

# **Patientsäkerhetsrapport**

*Äldrenämnden 2017*

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

**Medicinskt ansvarig för rehabilitering**

## Sammanfattning

Kommunen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) inom kommunens särskilda boenden och sedan januari 2014 även i ordinärt boende. Varje kommun ska också i dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård.

Under 2017 har länets kommuner och Region Östergötland samverkat för att uppdatera [riktlinjen för läkemedelshantering](#) utifrån Socialstyrelsens nya föreskrift som börjar gälla från 1 januari 2018. Syftet är att uppnå en enhetlig läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård samt tandvård i Östergötland. Riktlinjen är gemensam för slutenvård, öppenvård, primärvård, kommunal vård och tandvård.

Antalet rapporterade avvikelser har ökat från föregående år vilket var förväntat. Det är viktigt att poängtera att det i sig inte är negativt att antalet rapporterade avvikelser ökar. Snarare ska det ses som en del i ett förbättrat kvalitetsarbete då det sannolikt finns ett mörkertal på icke rapporterade avvikelser.

Andel trycksår i särskilt boende och hemsjukvård ordinärt boende har ökat från föregående år. Dock har Linköpings kommun låg förekomst av antal trycksår i jämförelse med andra kommuner och i Region Östergötland. Det är fler äldre som kommer från slutenvården med tryckskada till kommunen. Det är idag kortare vårdtider i slutenvården vilket innebär att trycksår inte hinner läka på sjukhus. För att minska antalet tryckskador är det aktiva förebyggande arbetet av största vikt, vilket innebär att hitta riskpatienterna och göra hudbedömning i ett tidigt skede för att sätta in förebyggande åtgärder.

Vid vård i livets slutskede har gjorda bedömningar av munhälsa, utförd validerad smärtskattning och erbjudande av eftersamtal till närstående ökat. Avliden utan trycksår och mänsklig närvaro vid dödsögonblicket har minskat. Verksamheterna når inte kommunens uppsatta mål om att samtliga förväntade dödsfall ska ske med mänsklig närvaro och att alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal. Utförarna ansvarar för att samtliga dödsfall som sker i verksamheten registreras i Svenska Palliativregistret samt för att säkerställa att målvärden för den palliativa vården uppfylls.

## **Bakgrund**

Kommunen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) inom kommunens särskilda boenden och sedan januari 2014 även i ordinärt boende. Varje kommun ska också i dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård.

Inom äldrenämndens ansvarsområde finns särskilda boende, dagverksamheter och hemsjukvård i ordinärt boende.

Föreliggande patientsäkerhetsberättelse baseras på medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) utredningar och uppföljning av inlämnade uppgifter under 2017. Den är en sammanställning gemensamt för verksamheterna inom äldrenämndens ansvarsområde.

## **Ledningssystem**

Utförarna är vårdgivare och ansvarar för att säkerställa att resurser och förutsättningar finns för en god vård och säkra sjukvårdsinsatser. Varje vårdgivare ska inneha ett ledningssystem som ska utformas efter Socialstyrelsens krav.

## **Ansvar för patientsäkerheten**

### **Vårdgivare**

Äldrenämnden svarar för hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen och utgör ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Genom upphandling, verksamhetsuppdrag och avtal med äldrenämnden bedrivs hälso- och sjukvård av kommunal utförare och enskilda privata utförare. Respektive utförare är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som de bedriver.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS**

MAS är en befattning som är reglerad i HSL. I MAS uppdrag ingår uppföljning över att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområden samt uppdrag att utveckla den kommunala hälso- och sjukvården med hög kvalitet och patientsäkerhet i fokus.

MAS ansvarar för att det finns riktlinjer för hälso- och sjukvård och att rutiner gällande läkemedelshantering och delegering är säkra och välfungerande.

MAS anmäler enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO) på delegation från nämnden. MAS verktyg för att styra och utveckla hälso- och sjukvården är kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård som finns på kommunens webbsida.

### **Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR**

Sedan 2013 finns MAR i kommunen som ansvarar för att det finns riktlinjer för rehabilitering och att rutiner gällande delegering är säkra och ändamålsenliga samt att rutiner finns gällande medicintekniska produkter. MAR anmäler enligt lex Maria till Inspektionen för vård och

omsorg (IVO) på delegation av nämnden.

