



# **Riktlinjer för hälso- och sjukvård.**

## **Avsnitt 2**

### **Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.**

**SOCIALFÖRVALTNINGEN**

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

	<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>Sida</b>
<b>2</b>	<b>Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet</b>	<b>3</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Vad är ett ledningssystem</b>	<b>3</b>
<b>2.1.2</b>	<b>SOSFS 2005:12</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Varför behövs ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet?</b>	<b>3</b>
<b>2.3</b>	<b>Vem gör vad?</b>	<b>3</b>
<b>2.4</b>	<b>Områden som omfattas</b>	<b>4</b>
<b>2.4.1</b>	<b>Bemötande av patienter</b>	<b>4</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Metoder för diagnostik, vård och behandling</b>	<b>4</b>
<b>2.4.3</b>	<b>Kompetens</b>	<b>4</b>
<b>2.4.4</b>	<b>Samverkan och samarbete</b>	<b>4</b>
<b>2.4.5</b>	<b>Riskhantering</b>	<b>4</b>
<b>2.4.6</b>	<b>Avvikelsehantering</b>	<b>5</b>
<b>2.4.7</b>	<b>Försörjning av tjänster, produkter och teknik</b>	<b>5</b>
<b>2.4.8</b>	<b>Spårbarhet</b>	<b>5</b>
<b>2.4.9</b>	<b>Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring</b>	<b>5</b>
<b>2.4.10</b>	<b>Läkemedelshantering</b>	<b>6</b>
<b>2.4.11</b>	<b>Informationssäkerhetspolicy</b>	<b>6</b>
<b>2.4.12</b>	<b>Information till behandlande läkare om patienter som av medicinska skäl kan vara olämpliga att inneha skjutvapen</b>	<b>6</b>
<b>2.5</b>	<b>Kvalitetsindikatorer vid vård och omsorg om äldre personer</b>	<b>7</b>
<b>2.5.1</b>	<b>Undernäring</b>	<b>7</b>
<b>2.5.1.1</b>	<b>Indikatorer som identifierar personer i riskzon eller som är undernärd</b>	<b>7</b>
<b>2.5.2</b>	<b>Fallolyckor</b>	<b>8</b>
<b>2.5.2.1</b>	<b>Indikatorer som identifierar personer i riskzon för fallolyckor</b>	<b>9</b>
<b>2.5.3</b>	<b>Trycksår</b>	<b>9</b>
<b>2.5.3.1</b>	<b>Indikatorer som identifierar personer i riskzon frö trycksår</b>	<b>10</b>
<b>2.5.4</b>	<b>Palliativ vård – vård i livets slutskede</b>	<b>11</b>
<b>2.5.4.1</b>	<b>Indikatorer som identifierar personers vård i livets slutskede</b>	<b>11</b>
<b>2.5.5</b>	<b>Läkemedelsgenomgångar</b>	<b>11</b>
<b>2.5.5.1</b>	<b>Indikatorer som identifierar personer som erbjudits läkemedelsgenomgång</b>	<b>12</b>
<b>2.6</b>	<b>Patientsäkerhetslag</b>	<b>12</b>
<b>2.7</b>	<b>Regelverk</b>	<b>13</b>

## SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

## 2. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

### 2.1 Vad är ett ledningssystem?

Ett ledningssystem är ett system för att

- fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten
- sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområdena/kraven
- följa upp och utvärdera dessa mål

**2.1.1** Socialstyrelsens föreskrift [SOSFS 2005:12](#) ställer krav på att det ska finnas en organisatorisk struktur, tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifiera de processer samt rutiner för uppföljning.  
**SOSFS**  
**2005:12**

### 2.2 Varför behövs ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet?

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Ett välplanerat och genomfört system förbättrar kvaliteten i hälso- och sjukvården och optimerar organisationens interna funktioner.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bildar en säker grund och är en förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. Därmed skapas förutsättningar för det faktabaserade, systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingsarbetet.

### 2.3 Vem gör vad?

**Vårdgivare** Socialnämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och ska kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

**Verksamhetschef** Verksamhetschefen ansvarar för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och får ansvar och befogenheter för att kunna driva en vård av god kvalitet.

**MAS** Medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättar riktlinjer för en god kvalitet och patientsäkerhet och har ansvar för att systematiskt följa upp kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården.

