

# Patientsäkerhetsberättelse 2020

---

Äldre- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>3 Struktur</b> .....	<b>3</b>
3.1 Övergripande mål och strategier.....	3
3.2 Organisation och ansvar .....	4
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
3.4 Patienters och närståendes delaktighet .....	5
3.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	5
3.6 Klagomål och synpunkter.....	6
<b>4 Process</b> .....	<b>6</b>
4.1 Riskanalys och kvalitetsregister .....	8
4.2 Utredning av händelser - vårdskador.....	8
4.3 Informationssäkerhet .....	8
<b>5 Resultat och analys</b> .....	<b>9</b>
5.1 Egenkontroll .....	9
5.2 Avvikelse.....	10
5.3 Klagomål och synpunkter.....	11
<b>6 Mål och strategier för kommande år</b> .....	<b>12</b>

# 1 Sammanfattning

Året 2020 har präglats av pandemin och olika insatser och åtgärder med mål att förhindra smittspridningen.

Följsamhet till hygienrutiner, hantering av skyddsutrustning, utbildning, ledarskap och kommunikation har spelat avgörande roller. Verksamheterna har fått ställa om i snabb takt utifrån hur viruset har spridit sig samt vartefter ny kunskap och erfarenhet blivit tillgänglig. Rutinerna har fortlöpande uppdaterats efter de senaste rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten.

Ett nytt system för rapportering och utredning av avvikelser har införts under 2020.

Fallincidenter utgör den största andelen av de registrerade avvikelserna och antalet registrerade fallavvikelser har ökat jämfört med föregående år. Det är oklart om ökningen beror på att fler fallincidenter inträffat eller på bättre följsamhet att registrera i avvikelssystemet. En utveckling av det teambaserade fallförebyggande arbetet vid de särskilda boendena för äldre har påbörjats under året.

Antal rapporterade läkemedelsavvikelser jämfört från året innan har minskat från 402 till 321. En orsak till antal minskade rapporterade läkemedelsavvikelserna kan vara strategin av införandet av ett digitalt signeringsverktyg..

En lex Maria har under året anmälts till IVO.

Under 2021 kommer fokus vara att förbättra patientsäkerheten i kommunens verksamheter genom ett strukturerat arbete i samverkan med SKR (Sveriges kommuner och regioner). Ett verktyg som har tagits fram från SKR kommer att användas som ett stöd för att utveckla en god och säker vård och omsorg.

## 2 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## 3 Struktur

### 3.1 Övergripande mål och strategier

#### Egenkontroller

Egenkontroller rapporteras i verksamhetssystemet ”Stratsys” och är kopplade till vårdprocesserna i ledningssystemet.

#### Intern kvalitetsgranskning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvård inom äldre- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att säkerställa att alla patienter erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. Uppföljningen ska även stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

## **Extern kvalitetsgranskning**

Läkemedelshantering ska årligen granskas av oberoende apotekare enligt krav i föreskrift om läkemedelshantering. Resultaten bearbetas inom hälso- och sjukvårdsorganisationen (HSO) tillsammans med MAS.

Under året 2020 har det inte förekommit någon extern granskning av läkemedelshanteringens vilket är en effekt av restriktioner och förbud mot besök inom vård- och omsorgsverksamheterna till följd av coronapandemin.

## **Avvikelsehantering och händelseanalyser**

Avvikelse registreras och analyseras. Vid allvarigare avvikelser initieras händelseanalyser av MAS eller MAR. Avvikelse utgör en viktig del i förbättringsarbetet för patientsäkerhet och kvalitet.

## **Forum**

Kontinuerligt förbättringsarbete sker i aktuella forum:

- Rehabmöte – MAR deltar, patientsäkerhetsfrågor och händelseanalyser diskuteras
- Sjuksköterskemöten – MAS och verksamhetschef HSL deltar, patientsäkerhetsfrågor och händelseanalyser diskuteras
- Hälso- och sjukvårdsråd – Förvaltningschef, MAS, MAR, verksamhetschef HSL, verksamhetschef äldreomsorg och omsorg. Övergripande planering, uppföljning och utvärdering.
- Nämnd - Övergripande uppföljning, utvärdering och analys rapporteras till äldre- och omsorgsnämnden i anslutning till patientsäkerhetsberättelsens upprättande.
- Klagomål och lex Maria utredningar rapporteras på ordförandeberedning samt på nämndens arbetsutskott.