### **Verksamhetschef**

Alla verksamheter i hälso- och sjukvården ska ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska alltid ha det övergripande ansvaret för verksamheten. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonalens personliga ansvar gentemot patienten regleras i patientsäkerhetslagen, där det framgår att de själva bär ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter. Legitimerad personal och omsorgspersonal som mottagit delegering för hälso- och sjukvårdsinsatser är skyldig att upprätthålla hög patientsäkerhet och ansvara för att utföra sitt arbete utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, lagar, riktlinjer och rutiner. Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska personalen rapportera samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

### **Läkemedel**

MAS upprättar riktlinjer för [läkemedelshantering](#), vilka ska följas av samtliga utförare som har avtal med nämnden. Riktlinjer för läkemedel är det hälso- och sjukvårdsområde vilket är mest detaljerat och reglerat och som styrs b.l.a. av Socialstyrelsens föreskrift. Det är viktigt att samtlig personal oavsett utförare hanterar läkemedel på ett så patientsäkert sätt som möjligt. Kommunens riktlinjer för läkemedelshantering och de lokala rutinerna ska vara väl kända av samtlig berörd personal, vilket ingår i verksamhetschefens ansvar. Strategin för att säkra läkemedelshanteringen är att samtlig personal följer kommunens riktlinjer, att utförarna har avtal med externa granskare vilka kontrollerar läkemedelshanteringen och att de [lokala instruktionerna](#) är korrekt upprättade och följs. Rutinerna för hanteringen och ansvarsfördelningen gällande läkemedelshantering har redovisats till MAS av respektive verksamhet.

Under 2017 har länets kommuner och Region Östergötland samverkat för att uppdatera [riktlinjen för läkemedelshantering](#) utifrån Socialstyrelsens nya föreskrift som börjar gälla från 1 januari 2018. Syftet är att uppnå en enhetlig läkemedelshantering inom hälso- och sjukvård samt tandvård i Östergötland. Riktlinjen är gemensam för slutenvård, öppenvård, primärvård, kommunal vård och tandvård.

## **Delegering**

Enligt Socialstyrelsens föreskrift finns möjlighet för legitimerad personal att delegera hälso- och sjukvårdsinsatser till annan personalkategori med reell kompetens. Delegeringsförfarandet ska följa kommunens hälso- och sjukvårdsriktlinjer som innefattar utbildning, skriftligt kunskapstest, uppföljning och handledning. Verksamhetschefen ansvarar för att riktlinjen följs och att personalen har kompetens att ta emot delegering. Delegeringsbeslutet är personligt och kan innehålla flera olika delegerade arbetsuppgifter. [Delegeringsbeslutet](#) ska omprövas minst en gång per år eller när omständigheterna påkallar det och omedelbart återkallas om det inte längre är förenligt med god och säker vård. Enligt avtal har utförarna skyldighet att säkerställa bemanningen för att uppfylla kravet på delegeringsförfarandet.

## **Äldreapotekare**

Samarbetet mellan kommunen och Region Östergötland ska syfta till att kvalitetssäkra äldre personers läkemedelsanvändning.

## **Hygien och smittskydd**

Linköpings kommun har samverkansavtal med vårdhygienheten på Region Östergötland vilket innebär tillgång till specialistkompetens inom området. Enligt Region Östergötlands smittskyddsmyndighet och vårdhygiens mätningar blir fler och fler nya bärare av multiresistenta bakterier varje år. Det är därför viktigt att basala hygien- och klädregler efterlevs i all kommunal vård- och omsorgsverksamhet. För att förebygga smittspridning inom kommunal verksamhet har MAS tydliggjort arbetsgivarens ansvar i att säkra följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler enligt gällande lagstiftning.

Enligt uppmätta hälso- och sjukvårdsindikatorer år 2017 finns sammanlagt 22 personer i Linköpings kommuns särskilda boende med multiresistenta bakterier. Detta är 8 mer än år 2016. I ordinärt boende har 7 personer identifierats, vilket är samma antal som föregående år.

## **Nutrition**

Med undernäring avses ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp. Det saknas aktuella data om förekomsten av undernäring inom hälso- och sjukvården men i Socialstyrelsens [Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016](#) nämns en äldre svensk studie som omfattade drygt 5 000 patienter. Undernäring bedömdes förekomma hos upp till 5 % av äldre som bor hemma och 28 % av individerna på äldreboenden.

Vid undernäring eller risk för undernäring ska verksamheten vidta nödvändiga åtgärder och sedan januari 2015 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ([SOSFS 2014:10](#)) om förebyggande av och behandling vid undernäring. Specialistkompetens gällande nutrition, dietist, är inte skatteväxlad varken i ädelreformen eller hemsjukvårdsreformen utan erhålls av Region Östergötland.

### **Munhälsobedömningar, MHB**

Uppsökande verksamhet med bedömning av munhälsan ska bedrivas gentemot de personer som omfattas av Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt till personer med omfattande behov av vård och omsorgsinsatser. Kommunen har avtal med Region Östergötland som upphandlar den uppsökande verksamheten. Intyg utfärdas till personer som är berättigade till MHB i både ordinärt och särskilt boende. Den enskilde kan dock fritt välja tandläkare som utför undersökning och eventuell tandvård.

Munhälsobedömningar för personer i särskilt boende kräver samarbete mellan tandvårdsutförarna och omsorgspersonalen. Enligt avtalet ska omsorgspersonalen ges möjlighet att delta i den utbildning som tandvårdsutföraren ger samt medverka vid munhälsobedömningen.

Tabell 7 visar resultatet av besökta boendeenheter, utförda MHB och andel utbildad personal i kommunen. I resultatet ingår samtliga särskilda boenden i hela kommunen men alla som bor där behöver inte uppsökande tandvård, eftersom de kan ha privat tandvård. Andelen utförda MHB står i relation till andelen berättigade, personer i livets slutskede är undantagna.

