

## Patientsäkerhetsberättelse för år 2019

### Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	2
Inledning.....	3
Struktur.....	3
Övergripande mål och strategier .....	3
Organisatoriskt ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	14
Klagomål och synpunkter .....	16
Egenkontroll .....	16
Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	17
Systematiskt kvalitetsarbete .....	17
Risk- och händelseanalys.....	17
Informationssäkerhet .....	18
Resultat .....	18
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering .....	18
Vårdhygien.....	19
Resultat och analys .....	19
Egenkontroll .....	19
Mål och strategier inför 2020 .....	24
Säkra läkemedelshantering inom verksamheterna .....	24
Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal .....	24
Säkra verksamhetsprocesserna utifrån riktlinjen <i>Trygg hemgång och effektiv samverkan</i> .....	25

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

**Sammanfattning**

Målen och strategierna för Katrineholms kommun inför 2019 har varit att få en struktur för stärkt patientsäkerhet samt att måltiderna inom vård- och omsorg ska utvecklas. Indikatorerna är delvis nya för året och redovisningen av resultat från verktyget för vårdprevention Senior alert är i år uppdelat på enhetsnivå, då övergripande redovisning inte är kompatibel med indikatorn för måltiderna som helhet. Övriga indikatorer redovisas enligt indikatorerna.

Genom samverkansarbete med vårdcentralerna har ett omfattande kvalitetsarbete ägt rum. En gemensam rutin för in- och utskrivningsprocessen i hemsjukvården samt säkerställd återkoppling och samverkan kring fristående uppdrag som inkommer från olika enheter till kommunens legitimerade personal, är kvalitetssäkrad. Arbetet ska utgå ifrån ett personcentrerat förhållningssätt där patienten (närstående om medgivande finns) medverkar genom medgivande alternativt deltar själv. Antalet inskrivna patienter i hemsjukvården har minskat med 200 patienter och ligger nu på cirka 350.

Läkemedelshanteringen är ett viktigt område som har prioriterats på olika sätt utifrån att få följsamhet i processen, från ordination till intag eller kassation av läkemedel. Alltför höga siffror gällande avvikelser gällande utebliven dos tyder på att hanteringen bryter. Högre krav ställs generellt på läkemedelshanteringen i och med nya krav enligt HSLF-FS 2017:37. Som en del i kvalitetsarbetet kring läkemedelshanteringen har delegeringsprocessen förändrats och kvalitetssäkrats då omvårdnadspersonal med delegering för arbetsuppgiften utför detta viktiga arbete.

Vi har inom förvaltningen arbetat för att utforma en mer användarvänlig rutin för avvikelshantering, vilken utgår ifrån alla lagstiftningar som är aktuella. Syftet är att utveckla verksamhetens avvikelshantering samt sprida lärdomar och goda exempel till varandra.

Uppföljning av det interna och externa arbetet utifrån riktlinjen *Trygg hemgång och effektiv samverkan* har fortsatt under året och fortsätter även framöver. Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom vårdkedjan och att snabba och säkra vård- och omsorgsinsatser startar för de som lämnar sjukhuset.

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

**Inledning**

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och strukturerat redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamheten och att informationsbehovet hos intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

**Struktur****Övergripande mål och strategier***Resultatmål/uppdrag*

Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas.

- Indikator

Äldre i särskilt boende med bedömd risk för undernäring som har en planerad förebyggande åtgärd, andel %.

- Resultat

**Demensboende:** 90 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan. Åtgärder redovisas i fallande ordning; 148 planerade åtgärder som mellanmål, 144 planerade åtgärder som viktkontroll var tredje månad samt 138 planerade åtgärder för att minska nattfastan till max 11h.

**Vård- och omsorgsboende:** 89 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan. Åtgärder redovisas i fallande ordning; 207 planerade åtgärder som vägning var tredje månad, 203 planerade åtgärder som mellanmål och 181 planerade åtgärder som minska nattfastan till max 11h.

**Kortvårdsboende:** 67 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan. Åtgärder redovisas i fallande ordning; 2 planerade åtgärder som vägning var tredje månad samt 1 brukare fick näringsdryck.

Demens- och vård- och omsorgsboenden har ökat antalet förebyggande åtgärder i jämförelse med förra året. Kortvårdsenheten har förbättringspotential då antalet planerade förebyggande åtgärder är alltför få i förhållande till målgruppen av äldre som vårdas på enheten.

*Resultatmål/uppdrag*

Stärkt patientsäkerhet inom vård- och omsorg.

- Indikator

Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler, andel %.

