
tyresö kommun



Sammanställd patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare i Tyresö

2019

Datum och ansvarig för innehållet

2019-05-05 Kaija Partanen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och anhörigas/närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	9
Riskanalys.....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS.....	11
Egenkontroll.....	11
Avvikelser.....	12
Klagomål och synpunkter.....	14
Riskanalys.....	14
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	17

Sammanfattning

Denna patientsäkerhetsberättelse är en sammanställning för vårdgivare i Tyresö kommuns vård- och omsorgsboende och dagverksamheter för äldre samt för verksamheter inom LSS verksamheter där kommunen är huvudman för hälso- och sjukvård.

Under 2019 genomfördes kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i alla vård- och omsorgsboende för äldre i kommunen samt för hälso- och sjukvårdsverksamheten inom LSS. Granskningen omfattar 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 vård och omsorg 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 396 läkemedelsavvikelser under 2019 jämfört med 679 året innan. Jämförande siffror för fallavvikelser är 613 fall jämfört med 752 fall under 2018. I samband med dessa fall har det rapporterats 15 frakturer under 2019 jämfört med 10 frakturer under 2018. Gällande medicintekniska produkter har det registrerats 48 avvikelser av verksamheterna. Rapportering av avvikelser som gäller hot och våld mellan patienter kan ses i avvikelshanteringen inom alla verksamhetsområden.

Verksamheterna utreder och hanterar synpunkter från patienter/brukare och närstående enligt gällande rutiner.

Det har gjorts två lex Maria-utredningar under 2019 och MAS har gjort en lex Maria-anmälning till IVO under 2019.

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

Vården planeras och utförs i stor utsträckning i samverkan med patienten/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).

Organisation och ansvar

Under 2019 hade förvaltningen Liv och Hälsa med nämnderna Arbetsmarknads- och socialnämnd och Äldre- och omsorgsnämnd ledningsansvaret för hälso- och sjukvården i Tyresö som enligt reglementet var utsedda 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 nämnderna 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 den kommunala hälso- och sjukvården 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 utför hälso- och sjukvårdsinsatser räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och därmed 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.

Rådgivande och stödjande expertroll för verksamheterna ges av Vårdhygien Region Stockholm, Smittskydd Stockholm och Apoteket Farmaci AB.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan kommun - region, privata aktörer

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

Läkarinsatserna utförs av Familjeläkarna Saltsjöbaden på Björkbackens vård- och omsorgsboenden, på Krusmyntan samt på Villa Basilika. För Trollängens vård- och omsorgsboende ansvarar Capio/Legevisitten.

Samverkansöverenskommelserna som är skrivna mellan verksamheter, respektive läkarorganisation och kommunen utgår från Landstingets förfrågningsunderlag (FFU) för läkarinsatser i vård- och omsorgsboende för äldre (SÄBO). Dessa reglerar insatsernas omfattning och tydliggör innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna samt skapar ömsesidig förståelse. Fr.o.m. maj 2019 återgick läkaransvaret för patienter/brukare på korttidsvård från husläkarna till SÄBO-läkarorganisationer.

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

Samverkan mellan primärvården och HSV-teamet har etablerats men det behövs skriftliga överenskommelser mellan parterna. Även samverkan med slutenvård behöver utvecklas i större utsträckning.

Patienters/brukares 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/brukarna involveras i patientsäkerhetsarbetet utifrån sin förmåga och när patienten/brukaren önskar detta involveras anhöriga/närstående.

Uppföljningar för att patientsäkerheten säkerställs sker med legitimerad personal, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare samt anhöriga/närstående utifrån patientens hälsotillstånd.

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. Under innevarande år har kommunen anställt en anhörigkonsulent.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hälso- och sjukvårdspersonalen samt omvårdnadspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet enligt Patientsäkerhetslagen

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 verksamheterna enligt gällande rutiner och MAS-riktlinjer.

