

# Sammanställd patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare år 2022

Tyresö kommun

2023-04-20

2023/ÄON 0065  
2023/ASN 0073

Shyi Klint  
Medicinskt ansvarig  
sjuusköterska

tyresö kommun



## Innehållsförteckning

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

5.7	Händelser och vårdskador .....	19
5.8	Risicanalys .....	19
5.8.1	Resultat av riskbedömningar i Senior alert .....	21
5.8.2	Munhälsa .....	22
5.8.3	Palliativ vård .....	23
<b>6</b>	<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>Bilaga 1. ....</b>	<b>25</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), samt socialpsykiatri där kommunen är huvudman för hälso- och sjukvård, vars mål är att arbeta för att säkerställa och utveckla patientsäkerheten i hälso- och sjukvårdsinsatserna som utförs. Alla patienter/brukare har rätt enligt lag till säker samt ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

- Första kvartalet under år 2022 pågick Covid-19-pandemin där målsättningen har varit att förhindra smittspridning genom olika insatser och åtgärder. Det rådde ett ansträngt bemanningsläge.
- Kommunen har fortsatt med att samverka tätt inom den egna organisationen och med verksamheterna i förvaltningarnas ansvarsområden, samt med andra organisationer som läkarorganisationerna och Region Stockholm.
- Kommunen har också under år 2022 fortsatt arbeta med att säkerställa följsamhet till hygienrutiner, hantering av skyddsmaterial samt kompetens genom handledning och utbildning, samt säkerställa personalresurser.
- Riskbedömningar och rutiner i samband med Covid-19 har upprättats kontinuerligt och uppdaterats fortlöpande efter rådande och förändrade riktlinjer samt rekommendationer. Verksamheterna har snabbt fått ställa om i takt med att ny kunskap och information blivit tillgänglig.
- MAS har hållit i kompletterande delegeringsutbildning för samtliga verksamheter inom LSS i kommunal regi och Hästskon. Utbildning inkluderar avvikelshantering.
- Majoriteten av personal på Hästskon har genomgått läkemedelsutbildning via Apoteket AB.
- Flera särskilda boenden för äldre har nya chefer, antingen för hälso- och sjukvården eller verksamhetschef.
- Sammanställning visar att totalt 628 läkemedelsavvikelser har registrerats. Under 2022 registrerades 726 fallavvikelser av de fallen ledde till 7 rapporterade frakturer. 8 avvikelser berörande medicintekniska produkter har rapporterats av verksamheterna. 13 trycksår har uppkommit i verksamheterna.
- Fyra lex Mariautredningar inom kommunala hemsjukvårdens ansvarsområde har lett till anmälningar till IVO.
- Inga klagomål har inkommit till Patientnämnden eller IVO.

## 2 Inledning

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

## 3 STRUKTUR

### 3.1 Övergripande mål och strategier

Enligt kapitel 3 i Patientsäkerhetslagen (PSL) är vårdgivaren skyldig att bedriva systematiskt patient- och säkerhetsarbete samt upprätta en patientsäkerhetsberättelse för sin verksamhet som ska tillgängliggöras för alla. Tyresö kommuns medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) sammanställer patientsäkerhetsberättelserna från samtliga verksamheter i kommunen som bedriver hälso- och sjukvård till Äldre- och omsorgsnämnden (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

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

Hos privata vårdgivare är det den övergripande ledningen i den egna organisationen som har ansvaret för styrning, ledning och kvaliteten av patientsäkerheten sker i enlighet med gällande regelverk.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tyresö kommun har representanter som deltar och ingår i olika nätverk, samrådsgrupper, forskning och utvecklingscenter för äldre, läkarorganisationer m.m. Samverkan sker med regionen samt samarbete med sjukvårdsnämndens förvaltning i regionen, vilka också är beställare och har avtal gällande läkarinsatserna som utförs i kommunens vård- och omsorgsboenden 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 patienterna är listade, ansvarar för läkarinsatserna inom LSS-verksamheterna och socialpsykiatri. Samverkansöverenskommelser finns mellan husläkarmottagningar och LSS-verksamheter och Habilitering Linde. Kommunens hälso- och sjukvårdsteam består av sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut.

