

# Sammanställd patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

Tyresö kommun

2021-04-30

Shyi Klint  
Medicinskt ansvarig  
sjuksköterska

tyresö kommun





## Innehållsförteckning

<b>Sammanställd patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Inledning</b> .....	<b>6</b>
<b>3 STRUKTUR</b> .....	<b>6</b>
3.1 Övergripande mål och strategier .....	6
3.2 Organisation och ansvar.....	7
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
3.4 Patienters/brukares och anhörigas/närståendes delaktighet .....	9
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
3.6 Klagomål och synpunkter .....	9
3.7 Egenkontroll.....	10
<b>4 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Riskanalys.....	11
4.2 Utredning av händelser - vårdskador.....	11
4.3 Informationssäkerhet .....	11
4.3.1 Dokumentation .....	12
<b>5 RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	<b>12</b>
5.1 Kommunens arbete under Covid- 19 pandemin .....	12
5.2 Verksamheternas arbete under pandemin.....	13
5.3 Säkra besök.....	15
5.4 Läkemedelshantering.....	15
5.5 Egenkontroll.....	16
5.5.1 Självsfattning basala hygien och klädregler .....	16
5.5.2 Minskad nattfasta genom mätningar på vård och omsorgsboende för äldre 17	
5.6 Avvikelser .....	17
5.6.1 Läkemedelsavvikelser.....	18
5.6.2 Fall och fallavvikelser.....	18
Medicintekniska produkter – avvikelser (MTP) .....	19

5.6.3	Vårdkedjeavvikelser .....	19
5.7	Klagomål och synpunkter .....	19
5.8	Händelser och vårdskador.....	20
5.9	Risکانالys.....	20
5.9.1	Resultat av riskbedömningar i Senior alert .....	20
5.9.2	Munhälsa.....	21
5.9.3	Palliativ vård.....	22
<b>6</b>	<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Bilaga 1.....</b>	<b>24</b>

## 1 Sammanfattning

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

- År 2020 har präglats av Covid-19 pandemin där målsättningen har varit att förhindra smittspridning genom olika insatser och åtgärder.
- Kommunen har samverkat tätt inom den egna organisationen och med verksamheterna i förvaltningarnas ansvarsområden, samt med andra organisationer som läkarorganisationerna och Region Stockholm.
- Intensivt arbete har pågått i kommunen för att säkerställa följsamhet till hygienrutiner, hantering av skyddsmaterial samt kompetens genom handledning och utbildning, samt att säkerställa personalresurser.
- Riskbedömningar och rutiner i samband med Covid-19 har upprättats kontinuerligt och uppdaterats fortlöpande efter rådande och förändrade riktlinjer samt rekommendationer. Verksamheterna har snabbt fått ställa om i takt med att ny kunskap och information blivit tillgänglig.
- Vissa egenkontroller och planerade aktiviteter har inte varit möjliga att genomföra relaterat till stort tryck på vård- och omsorgen då smittförebyggande arbete fått prioriteras.
- Utbildningsåtgärder har genomförts inom palliativ vård via Palliativa Kunskapscentrumet (PKC) genom omställning till digitalt forum.
- Sammanställning visar att totalt 443 läkemedelsavvikelse har registrerats under år 2020 jämfört med 396 året innan. För fallavvikelse är siffran 646 år 2020 jämfört med 613 fall under 2019. I samband med fall har 12 frakturer rapporterats under 2020 jämfört med 15 frakturer under 2019. 31 avvikelse berörande medicintekniska produkter har rapporterats av verksamheterna.
- En utredning enligt lex Maria har gjorts som inte ledde vidare till en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Villa Fornudden öppnade sin verksamhet i oktober 2020.

## 2 Inledning

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

## 3 STRUKTUR

### 3.1 Övergripande mål och strategier

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

#### Övergripande mål för hälso- och sjukvården är att:

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

### 3.2 Organisation och ansvar

Under år 2020 hade Arbetsmarknads- och socialförvaltningen samt Äldre- och omsorgsförvaltningen med nämnder ledningsansvaret för hälso- och sjukvården i Tyresö. De är utsedda att vara ansvariga för patientsäkerhetsarbetet i kommunens verksamheter, för att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. För att säkra verksamheternas kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska nämnderna beskriva och fastställa de övergripande processer som behövs för kraven ska kunna uppnås.

