

---

tyresö kommun



# Sammanställd patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare i Tyresö

2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-04-15 Kaija Partanen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

---

---

## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	3
<b>Inledning</b> .....	4
<b>STRUKTUR</b> .....	4
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienters och anhörigas/närståendes delaktighet .....	7
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	7
Klagomål och synpunkter .....	8
Egenkontroll .....	8
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	9
Risikanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador .....	10
Informationssäkerhet .....	11
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	12
Egenkontroll .....	12
Avvikelser .....	12
Klagomål och synpunkter .....	15
Risikanalys .....	15
<b>Övergripande mål och strategier för kommande år</b> .....	19

---

## Sammanfattning

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.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomfördes under 2018 i alla vård- och omsorgsboende för äldre i kommunen samt för Hälso- och sjukvårdsteamet inom LSS/socialpsykiatri. Granskningen omfattade en genomgång av hela kedjan i läkemedelshanteringen från ordinationsunderlag till att patienten fått sitt läkemedel.

Att rapportera tillbud, negativa händelser och risker utgör grundpelaren i patientsäkerhetsarbetet. Alla medarbetare inom förvaltningen är skyldiga att bidra till ett systematiskt förbättringsarbete. Vårdskador kan förebyggas genom strukturerat arbete med avvikelshantering. Riktlinjer och rutiner finns för att hantera interna och externa avvikelser. Interna avvikelser i verksamheterna hanteras i första hand på enhetsnivå. Externa avvikelser gentemot andra vårdgivare hanteras i första hand av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) men kan även hanteras i samverkan på enhetsnivå.

Sammanställningen visar att det har inträffat totalt 679 läkemedelsavvikelser under 2018 jämfört med 558 året innan. Antalet fallavvikelser har ökat från föregående år från 441 fall till 752 fall under 2018. I samband med dessa fall har det rapporterats 10 frakturer under 2018 jämfört med 7 frakturer under 2017. Ett 35-tal avvikelser gällande medicintekniska produkter har registrerats av verksamheterna. Avvikelser som gäller hot och våld mellan patienter har inte tidigare rapporterats, men kan nu ses i avvikelshanteringens inom alla verksamhetsområden.

Verksamheterna utreder och hanterar synpunkter från patienter/brukare och närstående enligt gällande rutiner. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har varit inkopplad i ett klagomål gällande hälso- och sjukvård som har rapporterats i verksamheter. Det har gjorts tre lex Maria-utredningar men MAS har inte gjort någon lex Maria-anmälning till IVO under 2018.

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

Vården planeras och utförs i stor utsträckning i samverkan med patient/brukaren och om denne så önskar även i samverkan med anhöriga/närstående.



---

## Inledning

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) efterlevs. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs inom verksamheterna och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delges personal, patient/brukare. Ledningssystemet ska möjliggöra en struktur i verksamheter för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjliga mån. Varje enskild patient/brukare 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.

Övergripande mål för hälso- och sjukvården är att:

- den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- den är säker och förebyggande så 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
- den utformas så att tillgängliga resurser utnyttjas optimalt för att nå ovanstående mål

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Enligt 3 kapitlet i Patientsäkerhetslagen (PSL) är vårdgivaren skyldig att bedriva systematiskt patient- och säkerhetsarbete. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara upprättad enligt PSL 3 kap. 9 § årligen senast 1 mars och hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Tanken med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Vårdgivarens ledningssystem ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter/brukare, personal och övriga medborgare.

Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten samt att ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.



---

Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) har tagit del av patientsäkerhetsberättelserna från verksamheterna i egen regi, entreprenörer och enskild regi och sammanställt dessa till Äldre- och omsorgsnämnden (ÄON) samt till Arbetsmarknads- och socialnämnd (ASN).