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

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

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

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

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

### **3.6 Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål som kommer via Patientnämnden och/eller via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tas emot och utreds av verksamhets- och enhetschefer eller med annan ansvarig funktion tillsammans med MAS om det berör hälso- och sjukvård eller omsorg.



### 3.7 Egenkontroll

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

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

Tabellen ovan visar egenkontroller som planeras årligen.

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

### **4.1 Riskanalys**

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

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

Kvalitetsregister utgör ett verktyg för att följa upp risker, identifiera åtgärder samt att följa upp vad som är genomfört och om det har fått effekt.

Verksamheterna kan själva ta ut statistik för detta för att sedan använda informationen som en del av förbättringsarbetet. Senior Alert, Palliativregistret och BPSD är kvalitetsregister som används i Tyresö kommun.

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

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

### **4.3 Informationssäkerhet**

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

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

#### **4.3.1 Dokumentation**

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

## **5 RESULTAT OCH ANALYS**

### **5.1 Kommunens arbete under Covid-19 pandemin**

Under år 2022 har Tyresö kommun fortsatt samverka med privata utförare, läkarorganisationer, Region Stockholm, Smittskydd, Vårdhygien och andra organisationer för att förhindra smittspridning av Covid-19. Tyresö kommun har representanter i flera olika samverkansforum som vidare delger information vidare till berörda parter.

Från och med 1 april år 2022 klassas Covid-19 inte längre som en samhällsfarlig sjukdom. Dock har inte Smittskydds rekommendationer gällande smittspårning och source control för äldreomsorgen förändrats, men Smittskydds rekommendationer för Covid-19 justerades för LSS och socialpsykiatri. Source control är en förstärkt patientsäkerhetsåtgärd där personal bär avsedd utrustning för att skydda patienter och andra människor från potentiell smittspridning av symptomfri person.

Under första kvartalet år 2022 rapporterade verksamheter inom alla vård- och omsorgens områden ett ansträngt läge kopplat till personalbrist då personal behövde stanna hemma om någon i familjen uppvisade symtom på Covid-19. MAS samlade in lägesrapporter kopplade till bemanning och Äldreomsorgsförvaltningen hade tillsammans med HR veckovisa avstämningar om bemanningen i vårdverksamheterna. Kommunen har tidigare kartlagt vård- och omsorgskompetens inom andra verksamheter som en del av beredskap vid kraftigt personalbortfall och detta aktualiserades under första kvartalet år 2022.

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

Tillgången på skyddsutrustning har under året varit tillräcklig. Ingen verksamhet har rapporterat att personal varit utan skyddsutrustning. Tyresö kommuns beredskapslager har inte behövt nyttjas.

## **5.2 Verksamheternas arbete under pandemin**

Verksamheterna har fortsatt arbetet med att upprätta riskbedömningar och handlingsplaner vartefter nya direktiv och riktlinjer kommer från olika myndigheter. Under år 2022 har verksamheterna fortsatt arbeta med smittspårning tillsammans med Smittskydd och Vårdhygien för att förebygga och begränsa smittspridning. Arbetet med att försöka bibehålla personalkontinuitet och säkra bemanning på olika enheter har fortlöpt i ett led att minska kontakter mellan olika personal eller brukare och personal.

Arbetet med säkra besök har fortsatt under år 2022 utifrån rekommendationer från Smittskydd. Verksamheterna har satt upp informationsblad till anhöriga och delgett anhöriga information på olika sätt. Anhöriga har erbjudits skyddsutrustning och information om basal hygien inför besöken.Handledning inom basal hygien har erbjudits när det funnits behov.

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

Patienter inom kommunens ansvarsområde har erbjudits vaccin mot Covid-19 enligt Smittskydds rekommendationer.

Verksamheterna har under år 2022 haft insjuknade i Covid-19, men ingen verksamhet har haft en utbredd smittspridning.

### 5.3 Läkemedelshantering

Arbete med läkemedelsgenomgångar behöver kontinuerligt utvecklas. Verksamheterna har en bra dialog med läkare och samtliga särskilda boenden har haft samma läkare under en lång tid. Externa kvalitetsgranskningar gällande läkemedelshantering har genomförts av Apoteket i alla vård- och omsorgsboenden för äldre samt för LSS och Socialpsykiatri. Granskningarna påvisade inga allvarliga brister i läkemedelshantering inom äldreomsorgen eller LSS. Däremot har läkemedelshantering inom socialpsykiatri varit bristfällig, vilket vidare beskrivs i avsnittet Händelser och vårdskador.