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

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

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

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

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.

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

Samtliga medarbetare har ett ansvar att medverka och bidra till systematiskt kvalitetsarbete som en integrerad del i den dagliga verksamheten. Alla medarbetare har ett ansvar att följa rådande riktlinjer och rutiner samt att rapportera risker och avvikelser som identifierats och uppstår i verksamheten.

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

### **3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

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

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

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



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

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

Kommunen har en demenssjuksköterska som arbetat fram till december som har utgjort en resurs för att kunna stärka närståendes delaktighet genom ökad kunskap och stöd. Verksamheterna har tidigare haft olika mötesforum för närstående och patienter/brukare som inte varit möjliga att genomföra år 2020 på grund pandemin.

### **3.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **3.6 Klagomål och synpunkter**

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

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

### 3.7 Egenkontroll

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

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

Tabellen ovan visar egenkontroller som planeras årligen.

## **4 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

### **4.1 Riskanalys**

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

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

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

### **4.2 Utredning av händelser - vårdskador**

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

### **4.3 Informationssäkerhet**

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

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

### 4.3.1 Dokumentation

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

## 5 RESULTAT OCH ANALYS

### 5.1 Kommunens arbete under Covid- 19 pandemin

När Covid-19 pandemin bröt ut påbörjades ett arbete intensivt inom samtliga av kommunens verksamheter. Tyresö kommun samverkade regelbundet med samtliga vård- och omsorgsverksamheter, Region Stockholm, Smittskydd, Vårdhygien, Länsstyrelsen och andra organisationer för att försöka förhindra och bromsa smittspridning. Representanter från kommunen deltog i olika samverkansforum för att sedan förmedla information vidare till berörda parter.

Stort arbete med riskbedömningar påbörjades för att identifiera vilka risker på alla nivåer. Handlingsplaner och åtgärdsplaner upprättades. En Coronasida för utförare upprättades för att underlätta för verksamheterna att ta del av aktuell information och gällande riktlinjer. Tyresös verksamheter har följt Regionens riktlinjer, Folkhälsomyndighetens rekommendationer samt bevakat information relaterat till Covid-19 pandemin. Skyddsutrustning används i samtliga vårdverksamheter utifrån gällande rekommendationer och i enlighet med source control. En operativ MAS utsågs för att avlasta kommunens MAS under pandemin.

Säkerställandet av skyddsutrustning var en stor utmaning eftersom det under våren fanns en global brist på skyddsutrustning. Kommunen upprättade under våren ett Coronalager med skyddsutrustning som även privata vårdverksamheter kunde ta del av vid behov. Verksamheterna har under hela tiden haft tillgång till skyddsutrustning, även om marginalerna vid vissa tillfällen varit mindre på grund av svårigheter att köpa in skyddsutrustning då det inte fanns att tillgå hos leverantörerna. Kommunen har också fått hjälp av frivilliga medborgare med skyddsutrustning.

Den 11 mars beslutades det i Tyresö kommun att införa besöksförbud på kommunens vård- och omsorgsboenden och 30 mars infördes nationellt besöksförbud i Sverige. Verksamheterna kontaktade närstående och förmedlade informationen och satte också upp skyltar i sina verksamheter för att informera om besöksförbudet samt att uppmaningar till att hålla avstånd i verksamheten. Verksamhetschef kunde bevilja undantag från besöksförbudet i

samband med ytterst särskilda omständigheter som när en patient/brukare vårdas i livets slutskede.

Tandvårdenheterna och fotvårdarna fick endast besöka vård- och omsorgsboendena om behovet bedöms vara så stort att det inte kan vänta.