**Tabell 7.** Avser alla särskilda boende 2014-2017 i hela kommunen

<b>ÅR</b>	<b>Andel besökta Boendeenheter</b>	<b>Antal utförda MHB</b>	<b>Andel utbildad personal</b>
<b>2014</b>	50 %	63 %	9 %
<b>2015</b>	83 %	90 %	57 %
<b>2016</b>	88 %	74 %	43 %
<b>2017</b>	85%	86%	42%

Under 2017 har Region Östergötland haft avtal med en utförare av uppsökande tandvård i Linköpings kommun. Under året har ingen avvikelserapporterats och åtgärdats.

### **Rehabilitering**

Socialstyrelsens definition av rehabilitering lyder: ”insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”.

Varje kommun ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade i samband med sådan hälso- och sjukvård som omfattas av kommunens ansvar. Behandlingen ska föregås av en arbetsterapeutisk och eller fysioterapeutisk bedömning där problem identifieras, mål formuleras samt en planering av åtgärder. Informationen ska dokumenteras i en vårdplan/ rehabiliteringsplan i Treserva. Arbetsterapeut och fysioterapeut ska instruera omsorgspersonalen i ett rehabiliteringsinriktat arbetssätt samt i aktuella patientärenden instruera/ delegera rehabiliteringsåtgärder.

### **Hjälpmedel/ medicintekniska produkter, MTP**

Kommunen har enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldighet att tillhandahålla hjälpmedel till personer med funktionshinder och därigenom bidra till möjligheten till aktivitet i det dagliga livet. Länets kommuner och Region Östergötland ansvarar för att besluta om vad som kan förskrivas som hjälpmedel och vad som kan tillhandahållas.

### **Rehabilitering och hjälpmedel/ MTP**

Medicintekniska produkter kan förskrivas som ett led i rehabiliteringen för att kompensera nedsatt funktion eller aktivitetsbegränsningar eller för att förebygga komplikationer. Förskrivaren bör ta ställning till om behov finns av andra rehabiliteringsinsatser, vilka på ett bättre sätt kan bidra till en förbättrad funktions- och aktivitetsförmåga innan förskrivning av hjälpmedel sker.

### **Hjälpmedelskonsult**

Linköpings kommun har en hjälpmedelskonsult med tillhörighet på omsorgskontoret. Viss del av tjänsten är avsatt gentemot de övriga kommunerna i den centrala länsdelen samt till Region Östergötland. Hjälpmedelskonsulterna har ett länsövergripande uppdrag där det ingår att säkerställa en likvärdig hjälpmedelsförsörjning i Östergötland och vara sakkunniga inom området. Uppdraget innefattar bland annat att vara stöd åt länets hjälpmedelsförskrivare i tolkning av det länsgemensamma ”Regelverk för hjälpmedelsförskrivning” Hjälpmedelskonsulterna tar i samarbete med Hjälpmedelsrådet fram underlag inför revidering av det länsgemensamma regelverket. Andra ansvarsområden är t ex att ansvara för obligatorisk förskrivarutbildning för länets hjälpmedelsförskrivare.

### **Linköpings kommuns hjälpmedelsråd**

I Linköpings kommun finns ett hjälpmedelsråd där representanter från verksamheter inom såväl omsorgsnämndens som äldrenämndens ansvarsområde medverkar. Syftet med hjälpmedelsrådet är att inhämta och utbyta information inom hjälpmedelsområdet.

### **Länsgemensamt hjälpmedelsråd**

I samband med hemsjukvårdsreformen beslutades om att ett länsgemensamt hjälpmedelsråd skulle tillskapas med uppdrag att arbeta för samsyn kring

hjälpmedelsförsörjningen i Östergötlands län och föra en dialog kring hjälpmedelsområdet och vilka behov som ska tillgodoses inom sjukvårdshuvudmannens ansvar samt följa forskning och utveckling inom hjälpmedel/välfärdsteknologi. Det länsgemensamma hjälpmedelsrådet ansvarar även för framtagande av förslag inför revidering av länsgemensamt regelverk efter inhämtande av underlag/synpunkter från hjälpmedelsgrupper, sortimentsgrupper, länsbrukarråd m fl.

### **Länsgemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning**

I samband med hemsjukvårdsreformen beslutades att länets kommuner och Region Östergötland skulle ha ett länsgemensamt regelverk för hjälpmedelsförskrivning oavsett boendeform, vilket trädde i kraft 15 juni 2014.

### **Länsbrukarråd**

Brucar- och intresseorganisationernas har möjligheter att bidra med synpunkter och kunskaper inom hjälpmedelsområdet i länsbrukarrådet.

### **Leverantör av hjälpmedel/ MTP**

Linköpings kommun har tillsammans med länets samtliga kommuner och Region Östergötland avtal med Hjälpmedelscentrum, en del av Sodexo, avseende hjälpmedelsförsörjning för invånare i Östergötland oavsett boendeform.