**Alla** Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara integrerat i dagliga verksamheten.

## **SOCIALFÖRVALTNINGEN**

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

---

### **2.4 Områden som omfattas**

#### **2.4.1 Bemötande av patienter – Bilaga 1:1**

Information om vård och behandling påverkar patienters och närståendes förväntningar på vården. Genom att göra patienten delaktig och genom information om möjliga behandlingar och utfall kan man skapa realistiska förväntningar på resultatet. Patientens egen roll, ansvar och medverkan i vård och behandling blir också tydliga.

#### **2.4.2 Metoder för diagnostik, vård och behandling – Bilaga 1:2**

I lokala vårdprogram, riktlinjer, PM, lokala och nationella kvalitetsregister fastställs metoder för en hög patientsäkerhet.

#### **2.4.3 Kompetens – Bilaga 1:3**

De enskilda medarbetarna är vårdens viktigaste tillgång. Det är därför viktigt att deras kompetens utvecklas kontinuerligt. Genom att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter för regelbunden fortbildning och kompetensutveckling kan verksamhetens kontinuerliga utveckling säkras. God introduktion av all ny personal samt personal som varit ledig under längre tid är av största vikt och bör särskilt uppmärksammas.

#### **2.4.4 Samverkan och samarbete – Bilaga 1:4**

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk och leder ofta till ineffektivitet och därmed också klagomål på vården. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdaktörer.

#### **2.4.5 Riskhantering – Bilaga 1:5**

För att påvisa de bakomliggande orsakerna till risker ska en systematisk kartläggning och analys av befintlig verksamhet göras. Utifrån denna kartläggning och analys ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna.

**SOCIALFÖRVALTNINGEN**

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

**2.4.6 Avvikelsehantering – Bilaga 1:6**

Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. Det är viktigt att sammanställa och analysera avvikelser och ge återkoppling till medarbetarna liksom att sprida kunskap till andra verksamheter. När en allvarlig avvikelse upptäcks ska de bakomliggande orsakerna identifieras genom en händelseanalys och insatta åtgärders effekt utvärderas för att undvika en upprepning. Ledningssystemet ska även innehålla rutiner för anmälan till myndighet när en anmälan enligt gällande författningar ska göras. Det kan t.ex. vara frågan om en Lex Maria-anmälan.

**2.4.7 Försörjning av tjänster, produkter och teknik – Bilaga 1:7**

Inköp av varor och tjänster påverkar kvaliteten i verksamheten och därmed dess resultat. Rutiner för en säker användning av produkter, försörjningssystem och informationssystem bör innehålla anvisningar om att produkterna ska kontrolleras och korrekt installeras samt att personalen får utbildning i att använda dem. Vidare ska bruksanvisningar finnas tillgängliga.

**2.4.8 Spårbarhet – Bilaga 1:8**

Med spårbarhet menas att åtgärder rörande en enskild patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen.

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Den ska medge uppföljning av hur behandlingen genomförts och om den givit avsett resultat. Om resultatet inte blivit det avsedda, är journalen en viktig informationskälla i analysen av orsaken till detta. Den medger också fortlöpande uppföljning av vårdprocessen, särskilt rörande kroniskt sjuka, långtidssjuka, patienter med flera olika sjukdomar, vård i livets slutskede osv.

**2.4.9 Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring – Bilaga 1:9**

Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, utförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Utifrån fastställda mål och mått analyseras de interna processerna, och om risker och avvikelser (tillbud och negativa händelser) identifieras vidtas åtgärder för att identifiera orsaker och göra förbättringar.

## SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

### 2.4.10 Läkemedelshantering - Bilaga 1:10

Läkemedel skall hanteras på ett betryggande sätt så att hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården tillgodoses. Det är synnerligen viktigt att enhetliga och säkra arbetsrutiner finns för läkemedelshantering.

Läkemedelshantering är en hälso- och sjukvårdsuppgift och skall utföras av hälso- och sjukvårdspersonal. Särskild lagstiftning gäller för dem.

### 2.4.11 Informationssäkerhetspolicy – Bilaga 1:11

Nämnden ska ge direktiv och säkerställa att det i verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet finns en dokumenterad informationssäkerhetspolicy

I den kommunala hälso- och sjukvården är datasystemen en viktig förutsättning för den dagliga verksamheten och för att uppnå en god patientsäkerhet. Därför ställs speciellt höga krav på tillförlitlighet, sekretesskrav och tillgänglighet.