Växelvården pausades för alla patienter/brukare som behovet kunde anstå hos efter kontakt med närstående. För de som hade stort behov av växelvård beviljades längre beslut om vård på korttidsboende efter genomförd individuell riskanalys.

Dagverksamheterna för äldre samt dagliga verksamheterna inom LSS begränsade sina verksamheter till de brukare som bedömdes ha ett stort behov av verksamhetens insatser där en påtaglig risk för ohälsa identifierades i den individuella riskbedömningen och efter kontakt med berörda närstående.

Hemtjänsten upprättade ett Coronateam som utförde insatser hos de som hade konstaterad Covid-19. De privata hemtjänstutförarna hade möjlighet att ta hjälp av den kommunala hemtjänstens Coronateam om de hade behov av det.

Vid årsskiftet förberedda sig vård- och omsorgsboendena för att påbörja vaccination av Covid-19 i samarbete med läkarorganisationerna.

## **5.2 Verksamheternas arbete under pandemin**

Under pandemin fanns många utmaningar. En stor oro spred sig i samhället, men också i verksamheterna. Verksamhetschefer försökte bemöta oro från personal och närstående. Vidare hade verksamheterna under våren också utmaningar i att säkerställa personalresurser eftersom personal skulle hålla sig hemma vid minsta symptom på sjukdom. Ny personal rekryterades efter behov. Kommunen kartlade medarbetares kompetens för att fördela om arbetsuppgifter. Kommunens demenssjuksköterska stöttade upp sjuksköterskegruppen, men annars har inte några andra verksamheter behövt stöd utifrån.

Vårdverksamheternas främsta fokus har legat på att försöka förhindra smittspridning, vilket har inneburit att en del planerade aktiviteter som inte påverkar patientsäkerheten i direkt skede har fått stå tillbaka för att koncentrera arbetet på att förhindra smittspridning, samt att säkerställa personalresurser.

Samtliga vård- och omsorgsverksamheter fick snabbt ställa om och genomföra riskbedömningar både på individuell samt verksamhetsnivå. Lokala rutiner och handlingsplaner har upprättats och reviderats i samband med att ny information, nya rekommendationer och riktlinjer publicerats i samband med smittförebyggande arbete och säkerställandet av patientsäkerheten. Utmaningar låg i att informationen från Region Stockholm och olika myndigheter kom i ett starkt flöde. Riktlinjer och information kunde ändra sig fort, ibland från dag till

dag. Det medförde tuffa utmaningar för verksamhetschefer att ständigt ändra handlingsplaner, riskbedömningar, rutiner och förankra ny information hos samtlig personal. Andra rapporterade svårigheter från verksamheterna var att det uppstod frågeställningar i som ingen kunde ge svar på, särskilt under våren. En del vårdverksamheter har ett stort antal medarbetare. Vård- och omsorgsboendena hade täta möten/avstämningar med personal för att lugna och förmedla aktuell information.

Vård- och omsorgsboendena försökte avgränsa smitta genom att bibehålla personalkontinuiteten på varje enhet i verksamheten, vilket innebär att personal inte ska röra sig på flera avdelningar utan arbeta på en avdelning. Enheterna avgränsades för att minska risken för smitta mellan boenden. Större gruppaktiviteter ställdes in och större fokus riktades mot aktiviteter utomhus eller anordnades på enheten i mindre grupper med avstånd. Arbete har också pågått med att försöka informera boende att hålla avstånd och hjälpa till med handhygien. Personal får direktiv om att inte komma till arbetsplatsen vid exponering eller minsta symtom som kan tyda på Covid-19.

Städrutiner upprättades och städning genomfördes oftare. Desinficering av ytor skedde flera gånger per dag som ett led i smittförebyggande arbetet. Det har anordnats platser för att förvara skyddsutrustning som visir ur hygienperspektiv.

Kohortvård bedrevs när en patient/brukare var potentiellt eller bekräftat exponerad för Covid-19, hade symtom eller konstaterad smitta i väntan på provresultat eller friskförklaring. Detta innebär att endast utsedd personal utför vård- och omsorgsinsatserna för den patienten/brukaren. Extrapersonal kallades in för att möjliggöra arbetet med kohortvård.