### **Dokumentation och Treserva**

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser sker i verksamhetssystemet Treserva i respektive patients journal. Under 2017 har arbetet med nationella fackspråket Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) ytterligare utvecklats, vilket är en del av det nationella arbetet med den nationella strategin för e-hälsa. Syftet är att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd, underlätta kommunikation mellan olika verksamheter samt möjliggöra jämförelse av data nationellt och internationellt och kvalitetssäkra vården.

Under år 2017 har urval av sökord och vårdåtgärder granskat som används i kommunen. Resultatet visar på att det urval som utfördes vid införandet av nationellt fackspråk tillgodoser verksamheternas behov.

Verksamhetsombud för legitimerad personal finns från varje vårdgivare. Verksamhetsombuden har under året fått tydligare strukturerar och fyllt på kunskap kring dokumentation vilket har stärkt dem i sin roll att kvalitetssäkra dokumentationen.

Förberedande arbete för nationell patientöversikt (NPÖ) producentskap fortsätter för att säkerställa att korrekt patientinformation ska kunna produceras till NPÖ utifrån Linköpings kommuns riktlinjer och arbetssätt.



## Redovisning av avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Kommunen har [riktlinjer](#) om avvikelshantering och det systematiska kvalitetsarbetet som samtliga utförare ska följa. Den personal som upptäcker en händelse som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska rapportera händelsen till vårdgivaren och registrera den i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva. Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Respektive verksamhetschef ansvarar för att bedöma allvarlighetsgraden/konsekvenser av inträffade avvikelser. Antal avvikelser har ökat från föregående år se tabell 1.

**Tabell 1** Rapporterade avvikelser 2014-2017, äldreomsorg

Händelse	2014	2015	2016	2017
Läkemedelsavvikelser	2 337	2 528	2 954	3 411
Fallolyckor	3 673	4 216	4 461	4 685
Rehabilitering/ MTP	60*	76	46	75
Övriga avvikelser	112	66	137	135
<b>Totalt</b>	<b>6 182</b>	<b>6 886</b>	<b>7 598</b>	<b>8 306</b>

\*tidigare har ej rehabiliteringsavvikelse redovisats

## Läkemedelsavvikelser

Av 3 411 rapporterade läkemedelsavvikelser bedömdes tretton, en mindre än föregående år, som risk för allvarlig skada/allvarlig skada varav elva har anmälts enligt lex Maria och två har utretts av MAS. Anmälningarna enligt lex Maria berörde dubbel dos läkemedel, uteblivna läkemedel, läkemedelsförväxlingar och handhavande fel gällande läkemedels pump. Äldrenämnden informeras fortlöpande vid lex Maria anmälningar. "Mindre skada" bedöms när patienten fått mindre och inte allvarlig konsekvens t.ex. ett avbrott i sin behandling vid utebliven tablett. Exempel på avvikelser är; doser som inte överlämnats, förväxling av läkemedel och feldosering.

**Tabell 2** Läkemedelsavvikelser 2014-2017 fördelat per konsekvens

Konsekvens	2014	2015	2016	2017
Ej bedömd	518	1 410	961	873
Ingen skada	1 462	925	1 128	2 150
Mindre skada	345	184	112	375
Allvarlig skada*	12	9	14	13
<b>Totalt</b>	<b>2 337</b>	<b>2 528</b>	<b>2 954</b>	<b>3 411</b>

\*Innefattar även risk för allvarlig skada

## Fallolyckor

Fall är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och risken att falla ökar med stigande ålder. Vissa typer av läkemedel utgör en ökad risk för fallolyckor. Andra riskfaktorer är exempelvis underliggande sjukdomar, låg kroppsvikt, muskelsvaghet och gångsvårigheter. Fallskador orsakar lidande för den som drabbas och kostnader för samhället. Fallskadorna kan minska om förebyggande åtgärder sätts in. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har tagit fram ett [åtgärds paket](#) som innehåller råd och anvisningar för hur verksamheterna kan arbeta systematiskt med att förebygga fall och fallskador. Även Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ger ut [stödmaterial](#) om äldres säkerhet.

Viktiga åtgärder för att förhindra fall och fallskador är att kontinuerligt bedöma risken för att falla och att sätta in förebyggande åtgärder. Riskbedömningar och planerade åtgärder ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Verksamheterna är ansvariga för att riskbedöma personer över 65 år gällande fallolyckor och vidta nödvändiga/relevanta åtgärder. En höftfraktur föregås ofta av flera fall och varje verksamhet ska ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omsorgspersonal bör alla vara involverade i det förebyggande arbetet.

Antal rapporterade fall har ökat, se tabell 3, fall med mindre skada (ex blåmärke, skrapsår) var under perioden 1 132. Antal fall med allvarlig skada var 55. Två fallolyckor har anmälts enligt lex Maria en gällande fördröjd undersökning/behandling och en fallolycka i samband vid förflyttning med lyftsele.