## Organisation och ansvar

2018 hade socialförvaltningen ledningsansvaret för hälso- och sjukvården i Tyresö som enligt reglementet var utsedd att vara ansvarig för patientsäkerhetsarbetet i kommunens verksamheter, så att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. För att säkra verksamhetens kvalitet enligt SOSFS 2011:9 ska nämnden beskriva och fastställa de övergripande processer som behövs för detta.

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

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef som ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80 4 kap. 1§. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefen ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

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

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut/sjukgymnast) är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

---

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

Att aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten ingår i alla medarbetares ansvar genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser.

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

## Samverkan för att förebygga vårdskador

### Samverkan kommun - landsting, privata aktörer

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

Läkarinsatserna utförs av Familjeläkarna Saltsjöbaden på Björkbackens vård- och omsorgsboenden, på Krusmyntan samt på Villa Basilika. Trollängens vård- och omsorgsboende har läkarinsatserna från Legevisitten.

Landstingets förfrågningsunderlag (FFU) för läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre (SÄBO) 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.

Under 2018 har läkaransvaret för patienter/brukare i korttidsplats på vård- och omsorgsboenden för äldre kvarstått hos husläkarna med den tidigare problematiken som har funnits i läkarkontakter/-insatser. Detta har lett till att läkaransvaret för dessa patienter/brukare återgår enligt FFU till SÄBO-läkarorganisationer fr.o.m. maj 2019.

Primärvården ansvarar för läkarinsatserna inom LSS-verksamheterna och socialpsykiatrin. Skriftliga samverkansöverenskommelser om samverkan har skapats mellan LSS-verksamheter och habilitering.



---

Det kvarstår samverkansöverenskommelser med psykiatrin gentemot brukare i LSS-verksamheterna och socialpsykiatrin. Likaså behöver samverkan med slutenvård utvecklas.

## **Patienters och anhörigas/närståendes delaktighet**

Vården och behandlingen utformas och genomförs så långt som möjligt i samverkan med patienten/brukaren och om denne önskar även de anhöriga/närstående.

Verksamheterna bjuder in till olika former av anhörig-/ 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 och när patienten önskar detta involveras anhöriga/närstående. Kontinuerliga uppföljningar sker med legitimerad personal, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och anhöriga/närstående utifrån patientens hälsotillstånd så att patientsäkerheten säkerställs.

Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter på verksamheten ska delges alla patienter och anhöriga/närstående.

## **Anhörigstöd**

Demenssjuksköterskan i kommunen har anhörigstöd i form av enskilda samtal och i grupp. Det månatliga anhörigcaféet som vänder sig till alla medborgare ger råd och stöd i relaterade ämnen med inbjudna föreläsare och diskussioner därtill.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Föreskriften och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har reviderats, vilka förvaltningen och verksamheterna har att förhålla sig till. Hälso- och sjukvårdspersonalen samt omvårdnadspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet enligt Patientsäkerhetslagen

Under året har en ny föreskrift gällande anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada trätt i kraft.

Arbetet med avvikelser är grunden för patientsäkerhetsarbetet och innebär att utveckla den kommunala vården och omsorgen och därför uppmuntras all personal att registrera avvikelser och händelser.

Syfte är att dra lärdom av tillbudet eller den negativa avvikelser/händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen.



Hälso- och sjukvårdspersonalen/omvårdnadspersonalen rapporterar avvikelser i de verksamhetssystem som används i respektive verksamhet.

Dessa analyseras i verksamheten enligt gällande rutiner och MAS-riktlinjer. Rapportering sker till MAS varje månad. Vid allvarlig avvikelse/händelse ska MAS informeras direkt efter händelsen.

## Klagomål och synpunkter

Från och med år 2018 har lagstiftningen kring enskildas klagomål förändrats. Detta innebär att vårdgivarens skyldighet att ta emot och utreda klagomål har förtydligats. Patienten eller en anhörig/närstående kan först efter att hon/han haft kontakt med vårdgivaren anmäla klagomålet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Inkomna klagomål och synpunkter till verksamheter ska utredas och analyseras enligt verksamheternas rutiner och resultaten återkopplas till anmälaren, enhetsvis på arbetsplatsmöten och/eller i kvalitetsråden. Om behov finns kopplas MAS in i utredningar och under 2018 har MAS varit inkopplad i tre (3) klagomål gällande omvårdnad/hälso- sjukvårdsinsatser som har rapporterats i verksamheter.

