rutinerna för läkemedelshantering följer MAS framtagna riktlinjer.

### **Läkemedelsgenomgångar**

Respektive läkarorganisation tillsammans med verksamheterna arbetar systematiskt med läkemedelsgenomgångar enligt SKL:s riktlinjer vilket har medfört att antalet läkemedel i vård- och omsorgsboenden för äldre minskar bland vårdtagarna dock ökar användning av olämpliga läkemedel.

Följsamhet i läkemedelsgenomgång i vård- och omsorgsboenden för äldre enligt SKL:s riktlinjer har under 2017 varit 100 %.

Att utveckla samarbetet med primärvården för att genomföra årskontroller med läkemedelsgenomgångar för de brukare inom LSS-verksamheter som behöver dessa behöver startas om.

**Öppna jämförelser**s siffror för Tyresö och riket visar följande statistik på läkemedelsanvändning för de som är 75 år och äldre samt bor på vård- och omsorgsboende för äldre:

<b>Antalet läkemedel</b>	<b>2016 Tyresö (Riket)</b>	<b>2017 Tyresö (Riket)</b>
10 eller fler läkemedel	24,4 % (26 %)	33,5 % (31,9 %)
Olämpliga läkemedel	8,1 % (8,8 %)	7,5 % (8,3 %)
Tre eller fler psyko-farmaka	15,3 % (17, %)	17,6 % (17,8 %)
Tre eller fler antipsykotiska* läkemedel	19,6 % (13,7 %)	16,3 % (14,7 %)

- Mot vissa beteendesymtom vid demens, t.ex. mot aggressivitet



- 
- 2016 definition: Användning av antipsykotiska läkemedel

### **Läkemedelsnära produkter – Inkontinens**

Urininkontinens är ett av största folkhälsoproblemen. Urininkontinens utgör för många ett socialt handikapp vilket ger påverkan på det dagliga livet på grund av rädsla för att läcka urin. Patienter som har urininkontinens ska få sina problem utredda och därefter få individuellt förskrivna, individanpassade inkontinensskydd. Vid journalgranskningen 2017 framkommer det att patienter inte alltid får sina problem utredda och att produkter som förskrivs inte har planerats utifrån en individuell utprovning. I verksamheterna finns sjuksköterskor som har specifik utbildning för inkontinens men det saknas en bra arbetsmetod och uppföljning som behöver vara fokus för kommande åren så att den enskilde får de inkontinenshjälpmedel som är individuellt anpassade.

### **Vårdhygien - Infektionsregistrering**

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 verksamheterna vänder sig till.

Under 2017 har verksamheterna genomfört uppföljningar av vårdhygienisk standard utifrån tidigare besök från Vårdhygien. Under 2018 kommer Vårdhygien utföra uppföljningar med vårdhygieniska frågor på plats i verksamheterna.

Under 2017 har MAS samlat in statistik av infektioner (antibiotikabehandlade, bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) på vård- och omsorgsboenden för äldre som sedan redovisats till Vårdhygien.

Antalet vårdrelaterade infektioner håller sig på samma låga nivå som tidigare åren. Det är bara enstaka fall av influensa och ”vinterkräksjuka” som har uppstått i vård- och omsorgsboenden för äldre under året.

### **Punktprevalensmätning basala hygien- och klädregler (PPM-BHK)**

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. Att följa verksamheter över tid med egenkontroller får verksamheterna in data som är användbar för systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringar. Tabellen nedan visar andelen korrekt följda basala hygien- och klädregler vid PPM-mätningen i Tyresö. Deltagande i PPM-mätningar är frivilligt.

---

---

Tabellen visar att antalet deltagande personal (n) har minskat till hälften samt att verksamheterna inte följer basala hygien- och klädregler fullt ut.

Resultat	2016 (n=102)	2017 (n=54)
Total följsamhet till 8 steg gällande hygien- och klädregler	60,8 % (Riket 51 %)	33,3 % (Riket 51,2 %)
Följsamhet till samtliga basala hygienrutiner	72,5 % (Riket 59 %)	42,6 % (Riket 59,5 %)
Följsamhet till samtliga klädregler	80,3 % (Riket 83 %)	70,4 % (Riket 82 %)

Egenkontroller i form av självskattning i basala hygienrutiner bör genomföras i verksamheterna minst ett par gånger per termin då basala hygien- och klädregler är oerhört viktiga att efterleva för att undvika smittspridning. Verksamhetschefen är ansvarig för att all personal har kännedom om, följer hygienrutiner och att den digitala hygienutbildningen på Vårdhygien genomförs årligen.