Vårdverksamheterna har bedrivit smittspårning tillsammans med ansvarig läkare när personal/patient/brukare eller närstående har bekräftats med Covid-19. Under hösten kom möjligheten att koppla in Smittskydd och Vårdhygien direkt om smitta kommit in på ett vård- och omsorgsboende.

Samtliga vård- och omsorgsboenden har haft konstaterad smitta. Inspektionen för vård och omsorg har gjort en tillsyn på Björkbackens vård- och omsorgsboende och två på Trollängens vård- och omsorgsboende, men har inte krävt ytterligare åtgärder.

Fyra vård- och omsorgsboenden deltog i en studie användandet av antigenester (snabbtester), vilket innebar att personal regelbundet testades för Covid-19 under den tiden studien pågick.

### 5.3 Säkra besök

Under våren och sommaren fick närstående besöka patienten/brukaren utomhus. Vårdverksamheterna i kommunen anpassade sin verksamhet och miljöer för att möjliggöra att hålla avstånd. ”

Plexiglasskivor har införskaffats på vård- och omsorgsboendena i syfte att kunna anordna besök på ett säkert sätt. Närstående möttes upp av personal och har erbjudits skyddsutrustning och information om följsamhet till basala hygienrutiner. Närstående har också instruerats i användandet av skyddsutrustning. Vård- och omsorgsboendena arbetade med tidsbokade besök för att minimera risken för att för många besöker samtidigt och därmed ökad trängsel. Inför hävandet av besöksförbudet 1 oktober kallade MAS samtliga verksamhetschefer för att tillsammans upprätta en grund för riskbedömning samt och för att upprätta en övergripande besöksrekommendation som skulle gälla samtliga vård- och omsorgsboenden för enhetligt arbete, men att varje verksamhet fick göra Anpassningar till besöksrekommendationerna utifrån varje enskild patient/brukares behov av besök. Syftet var också att ge verksamheterna möjlighet att utbyta erfarenheter med varandra.

### 5.4 Läkemedelshantering

Läkemedelsgenomgångar. Arbete med läkemedelsgenomgångar behöver kontinuerligt utvecklas. Externa kvalitetsgranskningar, genomförda av Apoteket, gällande läkemedelshantering har genomförts i alla vård- och omsorgsboenden för äldre samt för LSS och Socialpsykiatri. Granskningarna påvisade inga allvarliga brister i läkemedelshantering på någon av verksamheterna.

Samtidig behandling med 10 eller fler läkemedel samt behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov bland äldre personer bör ses som en signal på att det finns risker med behandlingen. En mindre ökning av användandet olämpliga läkemedel kan utläsas i statistiken. Läkemedel är en av de vanligaste orsakerna till sjukhusvård och fallolyckor bland äldre.

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

Antalet läkemedel	2019	2020
	Tyresö (Riket)	Tyresö (Riket)
10 eller fler läkemedel	34,9 % (30,2 %)	Finns ej tillgänglig statistik för år 2020
Olämpliga läkemedel	6,6 % (7,9 %)	6,7 % (7,6 %)

Tre eller fler psyko-farmaka	15,1 % (16,8 %)	16,3 % (18,2 %)
Användning av antipsykotiska läkemedel*	10,8 % (14,5 %)	11,5 % (15,6 %)