## **3.2 Organisation och ansvar**

Äldre och omsorgsnämnden är av kommunfullmäktige utsedd vårdgivare tillika huvudman.

Vårdgivaren har hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå på särskilda boenden för äldre, gruppboende socialpsykiatri, service- och gruppboende inom LSS och på daglig verksamhet inom LSS samt annan dagverksamhet. Verksamheterna drivs i egen regi.

Hälso- och sjukvårdsorganisationens (HSO) chef har verksamhetsansvaret enligt HSL över den hälso- och sjukvård kommunen ansvarar för. Funktionen ingår i förvaltningens ledningsgrupp och övriga forum för förvaltnings- och verksamhetsansvariga.

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR) är placerad på stabsnivå och arbetar stödjande och kvalitetsutvecklande samt med tillsyn. Under 2020 anställde äldre- och omsorgsförvaltningen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Det genomförs ett organiserat arbete inom förvaltningen med syfte att stärka det systematiska förbättringsarbetet och patientsäkerheten. Hälso- och sjukvårdsråd på förvaltningsnivå ska säkra strategier och konkreta åtgärder. MAS är sammankallande till hälso- och sjukvårdsråd på förvaltningsnivå. Ett tätt samarbete ska ske verksamhetschef enligt HSL för att säkerställa implementering och ett systematiskt förbättringsarbete.

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

#### **Vårdkedjan Sigtuna**

Representanter för kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst träffar representanter för slutenvård och primärvård lokalt i styrgruppen "Vårdkedjan Sigtuna". Detta inkluderar husläkarmottagningar, hemsjukvård, geriatrik och primärvårdsrehabilitering inom det geografiska området.

Under 2020 slutfördes och antogs den reviderade versionen av det lokala programmet för "*Stöd till personer med demenssjukdom och deras anhöriga/närstående i Sigtuna*".

MAS är sammankallande till möten i Vårdkedjan Sigtuna.

#### **FoU nu demensnätverk**

MAS representerades i forumet under året.

#### **Tandvård**

Ansvariga inom Region Stockholm kallar årligen kommunernas kontaktperson (MAS) för samverkan kring nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet (munhälsobedömning och munvårdsutbildning).

#### **Vårdhygien och smittskydd**

Vårdhygien och Smittskydd Stockholm samverkar kontinuerligt med länets MAS:ar och bjuder in till hel- och halvdagar med föredragningar och uppdateringar av rutiner och handlingsprogram.

### **3.4 Patienters och närståendes delaktighet**

Förvaltningen bistår politiken att samverka med de forum som representerar närstående och andra målgrupper, exempelvis pensionärer.

Det rådande läget med pandemi under 2020 har försvårat möjligheten till olika forum att mötas.

I samband med lex Maria utredning görs den enskilde och eventuellt närstående delaktig i utredningen med sin beskrivning av patientens upplevelse av det inträffade.

Att göra patienten delaktig i sin egen vård och behandling ska ske vid planering av åtgärder utifrån uppkomna behov och i anslutning till upprättande av hälsoplaner.

### **3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

#### **Rapporteringsskyldighet avvikande händelser, avvikelser**

I de kommunala verksamheterna rapporteras avvikelser i ett avvikelssystem. Under 2020 implementerades ett nytt avvikelssystem. Under året har omsorgspersonal, legitimerad personal och enhetschefer utbildats i systemet. En fortsatt anpassning och utveckling av systemet sker under 2021.

#### **Utredning av avvikelser**

Enhetschefer är huvudansvariga utredare och leg. personal deltar i utredningsarbetet. Tid ska avsättas för teamarbete kring avvikelser där aktuella professioner ska delta.

MAS och MAR bistår i utredningar av komplex och allvarlig karaktär.

### **3.6 Klagomål och synpunkter**

Inom förvaltningen finns behov att utveckla klagomåls- och synpunktshantering. Det saknas i dag en samlad bild över inkomna och besvarade klagomål och synpunkter då det finns fler vägar in som sedan hanteras på olika sätt.

Klagomål och synpunkter från patient och närstående kan lämnas till Patientnämnden som handlägger frågor som rör kommunernas hälso- och sjukvård samt omvårdnad i särskilda boenden. IVO tar också emot klagomål gällande hälso- och sjukvård.

## **4 Process**

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

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits genom ett samarbete mellan MAS, MAR och verksamhetschef HSL samt professionerna utifrån uppsatta mål och strategier, sedvanliga skyldigheter samt analyser av avvikelser och uppkomna risker.