#### **PPM-trycksår/fallskador**

Punktprevalensmätning av fallskador/trycksår i Senior Alert genomfördes under v. 40. Resultat i Senior alert visar att det var 145 patienter som deltog i mätningen och det konstaterades att 81 individer hade risk för trycksår och det uppdagades 18 trycksår. Antal individer som hade BMI < 22 var 72 stycken. Nästa mätning genomförs under hösten 2018.

#### **Nationella kvalitetsregistren**

Alla vård- och omsorgsboenden för äldre använder **Senior Alert** för riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen för att kunna upptäcka de personer som är i riskzon och upprätta adekvata vårdplaner med förbättringsåtgärder.

Enligt Kvalitetsportalen är täckningsgraden för riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår 100 %.

2017 års Öppna jämförelser visar att andelen äldre i vård- och omsorgsboende som erhållit riskförebyggande åtgärder för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa minskar.

Inom vård- och omsorgsboende för äldre i riket hade 56 procent av de över 65 år fått minst en riskförebyggande åtgärd 2017, vilket kan jämföras med 62 procent 2016.

I Tyresö är motsvarande siffrorna 2017 – 45 % och för 2016 – 56 %.

Vid riskbedömningar som utförs i samband med inflyttning anges förslag till åtgärder och även tidpunkt för uppföljning vid eventuella risker.

Verksamheterna behöver bli mer observanta på dessa beslutade och planerade åtgärder så att uppföljningar utförs när det har bedömts att risk finns samt att åtgärder som beslutats blir genomförda.

#### Resultat på riskbedömningar\* enligt Senior Alert

	2016	2017
Riskbedömningar	572	399
Unika personer	357	265
Riskbedömningar med risk	533	387
Riskbedömningar där minst en åtgärd planerades	364	367
Riskbedömningar där minst en åtgärd utfördes	278	180

\* innefattar fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen

#### Munhälsa

Tandvårdsenheten Stockholms läns landsting (SLL) har avtal med Oral Care AB att erbjuda årligen en gratis munhälsobedömning för Tyresö kommuns äldre i vård- och omsorgsboenden. Inom LSS-verksamheterna har P Dental Hygienist KB samma avtal gentemot de personer som är berättigade för tandvårdsstödsintyg. Dessa vårdgivare ska även erbjuda munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal årligen. Det är viktigt att personalen deltar vid munhälsobedömningen för att få information och kunskap om hur de kan vara behjälpliga för brukarna hur munhälsan ska skötas.

Tandvårdsenheten SLL överlämnar resultat för genomförda munhälsobedömningar/ genomförda utbildningar till kommunen.

Munhälsobedömning - Särskilt boende SoL och LSS/Egen bostad SoL och LSS	2016	2017
Antal erbjudna	577	473
Antal JA-tack för erbjudandet	425	411
Antal utförda munhälsobedömningar	188	213
Andel utförda av de som tackat JA	49,41 %	51,82 %
Munvårdsutbildning - vård- och omsorgspersonal totalt	78	12
Särskilt boende SoL och LSS	38	12
Egen bostad SoL och LSS	40	0

---

All personal ska ha kunskaper i munhälsa så verksamheterna uppmärksammar munvårdsutbildningarna mer och genomför den erbjudna utbildningen årligen.

När förmågan att utföra dagliga aktiviteter minskar, minskar även förmågan att sköta den orala hälsan och de äldre behöver ofta hjälp av vårdpersonalen för att upprätthålla en god munhälsa.

Kontaktperson gentemot Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tandvårdsenhet är MAS som deltar på samverkansmöten.

### **Demensvård och omsorg för personer med kognitiva sjukdomar**

Socialstyrelsens **Nationella riktlinjer för Vård och omsorg vid demenssjukdom** kom ut i reviderad upplaga den 13 december 2017, ett stöd för styrning och ledning.

Nätverket för demensfrågor i Stockholms län ledd av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen var en remissinstans och i nätverkets arbete deltar Tyresö kommuns demenssjuksköterska. Dessa riktlinjer ger rekommendationer som gäller utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

I juni 2017 publicerade Socialstyrelsen **En nationell strategi för demenssjukdom**. Ett underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022. Exempel på prioriterade områden:

- Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Kunskap och kompetens.
- Uppföljning och utvärdering.