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

- Resultat  
Andel med korrekt i samtliga 8 steg utgörs av 53 %.  
Antal observerade mätningar och deltagande enheter/avdelningar har ökat under året i jämförelse med förra året. Totalt utfördes 449 mätningar på 48 enheter/avdelningar vilket är en ökning från förra året då antalet mätningar var 326 på totalt 10 enheter.
- Indikator  
Rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård som minst har en åtgärd, andel %.
- Resultat  
Total andel avvikelser som har minst en åtgärd utgörs av 91 %.
- Indikator  
Äldre som svarar att det är mycket eller ganska lätt att vid behov träffa en sjuksköterska på sitt särskilda boende, andel %.
- Resultat  
Total andel utgörs av 75 %. Utfall för kvinnor är 72 % och för män 79 %.  
År 2018 var totala andelen 77 % vilket kan bedömas som oförändrat i jämförelse mellan senaste åren.

**Organisatoriskt ansvar**

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla berörda verksamheter och ha en naturlig koppling till arbetsmiljöarbetet och budgetarbetet. Chefer, medarbetare och medicinskt ansvarig sjuksköterska ska samverka i patientsäkerhetsfrågor.

*Nämndens ansvar<sup>1</sup>*

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden i Katrineholms kommun har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Ansvaret avser;

- Vård- och omsorgsboenden för äldre
- Hemsjukvård för personer över 18 år, i ordinärt boende inom när-/primärvårdens uppdrag
- Korttidsvistelse enligt SoL<sup>2</sup>
- Dagverksamhet för äldre
- Bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt SoL/LSS<sup>3</sup>
- Bostäder med särskild service enligt LSS
- Daglig verksamhet och sysselsättning

<sup>1</sup> Kvalitetledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen, VON/2012:76 - 010

<sup>2</sup> SoL - Socialtjänstlagen

<sup>3</sup> LSS - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

*Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen/förvaltningschef*

I Katrineholms kommun är det förvaltningschefen som är verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen. 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 resursers användning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska<sup>4</sup> (MAS)*

MAS har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården, att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS utövar sitt ansvar genom att bevaka att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls. MAS involveras i övergripande frågor som rör hälso- och sjukvården, riskanalyser, uppföljningar av riskanalyser etc. MAS ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ska på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till IVO. MAS deltar i kvalitets-uppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

*Verksamhetschefer*

Verksamhetschefer har ansvar för att följa upp kvalitetsarbetet inom sina verksamheter samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet. Vidare har de ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver en bra vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vidare ska verksamhetschefer medverka i patientsäkerhetsberättelsen utifrån sitt ansvarsområde.

*Enhetschefer*

Enhetschefen har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschefen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser. Vidare ska enhetschef medverka i patientsäkerhetsberättelsen utifrån sitt ansvarsområde.

*Medarbetare*

Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. De ska medverka i risk- och avvikelshantering och delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera och dokumentera i verksamhetssystemet.

---

<sup>4</sup> Delegeringsordning för VON, 2018-07-01

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

**Samverkan för att förebygga vårdskador***Närvård i Sörmland*

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). NSV är gemensam för Region Sörmland och länets nio kommuner, med regionen som inbjudande värd. I reglementet framgår att nämnden har driftansvar för Hjälpmedelcentralen som ansvarar för länets hjälpmedelsförsörjning, FoU i Sörmland samt regionalt Vård- och omsorgscollege. Nämnden ska även följa upp och föreslå verksamhetsmöjligheter till huvudmännen inom följande målgrupper som är gemensamma;

1. Barn och unga som behöver särskilt stöd
2. Äldre
3. Riskbruk, missbruk och beroendevård
4. Personer med psykisk ohälsa och sjukdom
5. Personer med funktionsnedsättning

Länsgemensam styrgrupp för närvård, Länsstyrgruppen, består av representanter av förvaltningschefer, divisionschefer eller motsvarande från kommunerna samt regionen. Styrgruppen skapar förutsättningar för att invånarna i Sörmland, får en likvärdig vård. Under styrgruppen arbetar strategiska beredningsgrupper för olika fokusgrupper. Arbetsgrupper i de olika länsdelarna omfattas av lokal representation från verksamheterna i kommuner och region. Arbetsgrupperna har ett arbetsområde (äldre, funktionshinderområdet, psykiatri och barn) och arbetar med frågor på verksamhetsnivå. Målet är att på alla nivåer förbättra samverkan och därigenom erbjuda ett gott omhändertagande av invånare med behov av insatser från vårdgivarna.