Samtidig behandling med tio 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. Läkemedel är en av de vanligaste orsakerna till sjukhusvård och fallolyckor bland äldre.

Enligt statistik har ett ökat antal patienter fått tio eller fler läkemedel ordinerade, fler står på olämpliga läkemedel, har fått tre eller fler psykofarmaka eller fått antipsykotiska läkemedel ordinerat. På samtliga särskilda boenden är det samma läkare som varit i tjänst, vilket skulle kunna tyda på att det är fler patienter som har ett mer omfattande medicinskt behov, vilket samtliga särskilda boenden för äldre, samt läkarorganisationerna har vittnat om. Det kan också tyda på att patienter har väntat med att söka plats på vård- och omsorgsboenden under pandemin och har ett större vårdbehov när de väl fått plats på ett vård- och omsorgsboende. En annan faktor kan vara att patienter inte vårdas lika länge på sjukhus där ansvaret för den medicinska vården tas över i ett tidigare skede.

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.

Antalet läkemedel	2021	2022
	Tyresö (Riket)	Tyresö (Riket)
Tio eller fler läkemedel	31,7 % (34,8 %)	38,2 % (35,6 %)
Olämpliga läkemedel	4,1 % (7,0 %)	4,8 % (6,4 %)
Tre eller fler psykofarmaka	16,5 % (18,5 %)	21,3 % (18,6 %)
Användning av antipsykotiska läkemedel*	13,2 % (16,0 %)	18,1 % (15,8 %)