#### **Särskilda åtgärder**

Riktlinjer utformades för

- Skydds- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg
- Palliativ vård och livets slut
- Nutritionsbehandling
- ViSam - beslutsstöd

Implementering och utveckling av fallförebyggande teamarbete i de särskilda boendena för äldre har påbörjats med Ymers fallförebyggande arbete som modell.

Ett förtydligande av rutin och ansvar för de olika huvudmännen vid hantering av fallavvikelser i ordinärt boende där Primärvården har hälso- och sjukvårdsansvaret och där larm- och nattenheten är involverade har genomförts.

Införandet av digitalt signeringsverktyg för läkemedelsöverlämnande och administration slutfördes inom samtliga särskilda boenden för äldre.

Fördjupad utbildning inom palliativ vård vid demenssjukdom erbjöds till all legitimerad personal och enhetschefer.

Utbildning om indikatorer och hantering vid registrering i Svenska palliativregistret har genomförts.

Utbildning och implementering av beslutsstöd ViSam har genomförts. ViSam är ett verktyg för sjuksköterskor vid bedömning av förändrat hälsotillstånd hos patienter.

Planering av patientsäkerhetsarbete i samverkan med SKR i syfte att stärka patientsäkerheten i kommunens vård- och omsorgsverksamheter. Arbetet genomförs under året 2021.

## **Pandemi 2020**

### Bakgrund

2020 bröt en pandemi i världen. Coronaviruset spreds och orsakade sjukdom, hos de flesta i form av luftvägsinfektion, covid-19. I mars konstaterades det första bekräftade fallet av covid-19 inom äldre- och omsorgsförvaltningens verksamheter i Sigtuna kommun.

I ett led att hindra smittspridning och skydda sköra äldre infördes ett nationellt beslut om besöksförbud på särskilt boende den 1 april 2020.

Under perioden april – maj hade inom särskilt boende för äldre totalt 38 personer insjuknat i covid-19. Motsvarande inom omsorgens och socialpsykiatriens verksamheter var totalt fyra personer.

Från och med vecka 22 till och med vecka 49 konstaterades 0 bekräftade fall.

Verksamheterna arbetade med särskilt fokus för att fortsatt förhindra smittspridningen. Riskbedömningar och utformade handlingsplaner utifrån Socialstyrelsens verktyg, ”Hindra att smitta kommer in och sprids på äldreboenden i covid-19-pandemi – checklista med reflektionsfrågor ” utfördes inom samtliga av äldre- och omsorgsförvaltningens enheter.

Besöksförbudet upphörde from 1 oktober. För att undvika smittspridning vid besök infördes särskilda besöksrutiner på särskilt boende för äldre.

En andra våg av pandemin tog fart under hösten. I början av december drabbades särskilt boende för äldre åter av smittspridning av covid- 19.

## **Forum och särskilda åtgärder för förhindrande av smittspridning av covid-19**

### Internt

- På platsbesök i verksamheterna för information, instruktion och ledning
- Krisledning på kommunlednings - och förvaltningsnivå
- Återkommande möten med avstämning och planering av åtgärder utifrån aktuellt läge gällande antal smittade patienter, tillgång av skyddsutrustning och kommunikation till patienter, närstående och personal.
- Upprättade handlingsplaner med rutiner och information till verksamheterna
- Upprättad sida på intranätet där aktuell covidrelaterad information från Region Stockholm och myndigheter uppdaterades kontinuerligt

### Samverkan med andra vårdgivare och aktörer:

- Region Stockholm:
  - Kontinuerlig information och dialog varje vecka om pandemiläget inom Stockholms län. Samverkan i frågor rörande smittspridning inom kommunens verksamheter.
  - Klustermöten – veckovis möten med aktörer inom primärvården, hemsjukvården, ASIH och representant från Sigtuna kommun i lokala samordningsfrågor, till exempel att säkerställa utskrivning från slutenvården.
    - Familjeläkarna – avstämning veckovis
    - Länsstyrelsen - Löpande kontakt gällande tillgång av skyddsutrustning

## **4.1 Riskanalys och kvalitetsregister**

Patienter riskbedöms för att förebygga trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen.

BPSD problematik bedöms och analyseras. Termen BPSD är en förkortning för "beteendemässiga och psykiska symptom vid demens" och omfattar en rad olika symptom som ofta, men inte alltid, förekommer vid demenssjukdom.