### **Stiftelsen Silviahemmets utbildningsprogram med kommuncertifikat**

I enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer lägger Tyresö kommun vikt vid att alla medarbetare inom vård- och omsorg får kunskap och kompetens inom området kognitiva nedsättningar och demenssjukdom. Under 2016-2017 med sista utbildningstillfället i december 2017 har Myndigheten för äldre och funktionsnedsättning, hemtjänstföretag, dagverksamhet, vård-och omsorgboende och en LSS gruppboende utbildats och erhållit certifikat för uppfyllda kunskapskrav. Totalt har 450 personer med fast anställning genomgått utbildningsprogrammet framtaget av Stiftelsen Silviahemmet. Dess vårdfilosofi bygger på de fyra hörnstenarna – Symtomkontroll, Kommunikation/Relation, Teamarbete och Anhörigstöd. Utifrån de nationella kvalitetsregistren SveDem och BPSD som riktar sig till och för personer med demenssjukdom kan kommunen följa kvalitetsarbetet på respektive omvårdnads- och omsorgsenhet.

### **Svenska Demensregistret - SveDem**

---

SveDem, som är det största kvalitetsregistret för demenssjukdomar i världen, är ett av få register som följer personen genom hela vårdkedjan. Här kan kommunens kvalitet av demensvård mätas och därmed bidra till att förbättra vården i Sverige och internationellt.

Sedan 2016 kan resultaten följas av årliga uppföljningar för personer med demensdiagnos boende på Ängsgårdens och Björkbackens vård- och omsorgboende 21 respektive 56 platser.

74 personer har följts upp efter ett år på boendet och av dessa har 34 stycken fått en andra års uppföljning.

Ängsgårdens vård- och omsorgsboende är den enhet som arbetat aktivt med registret. Här har läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal ansvarat gemensamt för att tillföra sin kompetens till personens uppföljning utifrån aktuellt status.

#### **BPSD- registret**

Det andra nationella kvalitetsregistret (Beteendemässiga och psykiska symtom vid Demenssjukdom) är till stor del ett arbetssätt och en metod. Det är bevisat att 9 av 10 personer någon gång under sjukdomen besväras av dessa symtom.

Trollängens vård- och omsorgsboende valde under året att utbilda all sin personal för att öka förståelsen för ett personcentrerat bemötande. Resultat kan nu mätas och användas på båda de avdelningar som är specifikt för personer med demenssjukdomen.

Utifrån Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för god demensvård är statistiken oförändrad i Tyresö jämfört med 2016, till exempel gällande andelen personer med olämpliga läkemedel, personer som fått läkemedelsgenomgång samt personer som har bemötandeplan.

#### **Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar.**

Enligt SveDem har 87 % någon form av tvångs-, skydds- eller begränsningsåtgärd. Av dessa är 52 % i form av passiva larm. Utifrån nollvisionsarbetet för en demensvård utan tvångs- och begränsningar finns mer att önska av förbättring och ändrat synsätt.

Demenssjuksköterskan och en Silviasyster verksam på Björkbackens vård- och omsorgsboende har genomgått utbildning i Svenskt Demenscentrums material för att verka som Nollvisionsambassadörer.

Att som personal eller anhörig få kunskap att rätt bemöta och ha ett personcentrerat förhållningssätt till person med demenssjukdom kan förebygga

att svåra situationer med beteendestörningar uppstår och kan därmed minska behov av tvångs-, skydds- eller begränsningsåtgärd.

---

Samtliga vård- och omsorgsboenden för äldre i kommunen registrerar i **Svensk Palliativregister**. Vård i livets slutskede var ett av 2016-års utvecklingsområden och detta syns i 2017 års statistik.

**Tabellen nedan** visar resultat visar hur palliativ vård i livets slut 2016 - 2017 i vård- och omsorgsboenden i Tyresö utvecklas (Palliativa register)

Kvalitetsindikatorer	Socialstyrelsens målvärde	Resultat 2016	Resultat 2017
Efterlevandesamtal erbjudet	100	92,9	94,0
Läkarinformation till patienten	100	67,9	78,0
Munhälsa bedömt	100	78,6	86,0
Avliden utan trycksår	90	89,3	90,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	80,4	82,0
Utförd validerad smärtskattning	100	42,9	30,0
Lindrad från smärta	100	83,9	92,0
Lindrad från illamående	100	89,3	92,0
Lindrad från ångest	100	88,3	90,0
Lindrad från rosslig andning	100	80,4	92,0
Läkarinformation till närstående	100	83,9	94,0

**Antal vårdtillfällen (avlidna) i urvalet: 56 under 2016**

**Antal vårdtillfällen (avlidna) i urvalet: 50 under 2017**

Resultatet visar att verksamheterna har utvecklat arbetet under året inom området vård i livets slut. Det som verksamheterna behöver fortsätta att arbeta med är att systematiskt utveckla arbetet med validerad smärtskattning.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

---

arbete med SLLs Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, beställare vård avseende läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre. Läkarinsatserna utförs av Familjeläkarna Saltsjöbaden på Björkbackens Äldrecentrum, Team Äldredoktorn på Krusmyntan och Ängsgården och av Legevisitten på Trollängen.