Klagomål som kommer via Patientnämnden och/eller via IVO som har betydelse för patientsäkerheten tas emot och utreds av verksamhets-/enhetschefer tillsammans med MAS eller socialförvaltningens stab beroende på lagrummet, HSL eller SoL. Verksamheterna utför utredningen och MAS deltar i analysarbete. Under 2018 har det inkommit en anmälan från IVO där IVO inte fann några brister i fallet och det har inte inkommit några klagomål från Patientnämnden som gällde bristande omvårdnad.

## Egenkontroll

Egenkontroller är systematisk uppföljning av verksamheten samt kontroll att verksamheten bedrivs utifrån de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroller ska enligt lagstiftningen utövas med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Exempel på egenkontroller som genomfördes inom socialförvaltningen i syfte att säkra en god patientvård.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering (extern)	1 gång per år	Protokoll åtgärdsförslag Läkemedelshantering, Apoteket AB
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	HALT- Senior alert
Basala hygienrutiner och	2 gånger per år	PPM-databasen

klädregler		
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
Hygienronder (extern)	Vartannat år	Protokoll
Registrering i Senior Alert, Palliativa registret	Kvartalsvis	Kvalitetsregistren Senior alert och Palliativa registret
BPSD och SveDem	Kvartalsvis	BPSD- och SveDem- registren
Hälso- och sjukvårdsavvikelser	Månadsvis	Avvikelsehanteringssystemet (Safedoc och Treserva)
Nattfastemätningar i vård- och omsorgsboende	2 gånger per år	Rapport
Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt under året	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet intern

HALT – Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities

PPM – punktprevalensmätning

BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

### Risikförebyggande vård- och omsorg

Riskbedömningar genomförs utifrån kvalitetsregistret Senior alert i alla vård- och omsorgsboenden för äldre, dock behöver dokumentationen på planerade åtgärder och uppföljningar förbättras.

HSV-teamet inom LSS-verksamheterna har ännu inte påbörjat registrering i Senior alert men det är förberett för att kunna börja arbeta mer systematiskt med stöd av registret.

Registrering i Palliativa registret används på alla vård- och omsorgsboenden för äldre och användningen behöver utökas till LSS-verksamheter.

BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) används mestadels på demensboenden, dock finns det utrymme till förbättringar hur verksamheterna kan använda de resultat som framkommer för att förbättra värden.

Ett förbättringsområde är användandet av kvalitetsregistrens resultat, där en inventering och plan för hur resultat ska återkopplas och bidra till verksamhetsutveckling pågår.

### Läkemedelshantering

Läkemedelsgenomgångar, enkla och fördjupade, har genomförts enligt landstingets *Riktlinjer för läkemedelsgenomgångar* på vård- och omsorgsboenden för äldre.



---

Arbete med läkemedelsgenomgångar behöver utvecklas utifrån riktlinjerna när det gäller patienter/brukare inom LSS-verksamheter från primärvårdens sida.

Digital signering av läkemedel som startades för ett par år sedan på Björkbackens vård- och omsorgsboende fortsätter implementeras på LSS-verksamheter.

Externa kvalitetsgranskningar på läkemedelshantering har genomförts i alla vård- och omsorgsboenden för äldre samt för Hälso- och sjukvårdsteamet för LSS/socialpsykiatri.

#### Hygien och infektionshantering

Vård- och omsorgsboenden för äldre har under 2018 deltagit i HALT.

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet.