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

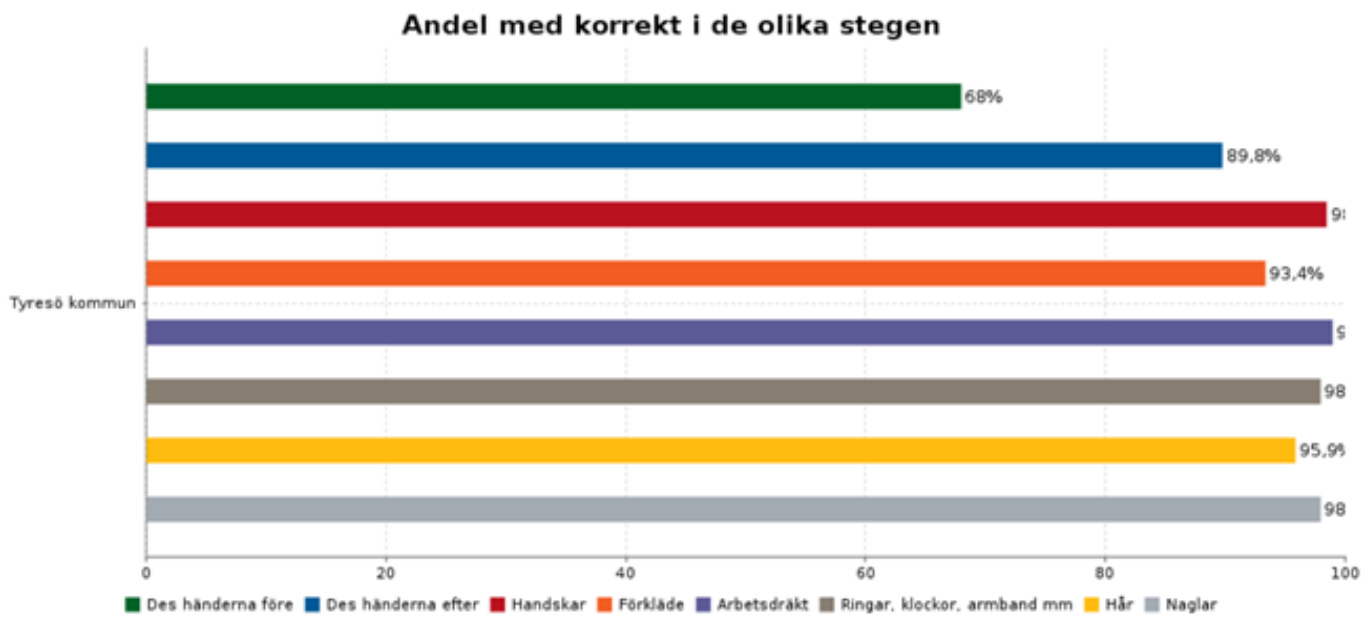
## 5.4 Egenkontroll

### 5.4.1 Självskattning basala hygien och klädregler

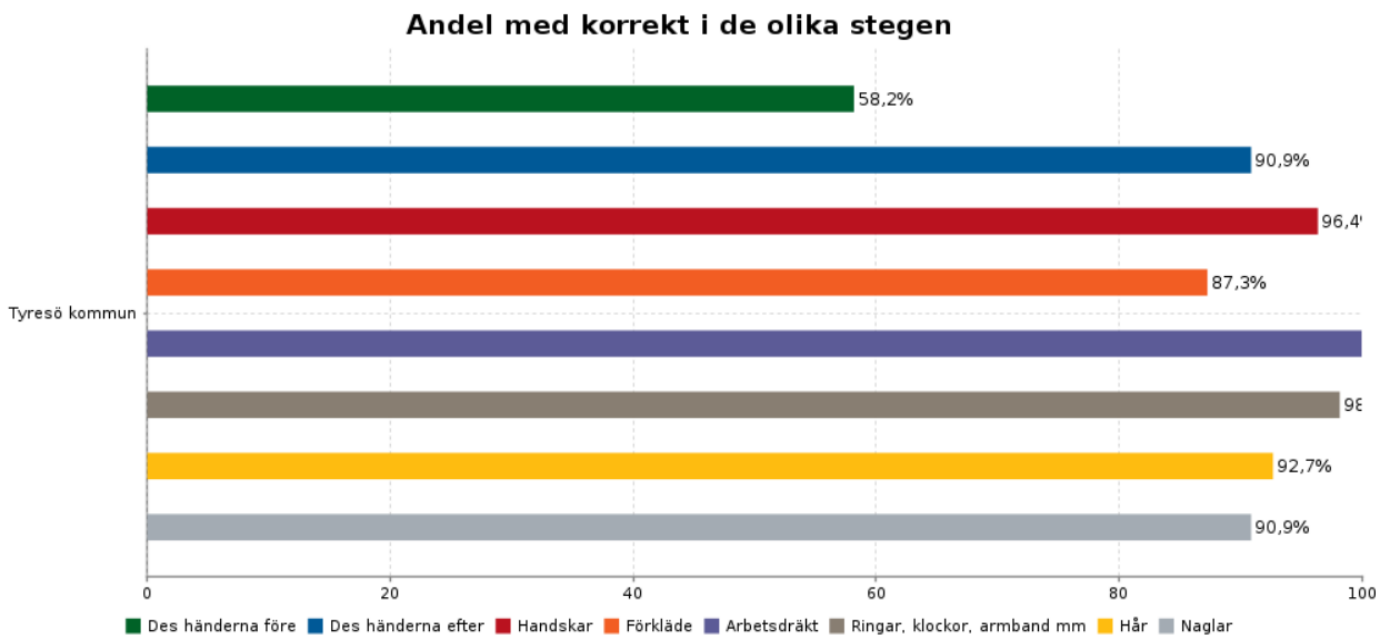
Syftet med deltagande i punktprevalensmätning (PPM) är att öka medvetenhet och följsamheten till basala hygien- och klädregler, samt att minska de vårdrelaterade infektionerna. Målet är att uppnå 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Verksamheterna har arbetat kontinuerligt med basal hygien under år 2022. Vård- och omsorgsboendena har genomfört hygienskattningar i verksamheterna för att kartlägga följsamheten till basala hygienrutiner. Arbetet med att förbättra följsamheten behöver fortsätta. Resultaten för punktprevalensmätning (PPM) för basal hygien och klädregler visar på en viss försämring av resultaten i olika moment kopplat till efterlevnad av basala hygienrutiner. Samtliga verksamheter har under år 2022 haft nya chefer antingen för hälso- och sjukvården eller verksamhetschef, vilket skulle kunna vara en förklaring till att uppföljningen av följsamhet till basala hygienrutiner har påverkats innan den nya ledningsfunktionen hunnit sätta sig in i verksamheten. MAS har påtalat vikten av uppföljning och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