### 2.4.12 Information till behandlande läkare om patienter som av medicinska skäl kan vara olämpliga att inneha skjutvapen – Bilaga 1:12

**Anmälan** Om en läkare vet eller misstänker att en patient innehar skjutvapen och bedömer att patienten är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl, t.ex. psykisk störning, missbruk, demenssjukdom, synrubbning, neurologisk sjukdom eller hjärnskada och därigenom

1. riskerar att skada sig själv eller någon annan genom sin vapenhantering, eller
2. inte förmår iaktta de regler som gäller för förvaring av vapen, ska en anmälan omedelbart göras till polismyndigheten.

**Information** Enligt [SOSFS 2008:21](#), 4 § ska det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas rutiner för överföring av information om en patient till dennes behandlande läkare för att läkaren ska kunna ta ställning till, om det finns behov av att göra en anmälan.

**Rutin** Den personal som får kännedom om att patient i den kommunala hälso- och sjukvården som på grund av medicinska skäl kan vara olämplig att inneha skjutvapen och därigenom riskerar att skada sig själv eller någon annan genom sin vapenhantering, eller inte förmår iaktta de regler som gäller för förvaring av vapen, ska anmäla detta till omvårdnadsansvarig sjuksköterskan, som i sin tur informerar patientansvarig läkare. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska dokumenterar i vårdtagarens omvårdnadsjournal att information är överlämnad till patientansvarig läkare.

## SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

### 2.5 Kvalitetsindikatorer vid vård och omsorg om äldre personer

<b>Kvalitetsindikator</b>	En kvalitetsindikator är ett mått som speglar kvalitet och som kan användas som underlag för att förbättra verksamheten samt för en öppen redovisning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet.
<b>Krav</b>	Indikatorerna ska uppfylla kraven på validitet, relevans, mätbarhet och tolkningsbarhet. Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer används.
<b>Samtycke</b>	För registrering i kvalitetsregister ska muntligt samtycke inhämtas. Samtycke dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

#### 2.5.1 Undernäring

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. För att motverka undernäring inom vård och omsorg i Osby kommun har socialnämnden antagit en [Nutritionpolicy](#).

<b>Definition</b>	En person som är 65 år eller äldre anses vara i riskzonen för att utveckla undernäring om det föreligger någon av de tre riskfaktorerna: ofrivillig viktnedgång, lågt BMI eller svårigheter att äta normalt. Undernäring anses föreligga vid BMI lika med eller mindre än 20 upp till 70 år, eller med ett BMI som är lika med eller mindre än 22 från 70 år och uppåt.
-------------------	--

##### 2.5.1.1 Indikatorer som identifierar personer i riskzon eller som är undernärda

1. Andel personer 65 år och äldre som har riskbedömts med avseende på undernäring.
2. Andel personer 65 år eller äldre med BMI lika med eller lägre än 20 upp till 70 år och lika med eller lägre än 22 för personer 70 år eller äldre.

<b>Måttillfälle</b>	För att identifiera personer i riskzon inom särskilt boende ska följande mätningar ske: <ol style="list-style-type: none"><li>1. BMI mäts i samband med inflyttning samt därefter var tredje månad.</li><li>2. Personer med lågt BMI enligt ovan mäts varje månad.</li><li>3. MNA – Mini Nutritional Assessment</li></ol> För att identifiera personer i riskzon i ordinärt boende ska följande frågor ställas: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Har personen svårt att äta och dricka?</li><li>2. Har personen ofrivilligt minskat i vikt under senaste halvåret?</li><li>3. Är personen underviktig?</li></ol> Är svaret "JA" på någon av frågorna ska mätning enligt särskilt boende ske (se ovan).
---------------------	--

## SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

---

<b>Redovisning</b>	Redovisningen ska vara möjlig utifrån kön, vårdenhet och boendeform.
<b>Datakälla</b>	<a href="#">SeniorAlert</a>
<b>Åtgärder</b>	<a href="#">Näver</a> – Näring och ätande – handbok för kommunal, sluten och öppen hälso- och sjukvård i nordöstra Skåne. Handboken är vägledande för såväl förebyggande som behandlande åtgärder vid risk för undernäring eller övervikt.  För varje person i riskzon ska en individuell åtgärdsplan/vårdplan upprättas.
<b>Nattfasta</b>	Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida elva - tolv timmar. Är nattfastan längre, ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar också möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med för lång nattfasta löper risk för undernäring.
<b>Mättillfälle</b>	Två gånger per år (vecka 12 och 40) ska en nattfastemätning ske i samtliga särskilda boende i kommunen.