Vid dödsfall registreras kvalitetsindikatorer enligt kriterier i Svenska palliativregistret i syfte att förbättra vården för patienten i livets slutskede.

### **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Inom ramen för ledningssystemet upprättas riskanalyser som ligger till grund för förbättrade processer och rutiner, samt de egenkontroller som kopplas till dessa. Kända risker som är ständigt aktuella tydliggörs för respektive vårdprocess i ledningssystemet.

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

Under året 2020 har vårdgivaren utrett och anmält en lex Maria händelse till IVO.

Utifrån utredning har en rad aktiviteter identifierats och åtgärder påbörjats inom områden som kommunikation inom och mellan olika professioner och inom området dokumentation.

Vid analys av fallavvikelser samt vid uppföljning av verksamheterna ser vi att en förbättringsåtgärd kan vara att fortsätta att utveckla det fallförebyggande teamarbetet som startat inom de särskilda boendena för äldre.

Av rapporterade avvikelser inom läkemedelshanteringen är utebliven dos den största posten. Digital signering har införts under slutet av år 2020 och utvärdering av resultatet planeras under 2021. Förväntningarna av införandet är att ytterligare minska antal läkemedelsavvikelser inom särskilt boende för äldre.

## **4.3 Informationssäkerhet**

### **Journalgranskning**

Under 2020 genomförde MAS, MAR och SAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och socialt ansvarig samordnare) en gemensam granskning av dokumentationskedjan.

Tillvägagångssätt:

Stickprovskontroller utfördes vid tre särskilda boenden där den sammanhållna dokumentationskedjan i hälso- och sjukvårdsjournal, SBAR-kommunikation (en metod att kommunicera strukturerat i vården), SoL-anteckningar, genomförandeplan, och dokumenterade uppföljningar granskades.

De moment som granskades var:

- dokumenterad hälsoplan/vårdplan/rehabiliteringsplan,
- information från arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska till omsorgspersonal, när informationen lästes av första omsorgspersonal,
- SBAR-kommunikation från omsorgspersonalen,



- uppdatering av genomförandeplanen, uppföljning av leg. personal,
- återkoppling och kommunikation mellan omsorgspersonal och leg. personal.

Resultat:

Den skriftliga dokumentationen och kommunikationskedjorna var i många fall ofullständiga och instruktioner i vissa fall otydliga. Att säkerställa dokumentation och kommunikation där ordinationer och instruktioner från leg. personal når fram till all berörd omsorgspersonal är ett utvecklingsområde.

Hälsoplaner/vårdplaner/rehabiliteringsplaner är ett område för utveckling.

Åtgärder planeras under 2021.

## 5 Resultat och analys

### 5.1 Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Utfört	Källa	Kommentar
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Utfört > 10 ggr	Protokoll	Stort fokus har under 2020 handlat om basala hygienrutiner, klädregler, hantering av skyddsutrustning och andra vårdhygieniska åtgärder för att förhindra smittspridning av covid-19. Riktade insatser i form av webbaserad utbildning, instruktioner i form av skriftliga handlingsplaner och rutiner, inspelad film samt instruktion av praktiska moment ute i verksamheterna
Besiktning av lyftar	1 gång per år	Utfört	Protokoll	
Funktionskontroll av hjälpmedel som rollator, rullstol och gåbord	1 gång per år	Utfört	Inventarielistor med registrering av funktionskontroller	
Periodisk inspektion av lyftselar	2 gånger per år	Utfört	Inventarielistor med registrering av periodisk inspektion	
Hygienronder	1 gång vartannat år	Ej utfört	protokoll	
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Utfört	Patientnämnden, IVO	
Loggranskning	2 gånger per år	Utfört	Protokoll	Under det gångna året har loggkontroll av legitimerad personal utförts vid ett tillfälle. Loggkontrollen var utan anmärkning.
Journalgranskning	Löpande	Utfört	Protokoll	Brister funna, åtgärder planeras 2021

Egenkontroll	Omfattning	Utfört	Källa	Kommentar
Apotekets kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år		Protokoll	Vid granskningarna 2019 – 2020 framkom att förtydligande av vissa rutiner behöver göras samt förbättrad hantering gällande förvaring, hållbarhet och spårbarhet i alla led. Utifrån granskningarnas resultat skrevs en handlingsplan där förbättringsområden presenterade. Genomfördes. Inom särskilda boenden genomfördes förbättringsförslagen av handlingsplanens samtliga områden.