**Tabell 3** Fallolyckor 2014-2017 fördelat per konsekvens

Konsekvens	2014	2015	2016	2017
Ej bedömd	860	1 304	891	788
Ingen skada	2 012	2 094	2 559	2 710
Mindre skada	741	767	972	1 132
Allvarlig skada	60	51	39	55
<b>Totalt</b>	<b>3 673</b>	<b>4 216</b>	<b>4 461</b>	<b>4 685</b>

## Avvikelse rehabilitering och medicintekniska produkter

Antalet inrapporterade avvikelser inom rehabiliteringsområdet var totalt 75 (tabell 1). Antalet avvikelser inom rehabiliteringsområdet har ökat jämfört med föregående år och ligger i nivå med antalet avvikelser för 2015. Trots denna ökning finns sannolikt ett mörkertal gällande antalet avvikelser. MAR har påtalat för arbetsterapeuter och fysioterapeuter om vikten av att rapportering av avvikelser sker.

## **Kommentarer**

Antalet rapporterade avvikelser har ökat från föregående år vilket var förväntat. Det är viktigt att poängtera att det i sig inte är negativt att antalet rapporterade avvikelser ökar. Snarare ska det ses som en del i ett förbättrat kvalitetsarbete då det sannolikt finns ett mörkertal på icke rapporterade avvikelser.

Den vanligaste orsaken till att avvikelser sker är att personalen inte följer de rutiner som verksamheten har upprättat. Det är verksamhetschefens ansvar att personalen följer och har förutsättningar att följa rutinerna för att en god och säker vård ska upprätthållas. Varje vårdgivare ska, med hjälp av underlag från avvikelserapporteringen, arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet vilket redovisas i deras respektive patientsäkerhetsberättelse.

Avvikelser som rapporteras av personalen ska verksamhetschefen konsekvensbedöma och om de bedöms som allvarliga ska MAS och MAR meddelas snarast. Avvikelser som inte är bedömda (se tabell 2 och 3) beror på att verksamhetscheferna inte följt kommunens riktlinje [Avvikelsehantering och det systematiska kvalitetsarbetet](#)

MAS och MAR ser allvarligt på att verksamhetscheferna inte har konsekvensbedömt samtliga avvikelser, eftersom det innebär att avvikelser inte blir hanterade korrekt, dock visar resultatet på att antal konsekvensbedömda avvikelser ökat jämfört med föregående år. MAS har utfört stickprov på icke bedömda avvikelser och samtliga av dessa bedömdes som ingen skada. MAS, MAR och kvalitets- och utvärderingskontoret kommer vid verksamhetsuppföljning bevaka hur respektive vårdgivare arbetar med det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

MAS och kvalitets- och utvärderingskontoret har genomfört en övergripande uppföljning gällande verksamheternas följsamhet till gällande riktlinjer om avvikelshantering. Uppföljningen visar på väsentliga skillnader i hur ofta avvikelser registreras mellan olika verksamheter. Noggrann dokumentation ger underlag för bättre analys och träffsäkra åtgärder.

Resultatet av uppföljningen har delgetts utförarna. Utförarna ansvarar för att hantering av avvikelser säkerställs och att vidta nödvändiga åtgärder. Resultatet av uppföljningen kommer att ligga grund för urval av uppföljningar.

## **Patientnämnden, Region Östergötland**

Inom äldrenämndens ansvarsområde har elva ärenden behandlats under 2017 av [patientnämnden](#), vilket är en minskning med två ärenden från föregående år. Åtta av dessa ärenden rör vårdboende, två från korttidsboende samt ett ärende hemtjänst. Dessa ärenden berör bl.a fördröjd behandling, personlig omvårdnad, bemötande och kommunikation. Respektive verksamhet har hanterat sina ärenden. Fem av dessa ärenden har omsorgskontoret och patientnämnden hanterat tillsammans. MAS och MAR har tillsammans med kvalitets- och utvärderingskontoret under året träffat patientnämnden regelbundet för att gå igenom ärenden inom äldrenämndens område.

## **Avvikelsehantering mellan Linköpings kommun och Region Östergötland**

Under året har 102 avvikelserrapporter, 38 fler än föregående år, rapporterats från Region Östergötland. Av dessa är 46 pågående efter årsskiftet. Exempel på avvikelserrapporter är brister i informationsöverföring, brister i provtagningsförfarande och bristande dokumentation.

Från kommunen till Region Östergötland har 104 avvikelser rapporterats, 21 färre än föregående år. Region Östergötland har inkommit med 56 svar. Händelser som kommunen rapporterat var brister i överrapporteringar, uteblivna vårdplaneringar, bristande läkarkompetens under jourtid, bristande kommunikation, bemötande, otydliga eller felaktiga ordinationer eller recept.

Legitimerad personal i verksamheterna uppger att överrapporteringar från slutenvården brister i flera hänseenden. Vid bristande överrapporteringar får legitimerad personal ägna avsevärd tid till att kontakta Region Östergötland för att efterfråga ordinationer och behandlingar. Detta tar tid i anspråk och sker på bekostnad av andra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### **Synpunkter och klagomål**

[Gemensam rutin](#) för synpunkter och klagomål finns på kommunens hemsida samt i en informationsbroschyr. Berörd verksamhetschef utreder synpunkter och klagomål och ansvarar för att den som klagat får återkoppling inom sju dagar.