Avvikelserapportering sker till MAS varje månad. Vid allvarlig avvikelse/händelse ska MAS informeras direkt efter händelsen.

Klagomål och synpunkter

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. MAS informeras om klagomålen och om behov finns kopplas MAS in i utredningar. Under 2019 har MAS varit inkopplad i ett klagomål.

Klagomål som kommer via Patientnämnden och/eller via IVO som har betydelse för patientsäkerheten tas emot och utreds av verksamhets- och enhetschefer tillsammans med MAS eller med kvalitetscontroller på enheten för juridik och utredning beroende på lagrum, HSL eller SoL.

Verksamheterna utför utredningen och MAS deltar i analysarbete. Under 2019 har det inte inkommit några klagomål från IVO eller från Patientnämnden.

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.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering (extern)	1 gång per år	Protokoll åtgärdsförslag Läkemedelshantering, Apoteket AB
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	PPM-databasen
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
BPSD och SveDem	Kvartalsvis	BPSD- och SveDem- registren
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, avvikelshanteringssystemet intern
------------------------------------	--------------------------	--

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.

För HSV-teamet inom LSS-verksamheterna är registrering i Senior alert förberedd för att de ska kunna börja arbeta mer systematiskt med stöd av registret, men det har inte kommit igång.

Registrering i Palliativa registret används på alla vård- och omsorgsboenden för äldre och även LSS- verksamheter kan använda registret.

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 tre år sedan på Björkbackens vård- och omsorgsboende fortsätter att 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

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

Dokumentation

Hälso- och sjukvårdsinsatser som legitimerad personal utför i den kommunala verksamheten ska rapporteras till Socialstyrelsen (SoS) fr.o.m. januari 2019.

Rapporteringen av insatser har kommit igång utifrån det nya nationella fackspråket ICF/KVÅ men behöver utvecklas vidare.

Risikanalys

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).

Risikanalys bl.a. vid oplanerade driftstopp i verksamhetssystemet behövs för det har identifierats ett antal risker i verksamheterna. Där behöver verksamheterna påminna personalen om att rutinen för driftstopp finns.

Dessutom genomförs riskanalyser vid förändringar i verksamheten.

Utredning av händelser - vårdskador

Under året har det genomförts två utredningar i verksamheter på händelser som avser läkemedel/ läkemedelshantering, bemötande samt omvårdnad. En händelse med otydlig ordination resulterade till lex Maria-utredning och anmälan till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg).

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 har utförts 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 journal om uppgiften behövs för en god och säker vård. Regionens journal nås genom Nationell översikt (NPÖ)

med hjälp av SITHSe-id -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. Rutiner hur behörigheter tilldelas till personalen till olika system i verksamheterna har kompletterats.

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 från 2019 punktprevalensmätning (PPM) på basala hygien- och klädregler.

(n=antalet deltagare i mätningen)

Resultat	2019 Tyresö n=64 (Riket)	2018 Tyresö n=83 (Riket)
Följsamhet till samtliga basala hygienrutiner	72,2 % (56,3 %)	71,1 % (77,9 %)
Följsamhet till samtliga klädregler	87,8 % (84,3 %)	92,8 % (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 enligt MAS riktlinjer. Mätningarna visar att resultatet för området har förbättrats något, även om man kan notera stora skillnader i nattfastans längd. Verksamheterna

behöver upprätta tydliga rutiner hur dokumentationen sker för de boende/brukare som avböjer erbjudandet om nattmål.

Avvikelser

Tabellen nedan visar sammanställning av registrerade avvikelser under 2019.