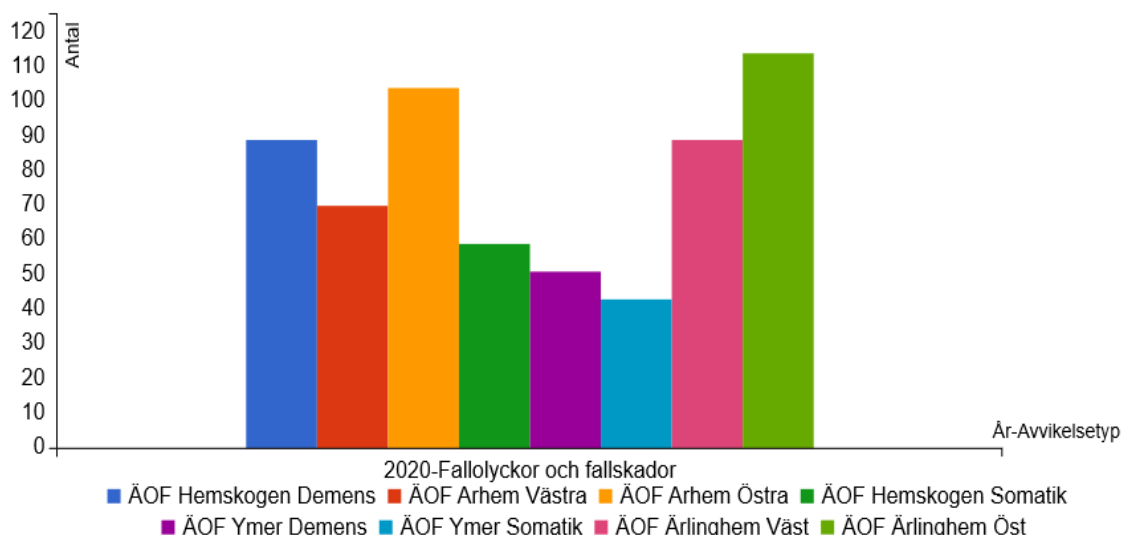
Figur 1: Redovisning av förekommande egenkontroller 2020

## 5.2 Avvikelser

Under året har ett nytt system för att rapportera och utreda avvikelser införts.

### Fall

Rapportering av fall i avvikelssystemet har under senaste åren ökat något inom äldreomsorgen. År 2018 rapporterades 587 och under 2019 rapporterades 593 fall och under 2020 rapporterades 640 fall inom särskilt boende och omsorgen, varav 619 fall rapporterades från särskilt boende. Inom omsorgen rapporterades 21 fall.

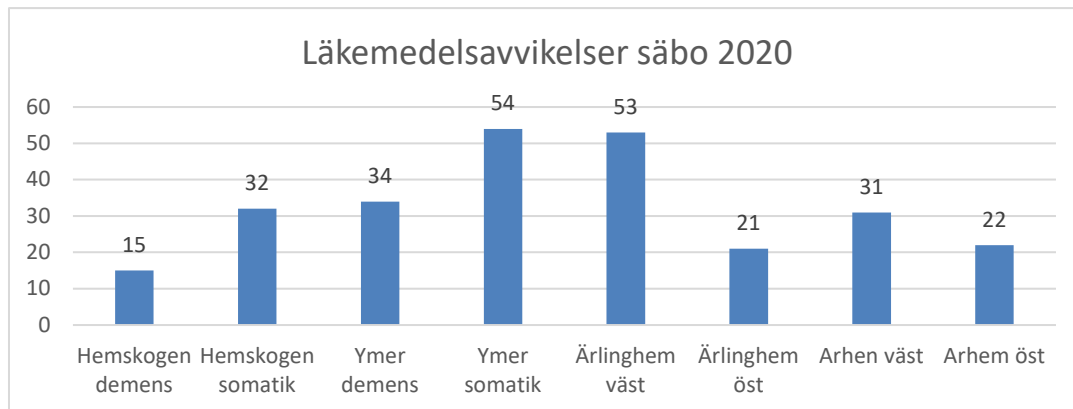


Figur 2: Fördelning av antal inrapporterade fallavvikelser i särskilda boenden 2020