Utifrån lokala avtal och överenskommelser mellan kommunen och regionen sker dialoger och samverkansmöten mellan legitimerad personal. Syftet är att diskutera gemensamma frågeställningar gällande hälso- och sjukvård.

En gemensam rutin har tagits fram som tydliggör in- och utskrivningsprocessen i hem-sjukvården utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Arbetet sker fortlöpande och samverkansstid är planerad varje vecka mellan vårdcentralerna och kommunen.

Vårdskador kan också förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp. Under året har det arbetats fram en gemensam rutin för hantering av avvikelser. Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmännen eller annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunen, men också avvikelser till färdtjänst, ambulansverksamheten och tandvården förekommer. Avvikelserna följs kontinuerligt i olika samverkansgrupper mellan Region Sörmland och kommunen.

Förvaltningen har även avtal och samverkansriktlinjer med Region Sörmland med syfte att ge en god och säker vård och för att undvika vårdskador, t ex kan omnämnas avtal

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

och läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, avtal med Vårdhygien/smittskydd samt avtal med Tandvården. Avtal finns även för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Representanter från Vård- och omsorgsförvaltningen deltagit i en tillsyn och inspektion som initierats av Inspektionen för vård- och omsorg<sup>5</sup> under senhösten. Genom riskanalys har IVO uppmärksammat brister i informationsöverföringen vid in- och utskrivning av patienter från slutenvården varför ett regionalt projekt genomförs med 10 tillsyner i syfte att bidra till ökad förståelse för hur patientens vård kan påverkas om informationsöverföringen inte fungerar. En återföringskonferens planeras senare under våren 2020, där medverkande representanter är inbjudna för att ta del av resultatet.

*Risikförebyggande vård- och omsorg*

De olika riskområdena är starkt kopplade till varandra. Nationella kvalitetsregistret Senior alert är ett stöd i det systematiska förbättringsarbetet kring fall, nutrition, trycksår eller munohälsa och möjliggör utveckling av arbetet med kvalitet och säkerhet i verksamheterna. Instrument för riskbedömningar och åtgärder är evidensbaserade vilket ger möjlighet att erbjuda alla brukare/patienter vård enligt bästa tillgängliga kunskap. Det övergripande målet är vårdprevention d.v.s. att förebygga skador och främja hälsa hos brukare/patienter. Alla brukare/patienter som bedöms ha risk för fall, undernäring, trycksår eller munohälsa ska ha dokumenterade åtgärder och följas upp regelbundet. Alla medarbetare ska delta i det förebyggande arbetet vilket kan innebära kunskapsinsamling inför riskbedömning, registrering, åtgärder och uppföljning. Riskbedömning ska erbjudas alla personer över 65 år som flyttar in på vård- och omsorgsboende eller korttidsvistelse för äldre samt personer i ordinärt boende som har skrivits in i hemsjukvården och har hemsjukvårdsinsatser. Därutöver ska förnyad bedömning ske om det uppstår förändringar i hälsotillståndet.

I Senior alert har 749 personer fått riskbedömningar under året, av dessa har 675 identifierats med risk dvs. 90 %. Riskbedömningar utifrån kvalitetsregistret Senior alert, genomförs i stor utsträckning inom särskilda boenden för äldre (demens, hemsjukvård, vård- och omsorg, LSS, kortvård) dock är riskbedömningarna bristfälliga inom hemsjukvården, korttidsenheterna och inom LSS. Ett större förbättringsområde finns gällande användandet av resultat och återkoppling som ska bidra till förebyggande vård- och omsorg samt verksamhetsutveckling. I det förebyggande arbetet behöver begreppet hälsovård samt evidensbaserade arbetssätt implementeras t ex gällande fall och fall preventivt arbete.

*God vård vid demenssjukdom*

Demenssjukdomar är vanligare i hög ålder men är inget naturligt åldrande. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)<sup>6</sup> drabbar flertalet av alla som lever med en demenssjukdom. Symtomen kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och/eller sömnstörningar. Symtom av BPSD innebär minskad livskvalitet och för att nå framgång i behandling krävs det förutom gott bemötande och god vård- och omsorg även tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD

---

<sup>5</sup> Inspektionen för vård- och omsorg - IVO

<sup>6</sup> BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

registret är ett stöd i omvårdnadsprocessen. Skatting av BPSD är en naturlig del i vården av personer med demenssjukdom.

- Fler personer som bedöms återkommande och får åtgärder i adekvat omfattning
- Fler enheter som återkopplar och använder BPSD som underlag för systematiskt förbättringsarbete.