Verksamheterna arbetar systematiskt genom självskattning/observationer av hygien två gånger/år med syfte att öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

#### Dokumentation

Utifrån Socialstyrelsens (SoS) krav att hälso- och sjukvårdsinsatser som legitimerad personal utför i den kommunala verksamheten ska rapporteras till SoS fr.o.m. januari 2019 behöver kompetensutveckling av det nya nationella fackspråket ICF/KVÅ fortsätta i verksamheter.

Journalgranskning utifrån SKLs metod *"Markörbaserad journalgranskning i hem-sjukvård"* har inte kunnat påbörjas under 2018 då materialet inte färdigställts.

## Risakanalys

Enligt föreskriften HSLF-FS 2016:40 ska riskanalyser göras för att bedöma om det i verksamheten finns risk för händelser som påverkar efterlevandet av föreskriften.

Verksamheterna genomför patient/brukarrelaterade riskbedömningar med stöd av Senior Alert (fall, nutrition, trycksår, munhälsa samt blåsdysfunktion). Flera risker har identifierats i verksamheterna bl.a. oplanerade driftstopp, där verksamheterna behöver påminna personalen om rutinen som finns. Dessutom genomförs riskanalyser vid förändringar i verksamheten.

## Utredning av händelser - vårdskador

Under året har genomförts tre (3) utredningar i verksamheter på händelser som avser läkemedel/ läkemedelshantering, bemötande samt omvårdnad. Händelsen med förväxling av två patienters/brukares läkemedel resulterade till lex Maria-utredning och ett förtydligande av läkemedelsrutinen.



---

Händelsen med omvårdnad utreddes också enligt lex Maria-regeln samt enligt lex Sarah.

## Informationssäkerhet

För att säkerställa att endast behörig personal tar del av informationen i patientjournalen är vårdgivaren skyldig att genomföra kontroller av vilka som har varit inne och läst i journalen och vid vilken tidpunkt. Detta ska utföras genom att göra loggkontroller enligt MAS riktlinjer. Målet är att varje anställd blir granskad minst en gång om året.

Dessa loggkontroller utförs varje månad i verksamhetssystemet Safedoc utan anmärkning. Loggkontroller har inte kunnat utföras under delar av året i den utsträckning som krävs i verksamhetssystemet Treserva för att systemleverantören har inte kunnat leverera underlag som behövs.

Legitimerad personal i den kommunalt drivna verksamheter kan med patientens samtycke ta del av regionens (landstingets) journal om uppgiften behövs för en god och säker vård. Regionens journal nås genom Nationell översikt (NPÖ) med hjälp av SITHS-kort. SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering.

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

Legitimerad personal i verksamheten som drivs av Förenade Care har direkt åtkomst till regionens journalsystem Take Care via ansvarig läkarorganisation. Vissa verksamheter behöver utfärda/komplettera rutiner hur behörigheter tilldelas till personalen till olika system.

Journalgranskning sker i verksamheterna samt vid MAS granskningar. Syfte med dokumentationsgranskningen är att säkerställa dokumentationen, kvalitetsutveckling samt tillförsäkra patienten/brukaren en god och säker vård.

# RESULTAT OCH ANALYS

## Egenkontroll

### Självskattning basala hygien och klädregler

Verksamheterna har under året arbetat med frågor kring hygien t.ex. genom självskattning, observationer och checklistor.

Nedan resultat på hösten 2018 punktprevalensmätning (PPM) på basala hygien- och klädregler.

(n=antalet deltagare i mätningen)

Resultat	2018 Tyresö n=83 (Riket)	2017 Tyresö n=54 (Riket)
Total följsamhet till 8 steg gällande hygien- och klädregler	67,5 % (74,1 %)	33,3 % (51,2 %)
Följsamhet till samtliga basala hygienrutiner	71,1 % (77,9 %)	42,6 % (59,5 %)
Följsamhet till samtliga klädregler	92,8 % (93,4 %)	70,4 % (93,4 %)

Syftet med deltagande i PPM-mätningen är att öka följsamheten till de basala hygien- och klädregler, samt att minska de vårdrelaterade infektionerna. Målet är att få en 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Detta kräver att antalet personal i verksamheterna som deltar i mätningen ökar.