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



Bilden nedan visar resultat från PPM för basala hygien och klädregler år 2022



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

Nattfastemätningar ska genomföras två gånger per år enligt MAS riktlinjer. Mätningar visar att fortsatt arbete behövs för att minska nattfastan för att den inte ska överstiga elva timmar. Verksamheterna behöver följa upp att nattfastemätningar fylls i korrekt och dokumentera om brukare tackar nej till olika mål. Majoriteten av de brukare som har nattfasta som överstigit elva timmar har erbjudits ett mål men avböjt. Fler patienter har längre nattfasta än föregående år. Verksamheterna har fått information från MAS om att följa upp arbetet med att försöka minska nattfastan för patienterna.

### 5.5 Avvikelser

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

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

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

Tabellen nedan visar sammanställning av registrerade avvikelser för år 2021 och 2022.

AVVIKELSEKATEGORIER	2021	2022
Läkemedel	LSS: 124	LSS:187
	Hästskon: 59	Hästskon: 63
	Björkbacken: 46	Björkbacken: 78
	Trollängen: 31	Trollängen: 76
	Krusmyntan: 81	Krusmyntan: 77
	Villa Basilika: 92	Villa Basilika: 48



	Villa Fornudden: 45	Villa Fornudden: 45
		Sköndalsvillan: 54 (Uppstart maj år 2022)
<b>Fall i verksamheten</b>	LSS: 75	LSS: 77
	Soc.psykiatri: 0	Soc.psykiatri: 0
	Björkbacken: 122	Björkbacken: 87
	Trollängen: 89	Trollängen: 69
	Krusmyntan: 204	Krusmyntan: 205
	Villa Basilika: 175	Villa Basilika: 163
	Villa Fornudden: 99	Villa Fornudden: 92
		Sköndalsvillan: 33 (Uppstart maj år 2022)
<b>Allvarlig skada t.ex. fraktur/sjukhusvård</b>	8	7
<b>Trycksår uppkomna inom egna verksamheten</b>	11 (alla kategorier 1-4)*	13 (alla kategorier 1-4)*
<b>Medicintekniska produkter</b>	28	8
<b>lex Maria-utredningar/anmälan till IVO</b>	1/1	4/4

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

### **5.5.1 Läkemedelsavvikelser**

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

För LSS har fler avvikelser rapporterats. Det kan bero på att verksamheterna blivit bättre på att rapportera avvikelser. MAS har träffat personal på samtliga verksamheter i kommunal regi och haft utbildning som inkluderat ansvar och vikten av att rapportera avvikelser.

Avvikelsesammanställningarna för år 2022 från Hästskon är inte helt tillförlitliga då Hästskon skriver sina avvikelser i pappersform och lämnar till hälso- och sjukvårdsenheten. Sjuksköterskan som tog emot avvikelserna avslutade sin tjänst med kort varsel och hälso- och sjukvårdsenheten saknade en chef som kunde följa upp det löpande arbetet. Arbeta med avvikelshantering pågick intensivt under hösten.

MAS har under år 2022 hållit i kompletterande delegeringsutbildning för samtliga verksamheter inom LSS i kommunal regi och Hästskon. Utbildningen inkluderar information om avvikelshantering.

Personal på Hästskon har också genomgått utbildning inom läkemedelshantering som anordnas av Apoteket AB.

### **5.5.2 Fall och fallavvikelser**

Varje verksamhet ska ha rutiner för att förebygga fall för att på ett strukturerat sätt. Det har inte varit stora skiftningar i antalet rapporterade avvikelser kopplat till fall förutom Björkbacken som har rapporterat påtagligt färre avvikelser år 2022. Detta beror troligen på att Björkbacken har färre antalet platser jämfört med år 2021. Verksamheter behöver analysera och ha åtgärder för att förebygga fall, samt följa upp effekten. Däremot visar siffrorna på att antalet allvarliga skador efter fall har minskat.

### **Medicintekniska produkter (MTP) – avvikelser**

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

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

Om avvikelserna är av allvarlig karaktär ska även en anmälan göras till Läkemedelsverket av MAS. Inga allvarliga MTP-avvikelser har rapporterats till MAS under år 2022.