Landstingets förfrågningsunderlag för läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre är utgångspunkten för de samverkansöverenskommelserna som är skrivna mellan verksamheter, respektive läkarorganisation och kommunen. Dessa 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.

Ändringar i läkaransvaret 2016 för brukare i korttidsvården inklusive växelvård på vård- och omsorgsboenden för äldre kvarstår med problematiken i läkarkontakter/-insatser. Utvecklat samarbete med primärvården är nödvändigt för patientsäkerheten.

Samverkan med läkarinsatser i primärvården, rehabilitering och psykiatri gentemot brukare i LSS-verksamheterna och socialpsykiatri behöver utvecklas ytterligare med skriftliga samverkansöverenskommelser.

## **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Verksamheterna gör riskanalyser när de ser brister i verksamhetens kvalitet och vill förebygga att händelser kan uppstå i framtiden. Risker ska identifieras genom att aktuella processer beskrivs för att därmed kunna bedöma riskens omfattning, hur ofta de uppstår och identifiera bakomliggande orsaker.

Riskanalys ska användas då ett flertal avvikelser med ingen eller ringa konsekvens har inträffat kring en patient eller en arbetsmetod.

Riskanalyser/-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, fall och ohälsa i munnen. Riskanalyser behöver genomföras även på organisationsnivå vid organisations-/schemaförändringar i verksamheten.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

---

---

### **Avvikelser**

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls enligt Patientsäkerhetslagen. Syfte 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.

Verksamhets-/enhetschefen ska lämna information om en allvarlig avvikelse direkt till MAS som bedömer om en anmälan enligt allvarlig vårdskada (lex Maria) ska ske.

När en allvarlig vårdskada har skett gör verksamheten först en utredning och om MAS bedömer att en ”lex Maria”-anmälan ska göras genomför verksamhetschefen en anmälan. Information om anmälan till IVO (Inspektionen för Vård – och Omsorg) och svar från IVO återkopplas till Socialnämnden, berörd personal, patient och ev. anhöriga/närstående.

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

Det har inte anmälts någon allvarlig vårdskada till IVO under 2017.

### **Läkemedelsavvikelser**

Utebliven signering/läkemedelsgivning har oftast varit orsaken till läkemedelsavvikelser. Dock har digital signering på Björkbackens vård- och omsorgsboende för äldre visat sig minska antalet läkemedelsavvikelser.

### **Fall och fallavvikelser**

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

### **Medicintekniska produkter – avvikelser**

Användandet av medicintekniska produkter ska ske på ett säkert sätt.

Rehabiliteringspersonal utbildar omvårdnadspersonal årligen i förflyttningsteknik och hantering av medicintekniska produkter.

Avvikelseerna gällande medicintekniska produkter handlar oftast om t.ex. felanvändning av antidecubitus-madrass (förebygger trycksår) eller felaktigheter i lyftselar och lift. Dock handlar de flesta avvikelser om att larmsystemet inte har fungerat på korrekt sätt.

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

### **Vårdkedjeavvikelser**



---

Vårdkedjeavvikelse mellan olika vårdgivare vid vårdens övergångar t.ex. mellan slutenvård (sjukhus)/vårdcentral och kommunens hälso- och sjukvård. Dessa avvikelser uppkommer när de överenskomna riktlinjerna inte följs antingen från sjukhusens/primärvårdens eller från kommunens sida. Den mest förekommande orsaken till avvikelsen har varit bristande kommunikation och informationsöverföring vid vårdens övergångar.

ÅR	2016	2017
Läkemedel	234	207
Fall i verksamheten	561	267
Allvarlig skada t.ex. fraktur/sjukhusvård	8	6
Trycksår uppkomna inom verksamheten	16 (alla kategorier 1-4)	18 (alla kategorier 1-4)
Medicintekniska produkter	15	18
Antal lex Maria-anmälningar under året	1	0

**Tabellen ovan** visar sammanställning av registrerade avvikelser i alla de verksamheter (Vård- och omsorgsboenden för äldre, LSS-gruppboenden och kommunal socialpsykiatri med missbruk) där det drivs kommunal hälso- och sjukvård.

## Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 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, HSL eller SoL. Verksamheterna utför utredningen och MAS deltar i analysarbete.

Inkomna klagomål och synpunkter direkt till verksamheter utreds och analyseras enligt verksamheternas rutiner och resultaten återkopplas enhetsvis på arbetsplatsmöten och/eller i kvalitetsrådet. Om behov finns kopplas MAS in i utredningen och under 2017 har MAS varit inkopplad i ett klagomål gällande hälso- sjukvård som har rapporterats i verksamheter.