### Minskad nattfasta genom mätningar på vård och omsorgsboende för äldre

Mätningar görs kontinuerligt på området två gånger per år, mars och november. Under mätningarna syns att resultatet för området har förbättrats något, även om man kan notera stora skillnader i nattfastans längd. Verksamheterna behöver upprätta rutiner/handlingsplaner hur de kan följa tiden för nattfasta för de boende/brukare som avböjer erbjudandet om nattmål.

## Avvikelser

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

ÅR	2018	2017
Läkemedel	Björkbacken 158 Trollängen 61 Krusmyntan 65 HSV i LSS 158 Villa Basilika 237 -----	Björkbacken 255 Trollängen 28 Krusmyntan 43 HSV i LSS 192 ----- Ängsgården 40
Fall i verksamheten	Björkbacken 313 Trollängen 145 Krusmyntan 105 HSV i LSS 39 Villa Basilika 150 -----	Björkbacken 174 Trollängen 92 Krusmyntan 92 HSV i LSS 39 ----- Ängsgården 44
Allvarlig skada t.ex. fraktur/sjukhusvård	10	7
Trycksår uppkomna inom verksamheten	23 (alla kategorier 1-4)	18 (alla kategorier 1-4)
Medicintekniska produkter	36	18
lex Maria-utredningar/anmälan till IVO	3/0	2/0

### Läkemedelsavvikelser

Orsaken till läkemedelsavvikelser har oftast varit utebliven signering/ läkemedelsgivning. Införandet av digital signering av läkemedel i kommunens egen regi-verksamheter har visat sig minska antalet läkemedelsavvikelser.

### Fall och fallavvikelser

Förebyggande fallprevention ska ge omvårdnadspersonalen ökad medvetenhet om risker vid fall och genom detta arbete ta tillvara på erfarenheter av inrapporterade fallavvikelser och minska fall.

### Medicintekniska produkter – avvikelser

Användandet av medicintekniska produkter ska ske på ett säkert sätt. Rehabiliteringspersonal utbildar omvårdnadspersonal årligen i förflyttningsteknik och hantering av medicintekniska produkter.

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



---

Om avvikelserna 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 det saknas samverkansöverenskommelser eller de överenskomna riktlinjerna inte är kända eller inte följs antingen från sjukhusens/primärvårdens eller från kommunens sida. Den mest förekommande orsaken till avvikelserna har varit bristande kommunikation och informationsöverföring vid vårdens övergångar.

Förekomsten av avvikelser, händelser och fall registreras i verksamheterna i det avvikelssystemet som används i aktuell verksamhet och analyseras framförallt på enhetsnivå.

Övergripande statistik med analys av resultatet redovisas till nämnd årligen. Av de inrapporterade avvikelserna i verksamheternas patientsäkerhetsberättelser kan utläsas att för 2018 har antalet registrerade fallhändelser ökat från 441 under 2017, till 752 under 2018, m.a.o. en ökning med 311 fallhändelser. Det finns 679 inregistrerade läkemedelsavvikelser där vård- och omsorgsboende för äldre står för den övergripande delen.

Övriga avvikelser/händelser som registreras inom hälso- och sjukvården förutom de som visas i tidigare tabell är bristande omvårdnad, informationsöverföring samt hot och våld.

När en allvarlig avvikelse om vårdskada sker i verksamheten ska verksamhets-/enhetschefen lämna information direkt till MAS som bedömer om en vidare utredning och/eller anmälan enligt allvarlig vårdskada (lex Maria-regeln) ska ske till IVO (Inspektionen för Vård – och Omsorg). Utredning sker i verksamheten redovisas för patienten/brukare och närstående/anhöriga samt personalen. Om patienten/brukaren eller anhöriga/närstående inte är nöjda med utredningen kan de gå vidare till Patientnämnden eller om det är allvarlig vårdskada kan MAS bedöma att en lex Maria-anmälan ska göras. Information om anmälan till IVO och svar från IVO återkopplas till ansvarig nämnd, berörd personal, patient/brukare och ev. anhöriga/närstående.