### **5.5.3 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 avvikelse eller när allvarlig avvikelse inträffat.

## 5.6 Klagomål och synpunkter

Under år 2022 har det inte funnits några ärenden som inkommit till Patientnämnden eller IVO från en närstående.

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

Tabellen nedan visar resultat från Öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre för år 2020 och år 2022 (uppgifter för år 2021 saknas).

Frågeställning	Tyresö		Riket	
	2020	2022	2020	2022
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	33 %	40 %	47 %	43 %

## 5.7 Händelser och vårdskador

Under år 2022 har fyra lex Maria-utredningar genomförts där samtliga lett till anmälan om lex Maria till IVO. Samtliga händelser uppstod inom ramen för kommunala hemsjukvårdens ansvar. Hälso- och sjukvårdsenheten har satt in flertalet åtgärder för att stärka patientsäkerheten. Däribland förstärkt bemanning, justering av rutiner, handledning och utbildning av personal. Samtliga åtgärder är genomförda. Ärendena berörde följande områden:

- Fördröjd eller utebliven vård där det funnits behov av medicinteknisk produkt.
- Fördröjd vård i samband med fraktur efter fall.
- Fördröjd eller utebliven läkemedelshantering vid palliativ vård.
- Stort antal läkemedelsavvikelser på grund av hälso- och sjukvårdspersonals bristande följsamhet regelverk och rutiner.

## 5.8 Riskanalys

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

läkare under det året från Socialstyrelsens sammanställning Öppna jämförelser för vård och omsorg. Mellan år 2020-2022 visar statistik på att färre patienter tycker att det är lätt få kontakt med läkare eller sjuksköterska. Detta kan bero på bristande kontinuitet av sjuksköterskor på vissa verksamheter och det kan leda till att läkarkontakt inte har samordnats, vilket brukar göras av tjänstgörande sjuksköterska. Resultatet kan också påverkas om svarsfrekvensen varierar mellan åren.

Tabellen nedan visar resultat från Öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre för år 2020 och år 2022 (uppgifter för år 2021 saknas).

Frågeställning	Tyresö		Riket	
	2020	2022	2020	2022
<b>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - läkare vid behov</b>	48 %	38 %	53 %	45 %
<b>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska</b>	73 %	60 %	75 %	69 %

### 5.8.1 Resultat av riskbedömningar i Senior alert

Kvalitetsregistret Senior Alert används framför allt som ett instrument för registrering, åtgärder och uppföljning av risker inom områdena fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Verksamheterna har under år 2022 förbättrat arbetet med riskbedömningar. Det är fler unika personer som riskbedöms, vilket kan variera från år till år beroende på hur många som flyttar in till vård- och omsorgsboendena. Ökningen av antalet unika personer som riskbedöms kan också bero på att Sköndalsvillan startade upp sin verksamhet under år 2022. Antalet genomförda riskbedömningar har ökat och resultatet av insatta åtgärder och uppföljning av åtgärderna har minskat något. Under år 2022 rapporterade Björkbacken att de inte hade samma möjlighet att arbeta lika aktivt med kvalitetsregistret kopplat till brist på ordinarie sjuksköterskor och lediga tjänster ersattes med inhyrd personal. Varje termin går MAS igenom resultaten tillsammans med respektive verksamhet för att identifiera potentiella utvecklingsområden.

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

	2021	2022
<b>Unika personer</b>	246	351
<b>Riskbedömningar</b>	437	627
<b>Riskbedömningar med risk</b>	406 av 413 (98 %)	569 av 607 (97 %)
<b>Åtgärdsplan vid risk</b>	396 av 413 (96 %)	573 av 607 (94 %)
<b>Utförda åtgärder vid risk</b>	338 av 413 (78 %)	362 av 479 (76 %)
	<b>Målvärde 75 - 100 %</b>	<b>Målvärde 75 - 100 %</b>

### 5.8.2 Munhälsa

Munhälsobedömningar har utförts i ungefär samma utsträckning som föregående år. MAS har även under år 2022 påtalat för verksamheterna att de behöver öka kunskaper om vad som kan föranleda ohälsa i munnen samt förbättra det förebyggande arbetet. Det finns möjlighet för verksamheterna att få munvårdsutbildning, den som registreras i statistik, men fler verksamheter väljer att ta del av Socialstyrelsen digitala utbildning för munhälsa vilket inte syns i statistiken.