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

## 5.5 Egenkontroll

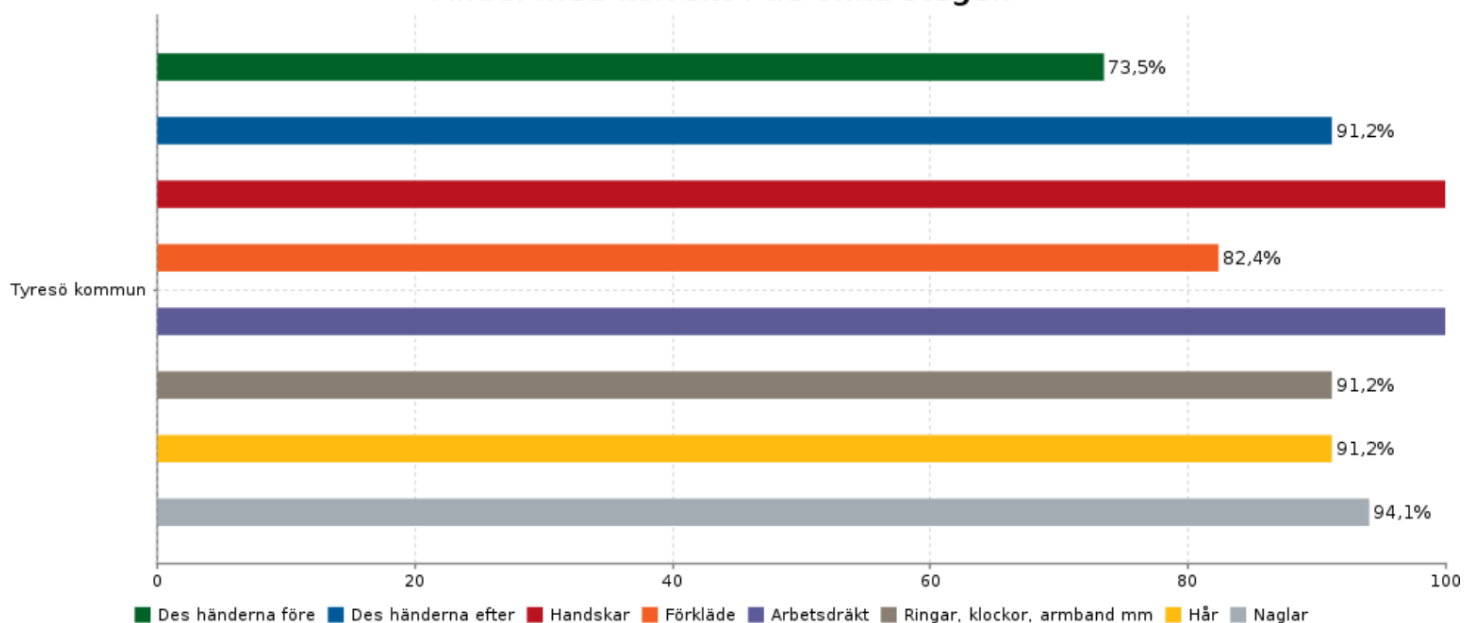
### 5.5.1 Självsfattning basala hygien och klädregler

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.

Antalet deltagande personal i PPM-mätningarna behöver öka. Verksamheterna har arbetat intensivt med basal hygien under år 2020. Vård- och omsorgsboendena genomfört extra hygienfattningar i verksamheten för att kartlägga följsamheten till basala hygienrutiner. Att resultatet för handdesinficering är sämre skulle möjligen kunna bero på att personal spritar händerna efter ett besök på väg till ett annat besök. Arbetet med att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner behöver fortsätta.

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

Andel med korrekt i de olika stegen





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

Nattfastemätningar ska genomföras två gånger per år enligt MAS riktlinjer. Under år 2020 har endast en mätning gjorts på hösten relaterat till Covid-19. Mätningen visar att fortsatt arbete behövs för att minska nattfastan för att den inte ska överstiga 11 timmar. Verksamheten behöver upprätta tydliga rutiner för hur arbete ska fortlöpa för att minska nattfastan.

### 5.6 Avvikelser

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

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

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

Tabellen nedan visar sammanställning av registrerade avvikelser under 2019.