Under 2017 har det inkommit ett klagomål från Patientnämnden som gällde bristande omvårdnad.

---

## 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 vård- och omsorgsboenden 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.

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Inkomna klagomål och/eller synpunkter antingen från Patientnämnden/patienter/anhöriga eller närstående till verksamheterna utreds och redovisas i respektive verksamhetsberättelse. De flesta klagomål/synpunkter handlar om brister i kontakt med anhöriga/närstående och kommunikation mellan olika vårdgivare samt att verksamheten och anhöriga/närstående har skilda uppfattningar om informationen har fungerat mellan dem.

Man kan dra slutsatsen att information och kommunikation mellan aktörer inte är enkelt så att man har samsyn kring vad som har informerats och kommunicerats.

## Resultat

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

**Nationella brukarundersökningen 2017 (2016) på vård- och omsorgsboenden för äldre i Tyresö**

Frågeställning	Egen regi verksamhet	Privat regi verksamhet	Riket
Mycket lätt/lätt att träffa läkare på boendet vid behov	51 % (45 %)	64 % (62 %)	57 % (57%)
Mycket lätt/lätt att träffa sjuksköterska på boendet vid behov	78 % (76 %)	76 % (82 %)	76 % (77 %)

Mycket lätt/lätt att träffa personal på boendet vid behov	87 % (75 %)	83 % (78 %)	84 % (85 %)
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	50% (38 %)	43 % (46 %)	47 % (47%)

- Egen regi: Björkbackens vård- och omsorgsboende
- Privat regi: Vård- och omsorgsboenden Trollängen, Krusmyntan och Ängsgården

Resultat på aktiviteter som genomförts i verksamheterna för t.ex. andel läkemedelsgenomgångar, andel korrekta hygien- och klädrutiner och andel riskbedömningar, redovisas under respektive kapitel. Dessa resultat speglar t.ex. utfallet i form av andel avvikelser, andel patienter med vårdskador samt andel patienter med fall och trycksår.

### **Kompetens**

Utbildningsinsatserna har varierat i verksamheterna och nedan finns några exempel vilka utbildningsinsatser som återkommer och har genomförts.

- \* e-utbildning i basala hygienrutiner som är obligatorisk för omvårdnadspersonal i alla verksamheter fortsätter årligen
- \* Demens ABC och Demens ABC+, BPSD samt Nollvison - speciellt i demensverksamheter
- \* e-utbildningar i Jobba säkert med läkemedel/Diabetesutbildning
- \* Inkontinensutbildningar
- \* handledning i palliativ vård för omvårdnadspersonal

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

Arbetet med ICF (Nationellt fackspråk) med KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) i HSL fortsätter för verksamhetssystemet Treserva för att kunna få ut statistik enligt Socialstyrelsens framtida krav som börjar gälla fr.o.m. januari 2019. Även arbetet med NPÖ – Nationell Patientöversikt för verksamheterna fortsätter.

### **Mål**

Stärka den personcentrerade vården och öka kvaliteten i samverkan med patient, närstående och berörda vårdgivare som ger säker och effektiv vård.

### **Strategi**

Arbeta med implementering på arbetssättet av samordnade individuella

---

planer (SIP).

**Mål**

Skapa ökad patientsäkerhet och trygghet för personal genom att utveckla säker och korrekt dokumentation och informationsöverföring. En väl förd patientjournal ger trygghet för personal och har stor betydelse för patientsäkerheten.

**Strategi**

Fortsätta granska patientjournaler på de delar där granskningen tidigare har visat att dokumentationen brister. Implementera kollegial journalgranskning i verksamheterna.

**Mål**

- Det strukturerade arbetet med riskbedömningarna med förebyggande åtgärder och uppföljningar i Senior Alert ska öka.
- Införa arbetssättet med blåsdysfunktion och HALT i Senior Alert.

**Strategi**

- Systematiskt utveckla metoder och arbetssätt med riskbedömningar som ingår i de nationella kvalitetsregistren/PPM-mätningar/HALT som används i verksamheterna för att på ett ändamålsenligt sätt samordna och dokumentera olika insatser, åtgärder och uppföljningar.
- Säkerställa med dokumentationen att patienter med urininkontinens erbjuds en basal utredning och att omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver ett inkontinensskydd vilket är individanpassat till blåstömningsmönster.

**Mål**

Minska läkemedelsavvikelser ytterligare.

**Strategi**

Fortsatt implementering av digital läkemedelssignering i alla verksamheter i kommunens egen regi.