BPSD används enbart på särskilda boendeenheter. Resultat från registret påvisar att 140 personer omfattas av BPSD skattningar och antalet skattningar är totalt 283. Vid jämförelse med förra årets siffror har resultaten minskat.

Utbildningar i BPSD har skett inom kommunen, totalt har tre utbildningstillfällen ägt rum och totalt har 27 instruktörer utbildats.

Resultat av utbildade administratörer i kommunen från år 2012-2019

År	Antal
2012	48
2013	141
2014	114
2015	155
2016	252
2017	247
2018	340
2019	257

Källa: Svensk register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, perioden 2019.

### *SveDem*

Syftet med registreringar i SveDem<sup>7</sup> är att samla in data om personer med diagnostiserad demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka inom förvaltningen men även nationellt. Basal minnesutredning utförs i huvudsak inom närvården på vårdcentral enligt Nationella riktlinjer. När patienten erhållit diagnos sker registrering<sup>8</sup> i SveDem, därefter sker uppföljning inom ett år. När person med demensdiagnos flyttar in på särskilt boende följs patienten upp i SveDem av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Under senhösten 2018 påbörjades registreringar inom särskilda boendeavdelningar för demens. Arbetet har fortsatt under 2019 med införandet av registreringar på alla särskilda boenden för äldre. Hittills har 76 registreringar utförts på 10 enheter, flest registreringar är 17 på en enhet. Någon sammanställning och resultat går inte att göra då underlaget är litet.

### *Vård i livets slut*

När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. Vård i livets slutskede är när

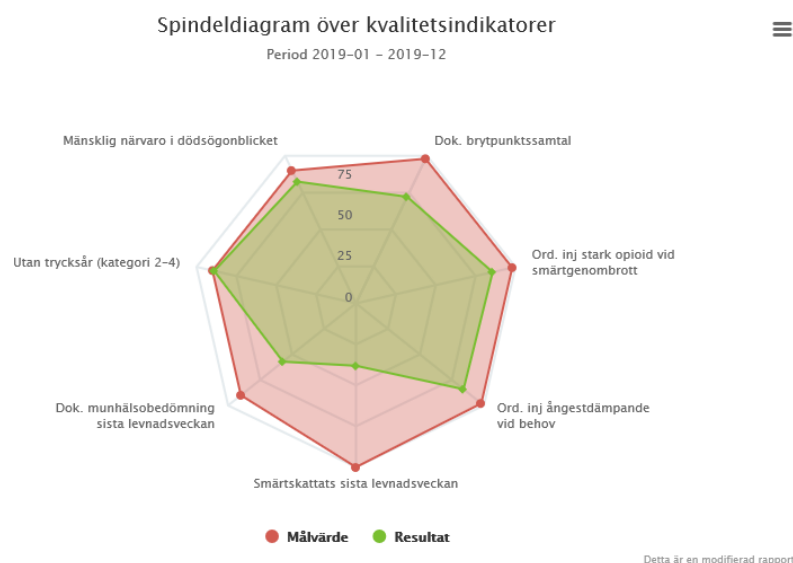
<sup>7</sup> SveDem är Svenska demensregistret, <http://www.ucr.uu.se/svedem/>

<sup>8</sup> Registrering i nationella kvalitetsregister sker alltid efter medgivande från patient.



patienten har blivit sängbunden på grund av sin grundsjukdom, patienten påvisar inte tecken på förbättring och uppvisar minst två av tre förbestämda symtom. Beslut att övergå till vård i livets slutskede fattas av läkare i samråd med sjuksköterska och övrig personal. Även närstående och patienten ska i möjligaste mån delta i planeringen av vården. Vård- och omsorg av god kvalitet är viktigt den sista tiden i livet och likaså ett värdigt slut. Stöd i arbetet för att utveckla god vård och omsorg i livets slut, är kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret<sup>9</sup>. Alla personer som avlider inom hälso- och sjukvården ska registreras.

### Resultat av palliativ vård i livets slut under 2019 för alla enheter i Katrineholms kommun



Källa: <http://palliativ.se/>, 20-01-29

Målvärde för kvalitetsindikatorerna är 90-100%. Utifrån resultaten på kommunnivå behöver alla resultat åtgärdas och förbättras. Pilarna anger förbättrat eller försämrat resultat i jämförelse med förra året.