AVVIKELSEKATEGORIER	2019	2020
<b>Läkemedel</b>	LSS: 81	LSS 85
	Soc.psykiatri: 13	Soc.psykiatri: 0
	Björkbacken: 43	Björkbacken: 84
	Trollängen: 47	Trollängen: 24
	Krusmyntan: 38	Krusmyntan: 64
	Villa Basilika: 174	Villa Basilika: 92
		Villa Fornudden: 32 (Villa Fornudden hade uppstart i oktober år 2020)

<b>Fall i verksamheten</b>	LSS: 50	LSS: 44
	Soc.psykiatri: 2	Soc.psykiatri: 0
	Björkbacken: 152	Björkbacken: 186
	Trollängen: 107	Trollängen: 86
	Krusmyntan: 142	Krusmyntan: 133
	Villa Basilika: 160	Villa Basilika: 175
		Villa Fornudden: 22 (Villa Fornudden hade uppstart i oktober år 2020)
<b>Allvarlig skada t.ex. fraktur/sjukhusvård</b>	15	12
<b>Trycksår uppkomna inom egna verksamheten</b>	27 (alla kategorier 1-4)*	15 (alla kategorier 1-4)*
<b>Medicintekniska produkter</b>	48	31
<b>lex Maria-utredningar/anmälan till IVO</b>	2/1	1/0

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

### 5.6.1 Läkemedelsavvikelser

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

### 5.6.2 Fall och fallavvikelser

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

### Medicintekniska produkter – avvikelser (MTP)

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

Avvikelserna kopplade till medicintekniska produkter handlar oftast om att larmsystemet inte har fungerat på korrekt sätt, t.ex. handhavande fel i samband med trycksårsförebyggande och behandlande madrasser (antidecubitusmadrass) eller felaktigheter i lyftselar och lift.

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

#### 5.6.3 Vårdkedjeavvikelser

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

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

### 5.7 Klagomål och synpunkter

Inga registrerade klagomål/synpunkter på patientsäkerhet har inkommit från Patientnämnden eller IVO under 2020. MAS har varit delaktig i utredning av ett klagomål på Villa Fornudden. Anmälare har fått återkoppling från verksamheten och MAS om vidtagna åtgärder. Villa Fornudden har följt upp klagomålet. Verksamheterna behöver arbeta med att informera patienterna/brukarna vart de kan vända sig om de har synpunkter och klagomål på verksamheten/hälso- och sjukvården.

Tabellen nedan visar resultat från Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre 2019 – 2020.

Frågeställning	Tyresö		Riket	
	2019	2020	2019	2020
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	64 %	64 %	69 %	70 %

## 5.8 Händelser och vårdskador

Under 2020 har det genomförts 1 lex Maria-utredning som inte lett vidare till en IVO-anmälan.

## 5.9 Riskanalys

Hälso- och sjukvården har den senaste tiden upplevt att fler patienter/brukare som flyttar in har ett större behov av hälso- och sjukvård och omvårdnadsinsatser vilket ställer verksamheter inför större utmaningar att tillgodose behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser. Det är idag svårare att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal och patientsäkerheten kan riskeras om personalresurser inte är tillräckliga.

Tabellen nedan visar resultat från Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre 2019 – 2020.

Frågeställning	Tyresö		Riket	
	2019	2020	2019	2020
Mycket lätt/ganska lätt att träffa läkare på boendet vid behov	51 %	48 %	54 %	53 %
Mycket lätt/ganska lätt att träffa sjuksköterska på boendet vid behov	73 %	73 %	75 %	75 %

### 5.9.1 Resultat av riskbedömningar i Senior alert

Kvalitetsregistret Senior Alert används framför allt som ett instrument för registrering, åtgärder och uppföljning av risker inom områdena fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Trots att riskbedömningar och åtgärdsplaner genomförs i verksamheterna finns brist på utförande och uppföljning av de beslutade åtgärderna. Viss förklaring i att resultat för uppföljningar försämrats kan bestå i att arbetet med kvalitetsregister påverkades av pandemin, då fokus skiftades i perioder för att förhindra smittspridning. Verksamheterna behöver utveckla en rutin för hur planerade uppföljningar av de beslutade åtgärderna bevakas.

Tabellen nedan visar statistik från Senior Alert.