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

Under 2018 har det genomförts 3 st. lex Maria-utredningar.

Det har inte anmälts någon allvarlig vårdskada till IVO under 2018.

## Klagomål och synpunkter

I första hand hanteras synpunkterna och klagomålen ute i verksamheterna, men kan om vidare utredning anses nödvändig övertas av t.ex. medicinskt ansvarig sjuksköterska eller kvalitetsutvecklare.

Inga registrerade klagomål/synpunkter på patientsäkerhet har inkommit från Patientnämnden. Ett ärende beträffande vård och behandling, har inkommit via IVO och har behandlats enligt rutiner på aktuell verksamhet. MAS har varit delaktig i utredningen.

## Risikanalys

Inför flytt till vård- och omsorgsboende genomförs riskanalyser, inför förändringar i organisationen, införande av ny teknik eller nya metoder, ska det genomföras en riskanalys med involverade verksamheter men även förvaltningsövergripande då en verksamhet inte alltid ser risker som en annan verksamhet identifierar. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något negativt har hänt.

Hälso- och sjukvården har den senaste tiden upplevt bristande resurser i förhållande till att rekrytera och behålla legitimerad personal till det ökande antalet patienter som har stora medicinska vård och omvårdnadsbehov.

Det finns även ett behov av att hälso- och sjukvården ser över att förtydliga vad primärvårdsnivå innebär då man upplever att dessa gränser tänjts på och därmed riskeras patientsäkerheten.

## Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre 2018 - 2017

Frågeställning	Tyresö		Riket	
	2018	2017	2018	2017
Mycket lätt/ganska lätt att träffa läkare på boendet vid behov	49 %	57 %	54 %	57 %
Mycket lätt/ganska lätt att träffa sjuksköterska på boendet vid behov	72 %	77 %	75 %	76 %
Mycket lätt/ganska lätt att träffa personal på boendet vid behov	77 %	85 %	83 %	84 %
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	46%	46 %	47 %	47 %

Både på kommunnivå som på riksnivå är det drygt en tredjedel som har svarat på frågorna själv eller med hjälp av någon annan.

Verksamheterna behöver arbeta med att informera patienterna vart de kan vända sig till om de har synpunkter och klagomål på verksamheten/ hälso- och sjukvården.

**I samma undersökning** 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>2018 Tyresö (Riket)</b>	<b>2017 Tyresö (Riket)</b>
10 eller fler läkemedel	32,7 % (30,3 %)	33,5 % (31,9 %)
Olämpliga läkemedel	5,4 % (8,7 %)	7,5 % (8,3 %)
Tre eller fler psyko-farmaka	18 % (16,9 %)	17,6 % (17,8 %)
Användning av antipsy-kotiska läkemedel*	16,6 % (14,3 %)	16,3 % (14,7 %)

\*Mot vissa beteendesymtom vid demens, t.ex. mot aggressivitet

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.

Under året har även skett en ökning av förskrivningen av antipsykotiska läkemedel till personer 75 år och äldre som inte heller är riskfritt.

Läkemedel är en av de vanligaste orsakerna till fallolyckor bland äldre.

### **Resultat på riskbedömningar enligt Senior alert**

Kvalitetsregistret Senioralert används framför allt som ett instrument för registrering, åtgärder och uppföljning av risker inom områdena fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion.

	<b>2018</b>	<b>2017</b>
Unika personer	274	252
Riskbedömningar	434	383
Riskbedömningar med risk	410 av 434 (94 %)	373 av 383 (97 %)
Åtgärdsplan vid risk	378 av 410 (92 %)	353 av 373 (95 %)
Utförda åtgärder vid risk	215 av 362 (59 %)	179 av 315 (57 %)
	Målvärde 75 - 100 %	Målvärde 75 - 100 %



Trots att riskbedömningar och åtgärdsplaner genomförs i verksamheterna ser man i tabellen att det finns brist på utförande och uppföljning av de beslutade åtgärderna.