AVVIKELSEKATEGORIER	2019	2018
Läkemedel	Björkbacken 43 LSS 81 Soc.psykiatri 13 Trollängen 47 Krusmyntan 38 Villa Basilika 174	Björkbacken 158 LSS 158 Soc.psykiatri i.u. Trollängen 61 Krusmyntan 65 Villa Basilika 237
Fall i verksamheten	Björkbacken 152 LSS 50 Soc.psykiatri 2 Trollängen 107 Krusmyntan 142 Villa Basilika 160	Björkbacken 313 LSS 39 Soc.psykiatri i.u. Trollängen 145 Krusmyntan 105 Villa Basilika 150
Allvarlig skada t.ex. fraktur/sjukhusvård	15	10
Trycksår uppkomna inom egna verksamheten	27 (alla kategorier 1-4)*	23 (alla kategorier 1-4)*
Medicintekniska produkter	48	36
lex Maria-utredningar/anmälan till IVO	2/1	3/0

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

Läkemedelsavvikelser

Orsaken till läkemedelsavvikelser har oftast varit utebliven signering/läkemedelsgivning. Införandet av digital signering av läkemedel i kommunens egen regi-verksamheter har fortsatt minska under 2019 och detta visar sig minska antalet läkemedelsavvikelser ytterligare.

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. Ökning av fallavvikelser som ex. inom LSS-verksamheter kan bero på personalens medvetenhet att rapportera fall som vid utomhusaktiviteter. Att fall-avvikelser ökar på vissa vård- och omsorgsboenden behöver utredas i respektive verksamhet.

Medicintekniska produkter – avvikelser (MTP)

Användandet av medicintekniska produkter ska ske på ett säkert sätt. Rehabiliteringspersonal utbildar omvårdnadspersonal årligen i förflyttningsteknik och hantering av medicintekniska produkter. Avvikelseerna gällande medicintekniska produkter handlar oftast om att larmsystemet inte har fungerat på korrekt sätt, t.ex. felanvändning av antidecubitus-madrass (förebygger trycksår) 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. Rapportering av MTP-avvikelser inkluderar även fel i larmsystemen som tidigare inte kom med.

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 avvikelsen 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 resultaten redovisas i till nämnd sammanställda patientsäkerhetsberättelsen årligen.

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.

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

Under 2019 har det genomförts 2 st. lex Maria-utredningar. Det har gjorts en anmälan enligt lex-Maria regeln till IVO under 2019.

Klagomål och synpunkter

I första hand hanteras synpunkterna och klagomålen ute i verksamheterna, men kan om vidare utredning anses nödvändig övertas av t.ex. MAS eller kvalitetsutvecklare. Inga registrerade klagomål/synpunkter på patientsäkerhet har inkommit från IVO eller Patientnämnden under 2019.

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. Att analysera risker är ett framtidsyttande 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 vad gäller 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 och förtydligar vad primärvårdsnivå innebär då det upplevs i kommunernas hälso- och sjukvård att dessa gränser tänjts på och därmed riskeras patientsäkerheten.

Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre 2019 - 2018

Frågeställning	Tyresö		Riket	
	2019	2018	2019	2018
Mycket lätt/ganska lätt att träffa läkare på boendet vid behov	54 %	49 %	53 %	54 %
Mycket lätt/ganska lätt att träffa sjuksköterska på boendet vid behov	73 %	72 %	72 %	75 %
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	43 %	46 %	46 %	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/brukarna vart de kan vända sig om de har synpunkter och klagomål på verksamheten/hälso- och sjukvården.

Statistiken 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 Tyresö (Riket)	2018 Tyresö (Riket)
10 eller fler läkemedel	34,9 % (30,2 %)	32,7 % (30,3 %)
Olämpliga läkemedel	6,6 % (7,9 %)	5,4 % (8,7 %)
Tre eller fler psyko-farmaka	15,1 % (16,8 %)	18 % (16,9 %)
Användning av antipsykotiska läkemedel*	10,8 % (14,5 %)	16,6 % (14,3 %)

*Mot vissa beteendesyntom 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.

Det har skett en liten ökning av olämpliga läkemedel under året för personer 75 år och äldre vilket inte heller är riskfritt.