### 2.5.2 Fallolyckor

Äldre personer löper större risk att falla och att ådra sig en skada på grund av fallet. Risken är särskilt stor för personer med någon form av neurologisk eller kognitiv sjukdom

<b>Definition</b>	En plötslig händelse då en person oavsiktligt hamnat på golvet eller marken, oavsett om en skada har skett eller ej.
<b>Identifiera</b>	Det är viktigt att identifiera vilka personer som löper risk att falla och att ådra sig en skada på grund av fallet. Det ska finnas riktlinjer och rutiner för hur man, så långt det är möjligt, kan förebygga att fall och därmed att fallskador uppstår. Vård- och omsorgspersonal ska ha kunskap om riktlinjerna och tillämpar rutinerna. Följande åtgärder ska genomföras: Fråga den berörda personen följande: <ul style="list-style-type: none"><li>• Har personen som vårdas fallit under det senaste året?</li><li>• Upplever personen själv att det finns en risk att falla?</li><li>• Finns det en omedelbar uppfattning i vård- och omsorgsteamet om att personen i fråga riskerar att falla?</li></ul>
<b>Downton Fall Risk Index</b>	Om svaret på dessa frågor är ”JA”, ska en systematisk riskbedömning erbjudas och inledas i syfte att identifiera vilka riskfaktorer som finns för den enskilda personen. Bedömning ska ske med hjälp av <a href="#">Downton Fall Risk Index</a> .



## SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

**När?** Ny bedömning ska ske vid förändrat hälsotillstånd eller då ett fall har inträffat. Det är också viktigt att uppmärksamma riskerna i samband med flytt till annat boende t.ex. vid inflyttning till särskilt boende. Samtliga fall ska dokumenteras och analyseras. Genomgången ska ske i samarbete med hela vård- och omsorgsteamet, personen själv och eventuella närstående.

### 2.5.2.1 Indikatorer som identifierar personer i riskzon för fallolycka.

1. Andel personer 65 år eller äldre som har riskbedömts med avseende på risk för att falla.
2. Andel personer 65 år och äldre som har vårdats för höftfraktur orsakade av ett fall.

**Redovisning** Redovisningen ska vara möjlig utifrån kön, vårdenhet och boendeform.

**Datakälla** [SeniorAlert](#)

**Åtgärder** För personer i riskzon skall preventiva åtgärder vidtas.

### 2.5.3 Trycksår

Personer som har svårt att förflytta sig själva utan hjälp, som av olika skäl är rullstolsburna, sängliggande eller stillasittande i samma ställning riskerar att utveckla trycksår. Risken är särskilt stor hos äldre människor. Det handlar om personer som har behov av vård- och omsorg på grund av nedsatt rörelseförmåga, förlamning eller som exempelvis har drabbats av en höftfraktur. Andra riskfaktorer är undernäring, urininkontinens och nedsatt rörlighet med risk för kontrakturer. Nedsatt kognitivt status tycks vara korrelerat till förekomst av trycksår.

**Definition** Trycksår är en lokal skada i hud och underliggande vävnad som orsakas av tryck, skjuvkrafter eller friktion. Skadorna graderas enligt följande:

- Grad 1:* Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning. Hel hud.
- Grad 2:* Delhudsskada som involverar de yttre hudlagren. Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.
- Grad 3:* Fullhudsskada. Involverar både de yttre och djupare hudlagren ned till men inte genom bindväven utan djup sårhåla.
- Grad 4:* Fullhudsskada, vävnadsdöd eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad med djup sårhåla

**SOCIALFÖRVALTNINGEN**

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

<b>Identifiera</b>	<p>De personer som löper störst risk att få trycksår är:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• äldre</li><li>• sängliggande</li><li>• rullstolsburna</li><li>• de som sitter i stol under stor del av dagen</li><li>• uttorkade</li><li>• undernärda</li><li>• inkontinenta eller annan anledning till fuktig hud och/eller har nedsatt känsel</li><li>• de som har nedsatt cirkulation i underben/fötter</li><li>• de som tidigare haft trycksår</li><li>• de som har genomgått en operation som tagit lång tid</li></ul> <p>Personer i livets slutskede får ofta trycksår eftersom blodcirkulationen i huden minskar och styrs till centrala organ i kroppen.</p>
<b>Modifierad Nortonskala</b>	Den <a href="#">modifierade Nortonskalan</a> används som stöd för bedömningen. Instrumentet används tillsammans med annan hälsohistoria.
<b>När?</b>	Bedömning och beslut om olika åtgärder ska ske vid ett första möte med den äldre personen och alltid i samband med försämrat hälsotillstånd.
<b>2.5.3.1 Indikatorer som identifierar personer i riskzon för trycksår.</b>	
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Andel personer 65 år eller äldre som bedömts med avseende på risk för att utveckla trycksår.</li><li>2. Andel personer 65 år och äldre som har trycksår grad 1 – 4.</li></ol>
<b>Redovisning</b>	Redovisningen ska vara möjlig utifrån kön, vårdenhet och boendeform.
<b>Datakälla</b>	<a href="#">SeniorAlert</a>
<b>Åtgärder</b>	För personer i riskzon skall preventiva åtgärder vidtas.