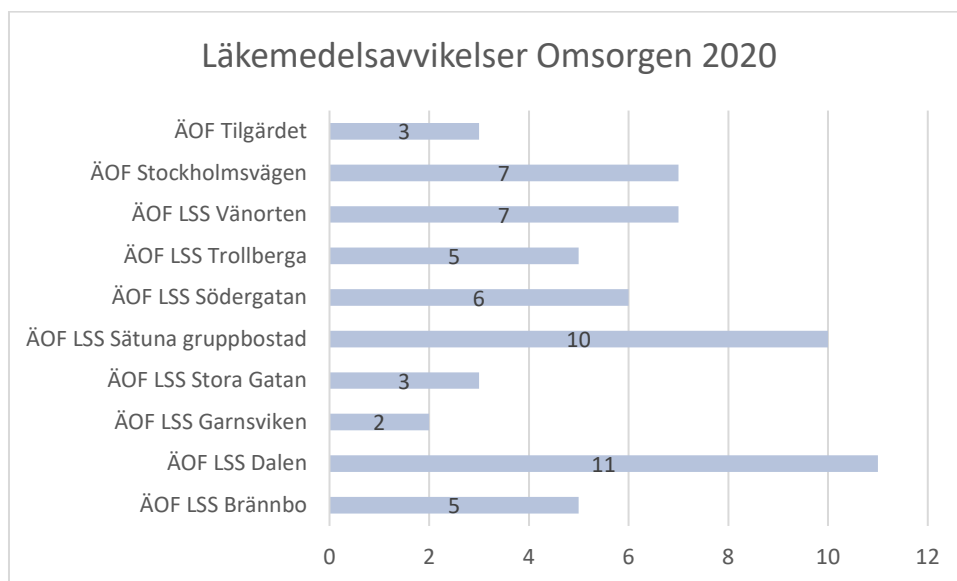
Vi ser en marginell ökning av antalet rapporterade fallavvikelser jämfört med föregående år. Ökningen kan bero på att efterlevnaden till rutinen att rapportera avvikelser förbättrats men det kan också bero på att de faktiska fallen har ökat något.

## Läkemedel

Antal rapporterade läkemedelsavvikelser under året 2019 var 402. Under 2020 var antalet rapporterade läkemedelsavvikelser 321, varav 262 inom särskilt boenden för äldre och 59 inom omsorgen.



Figur 3: Fördelning av antal inrapporterade läkemedelsavvikelser på säbo



Figur 4: Fördelning av antal inrapporterade läkemedelsavvikelser inom omsorgen

Införandet ett nytt digital signeringsverktyg startade i december 2019 och implementeringen har pågått under 2020.

Vi bedömer att det minskade antalet inrapporterade läkemedelsavvikelser beror på införandet av det nya digitala signeringsverktyget. Effekten fullt kan vi först se och rapportera om under 2021.

### 5.3 Klagomål och synpunkter

Under 2020 utreddes ett flertal klagomål inom hälso- och sjukvårdens område. Det gällde klagomål från närstående om det medicinska omhändertagandet på särskilt boende för äldre.

Ett av de inkommande klagomålen ledde till en lex. Maria utredning och anmälan till IVO. Utredningen visade på bristande samverkan och informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal inom den kommunala verksamheten.

I patientnämndens (PAN) årsrapport för 2020 framkommer 0 inkommande klagomål gällande Sigtuna kommuns hälso- och sjukvård.

## **6 Mål och strategier för kommande år**

### **Förbättrad patientsäkerhet**

Under 2021 kommer fokus vara att förbättra patientsäkerheten i kommunens verksamheter genom ett strukturerat patientsäkerhetsarbete i samverkan med SKR (Sveriges kommuner och regioner).

Ett verktyg som har tagits fram av SKR som ett stöd till kommunerna att utveckla en god och säker vård och omsorg kommer att användas. Arbetet utförs i två steg:

1. En nulägesanalys av patientsäkerheten genomförs med hjälp av en utsedd arbetsgrupp som företräder de olika verksamheterna i kommunen.
2. I det andra steget sammanställer och identifierar vi behov av åtgärder samt prioriterar insatserna utifrån verktygets modell.

### **Mål för patientsäkerhetsarbetet**

Att utarbeta handlingsplaner för förbättrad patientsäkerhet inom de områdena som framkommit i analysen och prioriteringsarbetet med SKR:s verktyg.

Förbättring av den sammanhållna dokumentationskedjan och informationsöverföringen mellan personal gällande den enskilde patienten.