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

<b>Munhälsobedömning - Särskilt boende SoL och LSS/Egen bostad SoL och LSS</b>	<b>2018</b>	<b>2017</b>
Antal erbjudna	498	471
Antal JA-tack för erbjudandet	437	429
Antal utförda munhälsobedömningar	218	206
Andel utförda av de som tackat JA	49,89%	48,02%
Munvårdsutbildning - vård- och omsorgspersonal totalt	7	14
Särskilt boende SoL	0	0
LSS	7	14

När det gäller munvårdsutbildning är statistiken inte fullständig pga. att alla verksamheters utbildningar inte finns med i den.

**Tabellen nedan** visar Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer (lilla) resultat hur palliativ vård i livets slut 2017 - 2018 i vård- och omsorgsboenden i Tyresö utvecklas (Palliativa registret)

<b>Kvalitetsindikatorer</b>	<b>Socialstyrelsens målvärde</b>	<b>Resultat 2018</b>	<b>Resultat 2017</b>
Dokumenterat efterlevandesamtal erbjudet	98,0	90,7	94,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	70,8	82,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	25,0	30,0
Ord. injektion stark opioid smärtgenombrott	98,0	91,7	92,0
Ord. injektion ångestdämpande vid behov	98,0	91,7	90,0
Dokumenterad munhälsobedömning	90,0	72,9	86,0
Utan trycksår (grad 2-4)	90	91,7	90,0

---

Inom kvalitetsindikatorn smärtskattning är kommunens resultat långt ifrån målvärdet. Om det är brist på kunskap om smärtskattning eller felaktig dokumentation behöver utredas i verksamheterna. Likaså behövs en genomgång kring varför resultaten sjunker från tidigare år.

Resultaten på deltagande i olika undersökningar/mätningar visar att inom de flesta frågeställningar gällande hälso- och sjukvård ligger kommunens verksamheter under riksgenomsnittet.

När avvikelser har blivit fler under 2018 jämfört med tidigare år väcker det frågeställningar. Är personalen mer medvetna om att registrering och uppföljning av avvikelser leder till förbättringar i vård och omsorg eller är personer som får insatser från den kommunala hälso- och sjukvården mer sjuka, har de fler ordinerade läkemedel eller är verksamheterna rätt bemannade med rätta kompetenser. Detta behöver analyseras och verksamheterna behöver arbeta med kontinuerlig verksamhets- och kvalitetsutveckling för att se vad resultaten i undersökningarna beror på.

---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

I varje vårdgivares patientsäkerhetsberättelse finns beskrivningar för mål och strategier för respektive verksamhet. Nedan presenteras övergripande mål som gäller för alla verksamheter.

### **Mål**

Förbättra arbetet med samverkan både internt och externt mot andra vårdgivare.

### **Strategi**

Göra samverkansöverenskommelser som finns inom verksamheterna kända för personal. Bland annat finns ett behov av förbättrad samverkan mellan HSV-teamet inom LSS och primärvården samt samverkan mellan socialpsykiatri gentemot psykiatri/mottagningar.

### **Mål**

Informationssäkerhet

### **Strategi**

Arbetet med informationssäkerhet ska utvecklas t.ex. med tätare och dokumenterade loggkontroller samt återkommande journalgranskningar i alla verksamheter.

### **Mål**

God och säker vård

### **Strategi**

- \* Det strukturerade arbetet med riskbedömningar ska öka, speciellt med uppföljningar av planerade åtgärder i Senior alert.
- \* Öka deltagandet i PPM-mätningen Basala hygien- och klädregler.
- \* Utifrån de resultat som redovisats i Palliativa registret finns det ett behov av kompetensutveckling kring smärtskattning i den palliativa vården.