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

<b>Munhälsobedömning - Särskilt boende /LSS/Egen bostad SoL* och LSS</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Antal erbjudna	493	470
Antal JA-tack för erbjudandet	451	459
Antal utförda munhälsobedömningar	188	178
Andel utförda av de som tackat JA	41,6 %	38,78 %
<b>Munvårdsutbildning – Särskilt boende /LSS/Egen bostad SoL* och LSS</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Vård- och omsorgspersonal totalt	30	36
Särskilt boende SoL	24	0
LSS	54	0

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

### 5.8.3 Palliativ vård

De verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde registrerar i Palliativregistret när ett dödsfall inträffat för att följa kvalitén och arbetet vid vård i livets slutskede. Inom kvalitetsindikatorn smärtskattning sista levnadsveckan är resultat långt ifrån målvärdet men har förbättrats. Verksamheterna har genomfört smärtskattningar men har inte alltid strukturerat använt sig av validerade bedömningsinstrument. Egna bedömningar genomförda utan validerat bedömningsinstrument räknas inte med i statistiken. Arbeta med dokumenterad munhälsobedömning i sista levnadsveckan är ett område som fortsatt behöver utvecklas. Resultatet av kvalitetsindikatorerna (se nedanstående tabell) dokumenterad munhälsobedömning i sista levnadsveckan, smärtskattats sista levnadsveckan samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket kan påverkas av antalet oväntade dödsfall. MAS går igenom resultat tillsammans med verksamheterna en gång varje termin för att tydliggöra inom vilka områden verksamheterna behöver arbeta vidare med.

Tabellen nedan från Palliativa registret visar Socialstyrelsens resultat av kvalitetsindikatorer år 2022. Statistiken utgår från 62 dödsfall inom alla vård- och omsorgsboenden i kommunen.

Kvalitetsindikatorer	Socialstyrelsens målvärde	2021	2022
Dokumenterat brytpunktsamtal	98,0 %	84,4 %	90,3 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0 %	71 %	80,6 %
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0 %	55,6 %	62,9 %
Ordination av stark opioidinjektion vid smärtgenombrott	98,0 %	100 %	98,4%
Ordination av ångestdämpande injektion vid behov	98,0 %	97,8 %	98,4 %
Dokumenterad munhälsobedömning	90,0 %	68,9 %	62,9 %
Utan trycksår (grad 2-4)	90 %	95,6 %	90,3 %



## 6 Mål och strategier för kommande år

I varje vårdgivares patientsäkerhetsberättelse finns beskrivningar för mål och strategier för respektive verksamhet för kommande år som lyfts fram. Nedan presenteras övergripande mål för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde. Målen för år 2023 kommer att vara samma som för år 2022 då verksamheterna fortfarande behöver utveckla sitt arbete inom området.

### Mål

Förbättra både intern och extern samverkan.

### Strategi

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

### Mål

Ökad kvalitet inom dokumentation av hälsoplaner

### Strategi

- Journalgranskningar av hälsoplaner

### Mål

Förbättrad avvikelshantering

### Strategi

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

### Mål

God och säker vård

### Strategi

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

## 7 Bilaga 1.

Tabellen nedanför beskriver bilden Statistik över följsamhet till basala hygienrutiner år 2021 under avsnittet Självskattning basala hygien och klädregler

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

Tabellen nedanför beskriver bilden Statistik över följsamhet till basala hygienrutiner år 2022 under avsnittet Självskattning basala hygien och klädregler.

<b>Andel med korrekt i de olika stegen</b>	
<b>Desinfektion av händerna före</b>	58,2 %
<b>Desinfektion av händerna efter</b>	90,9 %
<b>Handskar</b>	96,4 %
<b>Förkläde</b>	87,3 %
<b>Arbetsdräkt</b>	100 %
<b>Ringar, klockor, armband</b>	98,2 %
<b>Hår</b>	92,7 %
<b>Naglar</b>	90,2 %