	2019	2020
Unika personer	284	279
Riskbedömningar	467	420

<b>Riskbedömningar med risk</b>	443 av 467 (95 %)	420 av 436 (96 %)
<b>Åtgärdsplan vid risk</b>	418 av 443 (94 %)	399 av 420 (95 %)
<b>Utförda åtgärder vid risk</b>	313 av 443 (72 %)	257 av 376 (68 %)
	<b>Målvärde 75 - 100 %</b>	<b>Målvärde 75 - 100 %</b>

### 5.9.2 Munhälsa

Under år 2020 har munhälsobedömningar och inte utförts i samma utsträckning då tandvårdsenheterna endast fick utföra akut tandvård på vård- och omsorgsboendena. Munvårdsutbildningar kunde inte genomföras relaterat till pandemin.

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

<b>Munhälsobedömning - Särskilt boende</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>/LSS/Egen bostad SoL* och LSS</b>		
Antal erbjudna	557	537
Antal JA-tack för erbjudandet	443	458
Antal utförda munhälsobedömningar	192	75
Andel utförda av de som tackat JA	43,34 %	16,38 %
<b>Munvårdsutbildning – Särskilt boende</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>/LSS/Egen bostad SoL* och LSS</b>		
Vård- och omsorgspersonal totalt	24	0
Särskilt boende SoL	17	0
LSS	7	0

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

### 5.9.3 Palliativ vård

Inom kvalitetsindikatorn smärtskattning sista levnadsveckan är resultat långt ifrån målvärdet men har förbättrats. Arbete med dokumenterad munhälsobedömning är ett område som vidare behöver förbättras då resultatet försämrats i förhållande till föregående år. Dokumenterat brytpunktssamtal har gått ned, vilket kan ha en förklaring i att läkare inte alltid befann sig på plats i verksamheten. Verksamheterna ska registrera i Palliativa registret.

Under år 2020 har Tyresö utbildat 54 palliativa ombud för att förbättra arbetet med palliativ vård. Verksamheter som inte når Socialstyrelsens målvärde ska fortlöpande arbeta för att förbättra sina resultat.

Tabellen nedan från Palliativa registret visar Socialstyrelsens resultat av kvalitets-indikatorer under år 2019-2020

Kvalitetsindikatorer	Socialstyrelsens målvärde	2019	2020
Dokumenterat brytpunktssamtal	98,0 %	90,6 %	81,8 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0 %	68,4 %	72,7 %
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0 %	36,8 %	49,4 %
Ordination av stark opioid injektion vid smärtgenombrott	98,0 %	94,7 %	96,1%
Ordination av ångestdämpande injektion vid behov	98,0 %	96,5 %	97,4%
Dokumenterad munhälso-bedömning	90,0 %	70,2 %	63,6 %
Utan trycksår (grad 2-4)	90 %	86,0 %	87,0 %

Statistiken utgår från 77 dödsfall inom alla vård- och omsorgsboenden i kommunen.

## 6 Mål och strategier för kommande år

I varje vårdgivares patientsäkerhetsberättelse finns beskrivningar för mål och strategier för respektive verksamhet för kommande år som lyfts fram. Nedan presenteras övergripande mål som är gemensamt för alla verksamheter.

### Mål

Förbättra både internt och extern samverkan.

### Strategi

- Dokumenterade samverkansöverenskommelser med andra vårdgivare som finns i verksamheterna görs kända för personal.

### Mål

Informationssäkerhet

### Strategi

- Arbetet med informationssäkerhet behöver utvecklas vidare t.ex. återkommande journalgranskningar och loggkontroller.

### Mål

Avvikelsehantering

### Strategi

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

### Mål

God och säker vård

### Strategi

- Basala hygien- och klädregler – öka deltagarantalet i punktprevalensmätning i följsamhet till basala hygienrutiner.
- Senior alert – Fortsätta utveckla arbetet med strukturerade riskbedömningar, åtgärder och uppföljning i kvalitetsregistret Senior Alert.
- Palliativa registret – kompetensutveckling kring smärtskattning under sista levnadsveckan samt utbildning av palliativa ombud. Utbildandet av fler palliativa ombud.
- Öka kompetens hos personal i samband med munhälsa.

## 7 Bilaga 1.

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

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