**SOCIALFÖRVALTNINGEN**

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

**2.5.4 Palliativ vård – vård i livets slutskede**

Alla personer har rätt att förvänta sig en god och värdig vård tills döden inträder. Palliativ vård är den vård som skall ges efter det att beslut om att botande behandlingar har fattats.

**Definition**

Den palliativa vården ska vila på fyra hörnstenar:

1. Symtomkontroll dvs. att lindra smärta och andra svåra symtom.
2. Samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag, dvs. ett team av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor m.fl. ingår.
3. Kommunikation och relation i syfte att befrämja patientens livskvalitet, dvs. god inbördes kommunikation och relation inom arbetslaget och mellan patienten och dennes närstående.
4. Stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfallet, dvs. närstående bör erbjudas att delta i vården och själva få stöd under patientens sjukdomstid, men även efter dödsfallet.

**2.5.4.1 Indikatorer som identifierar personers vård i livets slutskede.**

1. Andel personer 65 år eller äldre som i livets slutskede fått ett informerande samtal om att döden är nära förestående.
2. Andel personer 65 år eller äldre som har avlidit och som smärtskattats med hjälp av VAS-skalan, under sista veckan i livet.
3. Andel närstående som har erbjudits efterlevandesamtal.

**Måttillfälle**

Efter dödsfallet i den verksamhet där patienten avlidit.

**Redovisning**

Redovisningen ska vara möjlig utifrån vårdenhet och boendeform.

**Datakälla**

[Palliativa registret](#)

**2.5.5 Läkemedelsgenomgångar**

Läkemedelsgenomgångar innebär en kontroll av att ordinationen är den bästa för den enskilde personen

**Definition**

En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbets sätt i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner.

**Metod**

I samverkan med Region Skåne använder kommunerna i nordöstra Skåne sig av [läkemedelsgenomgång](#) som bygger på en faktainsamling avseende symtomskattning, basfakta, kända diagnoser och aktuella läkemedel.

## SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

### 2.5.5.1 Indikatorer som identifierar personer som erbjudits läkemedelsgenomgång.

1. Andel personer 65 år eller äldre som läkemedelsbehandlas och som erhållit minst en genomgång av behandlingen under de senaste tolv månaderna.
2. Andel personer 65 år eller äldre med tio eller fler läkemedel.
3. Andel personer 65 år eller äldre med tre eller fler psykofarmaka.
4. Andel personer 65 år eller äldre med en eller flera läkemedelskombinationer som kan leda till läkemedelsinteraktioner av klass D.
5. Andel personer 65 år eller äldre med ett eller flera läkemedel med betydande antikolinerga effekter.

**Måttillfälle** Minst en gång per år.

**Redovisning** Redovisningen ska vara möjlig utifrån kön, vårdenhet och boendeform.

**Källa** Årlig enkät.

## 2:6 Patientsäkerhet

[Patientsäkerhetslagen \(SFS 2010:659\)](#) syftar till att främja en hög patientsäkerhet och vårdgivaren är i denna lag skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilket det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som uppnåtts.

[Patientsäkerhetsberättelsen](#) ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den och läggs därför ut på kommunens hemsida.

## SOCIALFÖRVALTNINGEN

MAS-PÄRM ♦ Riktlinjer för kommunal hälso- och sjukvård

2008-11-19

Rev.2014-07-18

---

### 2.7 Regelverk

- [SOSFS 2005:12](#) Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården;
- [SOSFS 2000:1](#) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården;
- [SOSFS 2008:14](#) Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården;
- [SOSFS 2008:21](#) Socialstyrelsens föreskrifter om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen.
- [SFS 2010:659](#) Svensk författningssamling. Patientsäkerhetslag
- [Socialstyrelsen](#) GOD VÅRD – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
- [Socialstyrelsen](#) Nationella kvalitetsindikatorer – Vården och omsorgen om äldre personer.