Under 2017 har 21 klagomål inkommit gällande hälso- och sjukvård vilket är en minskning från föregående år. I klagomålsärenden samarbetar äldreombudsman med MAS och MAR och vissa av klagomålen har lett till utredning av MAS eller MAR. I inkomna klagomål synliggör att många av patienterna i äldreomsorgen är sköra, multisyka har komplexa sjukdomstillstånd som ställer stora krav på sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser.

Flera ärenden som utretts visar att insatserna är relevanta och tillräckliga men att det brister i kommunikationen, vilket föranleder klagomål från anhöriga. Det är viktigt att som anhörig få upprepad information och möjlighet till att ställa frågor kring omvårdnad och sjukvård. Såväl omsorgspersonal som legitimerad personal har en viktiga roller i kommunikationen med patient och anhöriga. Äldreombudsman redovisar årligen en rapport för nämnden.

### **Samverkan i patientsäkerhetsarbetet 2017**

För att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg inom kommunal verksamhet krävs bra samverkan mellan olika huvudmän, olika professioner också inom den egna kommunen:

- MAS och MAR samverkar i förvaltningen bl a i upprättande av förfrågningsunderlag, länsövergripande projekt gällande Nationellt fackspråk, uppföljningar av hälso- och sjukvårdsområdet i samband med kvalitets- och

- utvärderingskontorets verksamhetsuppföljningar.
- Avtal mellan kommunen och Region Östergötland där läkarmedverkan regleras i särskilda boenden samt i ordinärt boende.
  - Avtal om samverkan med Vårdhygien i Region Östergötland.
  - Avtal gällande samverkansmöten mellan kommunen och patientnämnden gällande rapportering om vårdskador och klagomål från medborgarna.
  - Avtal mellan kommunen och Region Östergötland gällande uppsökande verksamhet avseende munhälsobedömningar.
  - Samverkan med Region Östergötland och MAS/MAR gällande avvikelser huvudmännen emellan.
  - MAS deltar i länsövergripande styrgrupp för utredning gällande Nära vård i Östergötland
  - MAS och MAR medverkar i länsövergripande arbetsgrupp med Region Östergötland och i det förberedande arbetet gällande ny lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård slutenvård (2017:612)
  - Medicinskt ansvarigas ledningsgrupp, MALG, med länets samtliga MAS och MAR.
  - Länets fem MAR samverkar kring rehabiliteringsfrågor med MAR i Jönköping, Kalmar och Västervik.
  - Länsgemensamt hjälpmedelsråd.
  - SAMPLAN; forum för verksamhetschefer, omsorgskontoret, socialkontoret och Region Östergötland.
  - Länsövergripande arbetsgrupp om samverkan för patientsäker vård vid behov av enteral nutrition.
  - Arbetsgrupp i kommunen med uppdrag att förbereda kommunen på nytt arbetssätt inför lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.
  - Påbörjat nätverksträffar med Region Östergötlands chefssjuksköterskor och MAS gällande gemensamt patientsäkerhetsarbete.

## Strukturerade uppföljningar

### Senior alert

År 2010 beslutade äldrenämnden att ansluta äldreomsorgen till Senior alert. Senior alert är ett webbaserat kvalitetsregister där personer som är 65 år och äldre registreras utifrån de risker som finns för att personen i fråga kan komma att falla, få trycksår, bli undernärld eller drabbas av ohälsa i munnen. Samtliga av kommunens särskilda boenden ska registrera i registret och utföra åtgärder såvida inte personen motsatt sig det.

Tabell 4 Registrerade riskbedömningar 2014-2017

År	2014	2015	2016*	2017
----	------	------	-------	------

	Totalt antal	Totalt antal	Totalt antal	Totalt antal
<b>Registrerade riskbedömningar</b>	2 304	1 587	1 603	1 481
Riskbedömningar där risk för fall konstaterats	1 629	1 169	1 184	***
Riskbedömningar med risk för fall, som har planerad förebyggande åtgärd	1 329	970	964	***
Riskbedömningar där risk för trycksår konstaterats	642	462	396	***
Riskbedömningar med risk för trycksår, som har planerad förebyggande åtgärd	505	377	324	***
Riskbedömningar där risk för undernäring konstaterats	1 252	910	809	***
Riskbedömningar med risk för undernäring, som har planerad förebyggande åtgärd	998	753	648	***
Riskbedömningar där risk för ohälsa i munnen konstaterats		539**	546	***
Riskbedömningar med risk för ohälsa i munnen, som har planerad förebyggande åtgärd		377**	358	***

\*Uppgifter hämtade 170310 \*\*Uppgifter hämtade fr.o.m. 2015

\*\*\*Uppgifter för 2017 kan inte hämtas från registret

Antal utförda riskbedömningar har minskat sedan föregående år. Verksamheterna behöver intensifiera arbetet med riskbedömningar och åtgärder för att förhindra fall, trycksår, malnutrition samt ohälsa i munnen. Orsaker till att inte fler riskbedömningar är registrerade kan vara hög sjuksköterskeomsättning och tidsbrist. Det är verksamhetschef på respektive boende som ansvarar för att riskbedömningar utförs och att det finns förutsättningar för det.