#### Målvärden som är under förbättringsarbete är:

- avliden utan trycksår (grad 2-4) med 89 % (målvärde 90 %) ↓
- Smärtskattning sista levnadsveckan, resultat 38 % (målvärde 100 %) ↑
- Dokumenterat brytpunktssamtal, resultat 72 % (målvärde 98 %) ↑
- Dokumentation av munhälsobedömning sista veckan, resultat 57 % (90 %) ↓
- Mänsklig närvaro, resultat 86 % (målvärde 90 %) ↑
- Ordination injektion stark opioid<sup>10</sup> vid smärtgenombrott, resultat 87 % (målvärde 98 %) ↑
- Ordination injektion mot ångestdämpande vid behov, resultat 84 % (målvärde 98 %) ↓

<sup>9</sup> Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Resultatet används för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

<sup>10</sup> receptbelagda smärtlindrande läkemedel

*Läkemedelsgenomgångar*

Samtliga personer över 75 år ska erbjudas en **enkel läkemedelsgenomgång** där den enskilde har fler än fem läkemedel eller där läkemedelsrelaterade problem misstänks oavsett ålder och antal läkemedel. Därutöver ska **fördjupade läkemedelgenomgångar** genomföras då en patient har fortsatta läkemedelsrelaterade problem. Läkemedelskommittén i Sörmland har arbetat fram riktlinjer för läkemedelsgenomgångar och ansvarsfördelning vid samverkan med läkemedelsgenomgångar som uppdateras årligen. Under året har totalt 105 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförts i Katrineholm.

**Resultat av fördjupade läkemedelsgenomgångar under året, redovisas per vårdcentral som kommunen har avtal med**

<b>Namn</b>	<b>Totalt antal fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekarstöd</b>
<b>Lindens vårdcentral</b>	<b>72</b>
Patienter i ordinärt boende	40
Inskrivna patienter i hemsjukvård	6
Patienter boende på särskilt boende	26
Lövsågården	17
Furuliden	9
<b>Nävertorps vårdcentral</b>	<b>30</b>
Patienter i ordinärt boende	18
Inskrivna patienter i hemsjukvård	1
Patienter boende på särskilt boende	11
<b>Vår vårdcentral</b>	<b>3</b>
Patienter i ordinärt boende	1
Inskrivna patienter i hemsjukvård	0
Patienter boende på särskilt boende	2
Malmgården	2
<b>Flens vårdcentral</b>	<b>0</b>
Patienter i ordinärt boende	0
Inskrivna patienter i hemsjukvård	0
Patienter boende på särskilt boende	0

**Källa:** Läkemedelskommittén, Region Sörmland 2019

*Trygg hemgång och effektiv samverkan*

Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland, är beslutad att gälla för alla vårdgivare i Sörmland från och med 1 januari 2018. Arbetet har fortsatt med att följa upp internt och externt arbete utifrån riktlinjen. Under året har ett övergripande revideringsarbete pågått utifrån systematiska utvärderingar och en reviderad version planeras under år 2020.

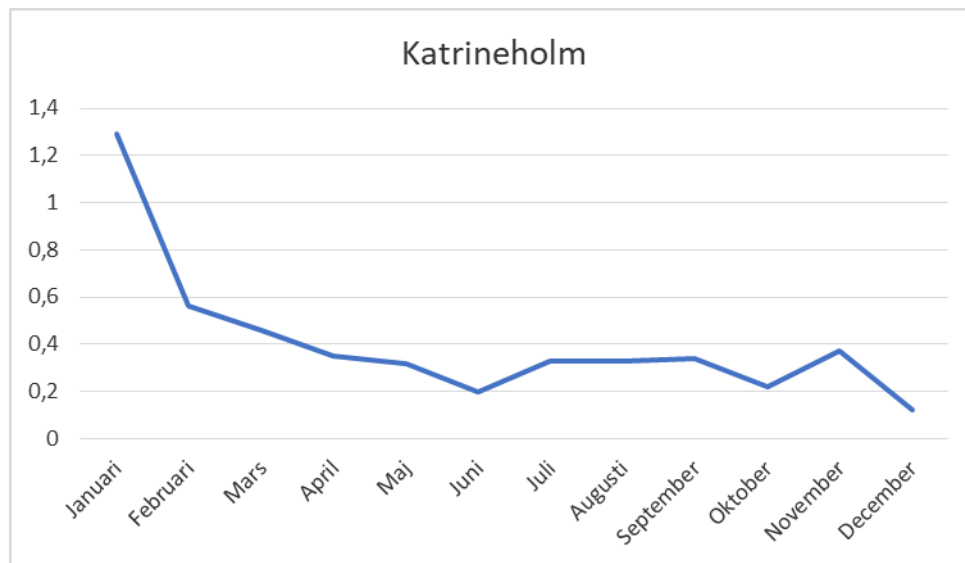
Med anledning av det stora antalet avvikelser gällande läkemedelshantering vid vårdövergångar har en riskanalys genomförts i samverkan med kommunerna och Region Sörmland. Det resulterade i ett länsgemensamt arbete för att ta fram en rutin för hur