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

Resultat på riskbedömningar enligt 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.

	2019	2018
Unika personer	284	274
Riskbedömningar	467	434
Riskbedömningar med risk	443 av 467 (95 %)	410 av 434 (94 %)

Åtgärdsplan vid risk	418 av 443 (94 %)	378 av 410 (92 %)
Utförda åtgärder vid risk	313 av 443 (72 %)	215 av 362 (59 %)
	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. Verksamheterna behöver utveckla en rutin hur planerade uppföljningar av de beslutade åtgärderna bevakas.

Tandvårdsenheten SKR (Sveriges kommuner och regioner) överlämnar resultat för erbjudna och utförda munhälsobedömningar samt genomförda utbildningar till kommunen.

Munhälsobedömning - Särskilt boende SoL och LSS/Egen bostad SoL och LSS	2019	2018
Antal erbjudna	557	498
Antal JA-tack för erbjudandet	443	437
Antal utförda munhälsobedömningar	192	218
Andel utförda av de som tackat JA	43,34 %	49,89 %
Munvårdsutbildning – vård- och omsorgspersonal totalt	24	14
Särskilt boende SoL	17	0
LSS	7	14

När det gäller munvårdsutbildning är statistiken inte fullständig pga. att alla verksamheters utbildningar inte finns med i rapporteringen som tandvårdsförvaltningen har erhållit från tandvårdsutförarna.

Tabellen nedan från Palliativa registret visar Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer resultat hur palliativ vård vid livets slut i vård- och omsorgsboenden i Tyresö utvecklats under 2019

Kvalitetsindikatorer	Socialstyrelsens målvärde	Resultat 2019	Resultat 2018
Dokumenterat efterlevandesamtal erbjudet	98,0 %	91,2 %	84,3 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0 %	68,4 %	68,6 %
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0 %	36,8 %	25,5 %

Ord. injektion stark opiod smärtgenombrott	98,0 %	94,7 %	92,2 %
Ord. injektion ångestdämpande vid behov	98,0 %	96,5 %	92,2 %
Dokumenterad munhälso-bedömning	90,0	70,2 %	72,5 %
Utan trycksår (grad 2-4)	90	86,0 %	92,2 %

Statistiken utgår från 57 dödsfall inom alla vård- och omsorgsboenden i kommunen.

Inom kvalitetsindikatorn smärtskattning sista levnadsveckan är resultat långt ifrån målvärdet men har förbättrats. Verksamheterna behöver utreda om det är brist på kunskap om smärtskattning eller felaktig dokumentation.

Mål och strategier för kommande år

I varje vårdgivares patientsäkerhetsberättelse finns beskrivningar för mål och strategier för respektive verksamhet för kommande år som de lyfter fram.

Nedan presenteras övergripande mål som är gemensamt för alla verksamheter.

Mål

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

Strategi

Dokumenterade samverkansöverenskommelser med andra vårdgivare som finns i verksamheterna görs kända för personal. För HSV-teamet behöver samverkan med öppen vården och psykiatri förankras med skriftliga dokument.

Mål

Informationssäkerhet

Strategi

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

Mål

Dokumentation avvikelserapportering

Strategi

Kontinuerlig uppföljning och uppdatering av kompetens i avvikelserapportering ska fortsätta i verksamheterna.

Mål

God och säker vård

Strategi

- Basala hygien- och klädregler – genomföra strukturerade egenkontroller med återkoppling i verksamheten minst två gånger om året samt öka deltagarantalet i PPM-BHK -mätningar
- Senior alert – det strukturerade arbetet med riskbedömningar och uppföljning av planerade åtgärder fortsätter. Även kvalitetsarbete med förskrivning och utprovning av individuella inkontinenshjälpmedel ska fortsätta.
- Palliativa registret – kompetensutveckling kring smärtskattning under sista levnadsveckan samt utbildning av palliativa ombud.