## Tryckskada

Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador som förorsakar stort lidande för patienterna och höga kostnader för samhället. Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer såsom lågt näringsintag, nedsatt blodcirkulation samt oförmåga att ändra läge på kroppen. En stor andel av trycksåren går att förebygga. SKL har tagit fram [åtgärds paket](#) och kunskapsunderlag för att minska förekomsten av trycksår.

Senior alert genomförde en punktprevalensmätning av trycksår hösten 2016. Mätningen utfördes i 124 kommuner på vårdboende och i hemsjukvård ordinärt boende som visade att andel trycksår i kommunerna var 7,6 %.

MAS har inhämtat uppgifter från verksamheterna inom äldrenämndens

ansvarsområde, om förekomst av trycksår. Tabell 5 är en ögonblicksbild.

**Tabell 5** Förekomst av trycksår 2014-2017 särskilt boende

ÅR	Antal vårdtagare	Antal med tryckskada	Andel i %
2014	1 999	97	4,8
2015	2 018	93	4,6
2016	2 071	102	4,9
2017	2 052	118	5,7

**Tabell 5.1** Förekomst av trycksår 2015-2017 hemsjukvård ordinärt boende

ÅR	Antal vårdtagare	Antal med tryckskada	Andel i %
2015	801	21	2,6
2016	838	10	1,2
2017	709	22	3,1

Andel trycksår i särskilt boende och hemsjukvård ordinärt boende har ökat från föregående år. 43 % av trycksåren är lindriga (kategori 1 av 4) i särskilt boende och 36 % i hemsjukvård ordinärt boende. Kategori 1 visar sig som en hudrodnad utan ett egentligt sår. Linköpings kommun har låg förekomst av antal trycksår i jämförelse med andra kommuner samt regionen där drygt 14 % av patienterna hade trycksår. Det är fler äldre som kommer från slutenvården med tryckskada till kommunen. Det är idag kortare vårdtider i slutenvården, vilket innebär att de inte hinner läka på sjukhuset och patienter kommer till kommunen med trycksår. Regionen har uppmärksammat detta och startat ett förbättringsarbete.

Att minska antalet tryckskador är det aktiva förebyggande arbetet av största vikt. Vilket innebär att hitta riskpatienterna och göra hudbedömning i ett tidigt skede för att sätta in förebyggande åtgärder.

### Vård i livets slutskede

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister i syfte att ge underlag för kvalitetsutveckling och säkra vården för personer i livets slutskede. Samtliga dödsfall ska registreras av sjuksköterskan. Under 2017 avled 1 268 folkbokförda personer i Linköpings kommun. 477 personer har registrerats i palliativa registret inom äldrenämndens ansvarsområde varav 422 inrapporterade dödsfall var förväntade. Enligt ett riktmärke sker normalt ca 40 % av alla dödsfall i särskilt boende, vilket motsvarar parametern ”Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall”.

**Tabell 8.** Palliativa registret 2014-2017

2014	2015	2016*	2017
------	------	-------	------

	%	%	%	%
<b>Indikator</b>				
Läkarinformation till patient	78	70	66	73
Läkarinformation till närstående	83	78	81	80
Ordination av läkemedel mot smärta	83	94	96	96
Ordination av läkemedel mot illamående	86	91	93	93
Ordination av läkemedel mot oro och ångest	80	93	96	96
Ordination av läkemedel mot rosslig andning	75	93	94	95
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	89	88	87	85
Avliden utan trycksår	86	88	93	84
Erbjudande om eftersamtal	72	70	67	73
Munhälsan bedömd	62	71	64	69
Utfört validerad smärtskattning	22	24	28	31
Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall	33	33	36	37
Antal inrapporterade dödsfall	452 st	407 st	435 st	477 st

\* Resultat inhämtat 2018-03-06

Av elva parametrar har fem stycken ökat, tre stycken minskat samt tre parametrar har samma resultat som föregående år. Resultatet för avliden utan trycksår och mänsklig närvaro vid dödsögonblicket har minskat. Avliden utan trycksår är målnivån 90 % i Socialstyrelsens nationella målnivåer för palliativ vård i livets slutskede och i palliativa registret. Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket har minskat under fyra år och behöver förbättras. Målvärdet i palliativa registret för mänsklig närvaro vid dödsögonblicket är 90 %.

Erbjudande om eftersamtal har ökat. Erbjudande om eftersamtal till närstående är den enda parameter som även visar resultat från oväntade dödsfall. Vid samtliga dödsfall ska efterlevandesamtal erbjudas. Vid oväntat dödsfall kan det vara än viktigare för närstående att få information och kunna ställa frågor när någon hastigt och oväntat går bort.