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

läkemedel ska hanteras vid in- och utskrivningar till och från slutenvården. Syftet är att undvika behandlingsavbrott vid övergång mellan vårdgivare. Rutinen *Säker läkemedels-hantering vid in och utskrivning från sjukhus* är i skrivande stund på remisshantering inom NSV inför beslut.

Utskrivningsklara dagar i medelvärde var 0,41 dagar i jämförelse med 0,74 dagar förra året. Uppföljning av antal utskrivningsdagar fortgår men nu behöver uppföljningen ske även på utifrån ett kvalitativt patientsäkerhetsperspektiv vilket har påbörjats inom ramen för arbetsgruppen västra äldre <sup>11</sup>.



**Källa:** Utskrivningsklara dagar per månad, Prator 2019

*Samordnad individuell plan (SIP)*

Antalet mätbara SIP i Prator har ökat men vi har ett stort utvecklingsarbete att genomföra i syfte att erhålla SIP och öka kvalitén utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, då meningen är att patienten "äger" sin SIP. Idag sker mer vårdplaneringar där professionen planerar vården åt patienten. I samverkan med Region Sörmland har SIP-labb genomfört inom förvaltningen där medarbetare från olika verksamheter och professioner har tränat på att göra SIP med fiktiva patientfall.

Uppföljningar av genomförda SIP sker kontinuerligt, det finns stora förbättringsområden utifrån ett personcentrerat förhållningssätt så att patienten är delaktig samt "äger" sin SIP<sup>12</sup>. Ett krafttag behövs för att få följsamhet och det är från båda vårdgivarna i samverkan.

*Läkarsamverkan*

Samverkan med vårdcentralernas läkare inom ramen för samverkansavtal gällande läkarsamverkan inom kommunal hälso- och sjukvård fortlöper. Nya lokala avtal är upprättade mellan Vård- och omsorgsförvaltningen och två av tre vårdcentraler i Katrineholm samt en vårdcentral i Flen. Uppföljningsarbete har skett två gånger under

<sup>11</sup> Arbetsgruppen västra äldre - AVÄ

<sup>12</sup> SIP – Samordnad Individuell Plan

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

året i syfte att följa upp avtalet enligt avsedda bilagor samt att planera men även följa upp arbetet inför semester- och sommar- perioden. Avtalet ska vara känt i verksamheterna både av legitimerad personal, enhetschefer samt även omvårdnadspersonal i form av kontaktpersoner med flera.

I syfte att patientsäkra in- och utskrivningsprocessen i hemsjukvården har en rutin och checklista arbetats fram tillsammans med vårdcentralerna. Inom ramen för *Rutin för Hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Katrineholms kommun, ett gemensamt ansvar för kommuner och region*, beskrivs även hur enskilda uppdrag till kommunal hälso- och sjukvård ska hanteras, utifrån individs behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt ska hänsyn tas till bedömning om egenvård, egenvård med handräckning och/eller hälso- och sjukvård. Idag är cirka 350 patienter inskrivna i hemsjukvården och ansvarsfördelningen ska vara säkrad utifrån perspektivet vem som ansvarar för vad.

*Läkemedelskommittén*

Kommittén är underställd Landstingsstyrelsen och arbetar med ett övergripande uppdrag som syftar till en rationell, ändamålsenlig, säker och kostnadseffektiv användning av läkemedel. Läkemedelskommittén och länets kommuner har samverkat över lång tid tillbaka. Kommunerna finns representerade i läkemedelskommittén genom medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Läkemedelskommittén erbjuder tillsammans med Hälsoval<sup>13</sup>, återkommande utbildningar för sjuksköterskor. Läkemedelskommittén reviderar vartannat år en lista på läkemedel i kommunernas akut- och buffertförråd samt utarbetar "Äldre-kortet" som underlättar arbetet gällande läkemedelsbehandling hos äldre. Under förra året påbörjades en revidering av styrdokumentet *Läkemedelshantering i Sörmland* utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och Sjukvården, HSL-FS 2017:37, där kraven på läkemedelshantering skärps. Arbetet har fortgått under året och beräknas vara färdigställt under år 2020.