Validerad smärtskattning har ökat något men är fortsatt låg eftersom validerat instrument inte alltid används när smärtskattning utförs. Sjuksköterskorna ska använda det instrumentet som finns att tillgå på Svenska palliativregistrets hemsida eller VAS (Visual Analogue Scale) vilket är ett instrument för att mäta smärta.

Det är läkarens ansvar att det finns ordination på symtomlindring till patienter i livets slutskede för att de inte ska behöva vänta onödigt länge. Sjuksköterskor ska vara behjälpliga att påtala för läkaren att det ska finnas ordinationer på samtliga symtomlindrande läkemedel.



Läkarinformation till patient har ökat medan läkarinformation till närstående minskat något, vilket är läkarens ansvar. Sjuksköterskor behöver vara behjälpliga med att påtala för läkaren när detta bör ske.

MAS och kvalitets- och utvärderingskontoret har genomfört en övergripande uppföljning gällande verksamheternas följsamhet till riktlinjer om registrering i Svenska Palliativ registret. Syftet med uppföljningen var att kartlägga hur utförarna i Linköpings kommun arbetar med registret samt att påvisa eventuella utvecklingsområden. Uppföljningen visar att för de granskade parametrarna når utförarna varierande resultat. Samtliga utförares resultat visar på brister vad gäller en eller flera av aktuella parametrar.

Resultatet av uppföljningen har delgetts utförarna. Utförarna ansvarar för att samtliga dödsfall som sker i verksamheterna registreras i registret samt att säkerställa att de aktuella målvärden för den palliativa vården uppfylls.

### **Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD<sup>1</sup>**

BPSD-registret startade i november 2010 med syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som det innebär. Syftet är att öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom eftersom BPSD drabbar ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen men även för närstående.

I Linköpings kommun startade arbetet med BPSD-registret år 2012 vilket var en del i den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”, som pågick till 2015. Under satsningen utgick prestationsbaserad ersättning till registrerande enheter. Certifierade utbildare i det nationella kvalitetsregistret BPSD bedriver utbildning till omvårdnadspersonal hos samtliga utförare av äldreomsorg i kommunen. I uppdraget ingår att genomföra nätverksmöten för administratörer i BPSD registret, vara stöd vid implementering av BPSD registret samt sprida kunskap om de nationella riktlinjerna för demensvård och demensomsorg.

**Tabell 9.** Antal signerade registreringar och antal personer 2014-2017

ÅR	Antal signerade registreringar	Antal personer
2014	162	117
2015	148	115
2016	160	118
2017	226	161

Antal signerade registreringar har ökat från föregående år. I Linköpings

---

<sup>1</sup> Symtom på BPSD kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar.

kommun fanns år 2017 421 platser i särskilt boende i vårdboende för personer med demenssjukdom. Antal signerade registreringar och antal personer borde därför vara fler. Verksamheterna behöver intensifiera arbetet med BPSD-registret. Det är verksamhetschef på respektive boende som ansvarar för att registreringar utförs och att det finns förutsättningar för det.

Tabell 9.1 BPSD registret 2014-2017

Indikator	2014	2015	2016*	2017
	Andel i %	Andel i %	Andel i %	Andel i %
Andel personer som har olämpliga läkemedel	55	46	30	30
Andel personer som verkar smärtfria	64	72	69	72
Andel personer som har en bemötandeplan	59	59	62	79
Andel personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	73	78	83	92
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	62	68	65	75

\* Resultat inhämtat 2018-03-12

Förutom att BPSD-registret kan minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD ger registret möjlighet att ta fram vissa kvalitetsindikatorer. Sedan föregående år har merparten av parametrarna förbättrats, förutom andel personer med olämpliga läkemedel som är samma resultat som föregående år. Linköpings kommun har i jämförelse med riket bättre resultat gällande olämpliga läkemedel, läkemedelsöversyn, personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel. På parametern bemötandeplan, smärtfrihet ligger kommunen lägre än riket, vilket är ett förbättringsområde. Verksamheterna behöver ytterligare förbättra intern samverkan för att säkerställa bemötandeplan och extern samverkan med Region Östergötlands läkare för att säkerställa smärtfrihet till samtliga personer med demenssjukdom.

År 2017 genomförde MAS och kvalitets- och utvärderingskontoret en uppföljning av hur arbetet med BPSD-registret fortgår. Syftet med uppföljningen var att kartlägga hur utförarna i Linköpings kommun arbetar med registret samt att påvisa eventuella utvecklingsområden. Resultatet av uppföljningen visade att arbetet med BPSD-registret behövde förbättras. Några av utförarna i Linköpings kommun hade ett stort antal registreringar under 2016 och deras verksamheter har hittat rutiner som var ändamålsenliga, men uppföljningen visade också att vissa utförare och några verksamheter hos vissa utförare inte registrerade i registret.

Resultatet av uppföljningen har återkopplats till utförarna. Utförarna har fått information om reviderade riktlinjer för nationella kvalitetsregister, där det tydligare framgår att samtliga vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård på uppdrag av äldreutskottet ska registrera patienter med en demensdiagnos i BPSD-registret.