*Tandvårdsenheten*

Enheten är regionens resurs för övergripande tandvårdsfrågor. Ett tandvårdsstöd finns och erbjuder viss tandvård till äldre och funktionshindrade personer. Tandvårdsenheten har en överenskommelse med länets samtliga kommuner angående samverkan gällande uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, under året är överenskommelsen reviderad och uppdaterad. Överenskommelsen omfattas även av bildningsinsatser av legitimerad tandhygienist till omvårdnadspersonal på enhetsnivå samt för nyanställda/vikarier inom förvaltningen.

*MAS i Sörmland*

Ett länsövergripande nätverk med representation av länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Nätverket träffas regelbundet i samverkan i utvecklingsfrågor inom patientsäkerhet. Deltagare i MAS Sörmland representerar nätverket i olika arbets-

---

<sup>13</sup> Hälsoval – är Region Sörmlands enhet som bl a. administrerar sörmlänningarnas val av vårdcentral.

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

grupper t ex läkemedelskommittén med olika specialistområden, branschrådet MdH<sup>14</sup> samt FoU<sup>15</sup> Sörmlands olika råd.

*Vårdhygien*

Hälsa- och sjukvård i kommuner och regionen är samverkande parter i och med att patienter rör sig mellan vårdgivarna. Det innebär krav på samverkan och gemensamma rutiner inom många områden. Länets samtliga kommuner och landstinget har ett samarbetsavtal för vårdhygien, syftet är att garantera en god vårdhygienisk standard genom att i samverkan ansvarar för vårdhygieniska insatser. För den kommunala verksamheten i länet finns 1,5 tjänst hygienskötarska, under året har dock bemanningen inte varit fulltalig pga. personalbyten. Tjänsterna finansieras gemensamt av länets kommuner och anställningen är i Region Sörmlands regi på enheten för Smittskydd/vårdhygien.

*Informationssäkerhet och IT-stöd*

Rutiner för journalföring och behörighet till sammanhållen journalföring i Nationell patientöversikt (NPÖ) är reviderade under året. KVÅ<sup>16</sup> koder för kommunal hälso- och sjukvård är uppdaterade och tillförda fullt ut enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Socialstyrelsen begär in KVÅ koderna från vårdgivarna i syfte att följa upp vilka åtgärder som den kommunala hälso- och sjukvården omfattas av.

Under 2018 trädde Dataskyddsförordningen i kraft och ersätter Personuppgiftslagen. Förändringen i Dataskyddsförordningen har trätt i kraft och påverkar även annan lagstiftning och arbetet har fortgått under 2019.

*Kvalitetsråd och summeringsmöten*

Kvalitetsråd och summeringsmöten ska ske inom förvaltningen. Kvalitetsråd sker i huvudsak på enhetsnivå/verksamhetsnivå och summeringsmöten på förvaltningsnivå där alla verksamheter representeras. Myndighet- och specialist- verksamhetens professioner med MAS och utredare, samverkar gällande avvikelser utifrån lagstiftningarna. Avvikelser, allvarliga avvikelser, lex ärenden, risk- och händelseanalyser sammanställs, analyseras och åtgärder samt strategier kommuniceras. Övriga verksamheter deltar aktivt för vidare spridning inom verksamheterna.

**Patienters och närståendes delaktighet**

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med patienten och om hen önskar även med anhöriga. Information om möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla som bor och vistas inom förvaltningens enheter samt till närstående. Samverkan sker främst vid ankomst-samtal vid inflyttning på särskilt boende, vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter, klagomål samt avvikelser, Samordnade Individuella Planer (SIP) och vid kontinuerliga möten i det dagliga vårdarbetet. Vid avvikelshantering gällande patienter ska patient eller/och närstående informeras om avvikelserna, vilket även ska fyllas i vid avvikelse anmälan/hantering i verksamhetssystemet.

---

<sup>14</sup> MdH – Mälardalens Högskola

<sup>15</sup> FoU – Forskning och utveckling

<sup>16</sup> KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister från och med 2019.

**Vård- och omsorgsförvaltningen**  
Lednings- och verksamhetsstöd*Anhörigstödet*

Anhörigstödet inom vård- och omsorgsförvaltningen erbjuder stöd i form av service för vuxna anhöriga till någon som är äldre, långvarigt sjuk eller som har en funktionsnedsättning. Anhörigstödet informerar och samverkar både intern och externt. Anhörigstödet har genomfört ett flertal aktiviteter under året. Nationella anhörigdagen uppmärksammades den 8 oktober. Av statistiken för 2019 har man mött ca 230 personer under året, varav 122st var nya för verksamheten. Anhörigcentralen har informerat om anhörigperspektiv och anhörigstöd på totalt 46 platser.

**Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet***Interna avvikelser*

Arbetet med avvikelshantering är grunden för patientsäkerhetsarbetet och utveckling av den kommunala vården och omsorgen. All personal och har skyldighet att registrera avvikelser och händelser. Riktlinje för hantering av avvikelser finns inom förvaltningen, under året har rutinen för avvikelser reviderats och inkluderar nu övergripande lagstiftningar inom vård- och omsorg i syfte att förenkla hanteringen från anmälan till uppföljning och avslut.

*Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet*

Utifrån alla lagrum är totalt 4 102 avvikelser anmälda. Av alla avvikelser är 3 361 avslutade och 386 avvikelser är ej bedömda det vill säga andel 9 % (förra året 23 %). I jämförelse med förra året har anmälningar av avvikelser ökat och andelen icke bedömda har minskat. Utifrån hälso- och sjukvårdslagen är totalt 1 929 avvikelser anmälda (förra året 1 738) under hela året. Att avvikelserna ökar ses som positivt då tolkningen är att man i verksamheterna har ett mer patientsäkerhetsperspektiv i fokus. Bedömda avvikelser men minst en åtgärd är 1762, avvikelser som har minst en åtgärd utgörs av andelen 91 %. Bedömda avvikelser utan åtgärd är 167.

**Avvikelser per aktivitet i fallande storleksordning och andel, 2019**

Aktivitet	Totalsumma	Andel
Läkemedel	1 304	32 %
Insats/ omvårdnad	952	23 %
Dokumentation/informationsöverföring	234	6 %
Organisation/arbetsrutiner	209	6 %
Fall med skada	127	3 %

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

**Avvikelser per åtgärder i fallande storleksordning och andel, 2019**

Åtgärd	Totalsumma	Andel
Arbetsplatsdiskussion	928	48 %
Kontakt med sjuksköterska	300	16 %
Enskilt samtal	278	14 %
Tom/ingen	175	9 %
Handledning	141	7 %
Rapporterad till enhetschef	101	5 %

*Lex Maria*

4 allvarliga avvikelser har anmälts till IVO som lex Maria.

Anmälan av händelser som har medfört vårdskada är: 3.

Anmälan av händelser som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada är: 1.

*Externa avvikelser*

Summering av inkomna avvikelser till Apotekstjänst 2019:

Totalt inkomna avvikelser från Katrineholms kommun till Apotekstjänst är 12.

- Dos = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende dosdispenserade läkemedel är 6.
- Originalförpackning = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende originalförpackning/helförpackning är 6.
- Ej hänförligt Apotekstjänst = avvikelser ej orsakade av Apotekstjänst eller deras underleverantör är 0.

*Patientnämnden*

Tre ärenden är redovisade från Patientnämnden, dessa är besvarade från verksamheten.

*Läkemedelsverket*

En allvarlig avvikelse är anmäld till Läkemedelsverket gällande medicinsk teknisk hjälpmedel.

*Avvikelser från Katrineholms kommun till Region Sörmland*

Totalt har 77 avvikelse rapporter upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedel, bristande medicinsk information och hjälpmedel i samband med utskrivningsprocessen från slutenvården. I jämförelse med förra året har antalet avvikelser ökat från 55 till 77.

*Avvikelser från Region Sörmland till Katrineholms kommun*

Totalt har 13 avvikelse rapporter inkommit. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedelshandling mellan vårdgivarna och hjälpmedel i samband med inskrivnings

processen i slutenvården. Jämförelse med förra året har antalet avvikelser ökat från 4 till 13.

#### *Patientskadeförsäkring*

Patientskadelagen (SFS 1996:799) klargör bestämmelser om rätten till patientskadeförsäkring och skyldighet för vårdgivare att ha försäkringar som täcker sådan ersättning. Länsförsäkringar Sörmland försäkrar kommunen, under året har ingen patientskadeersättning betalats ut.

#### **Klagomål och synpunkter**

Två klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård har inkommit under året till verksamhetssystemets avvikelsemodul. Dessa hanteras av enheterna själva och förbättringsförslag tas fram i samverkan med berörd verksamhetschef, baspersonal samt legitimerad personal. Ett klagomålsärende har resulterat i en lex Maria anmälan som medfört vårdskada.

#### **Egenkontroll**

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Avvikelser interna och externa, risk för avvikelser	Månadsvis/tertiäl/år	Verksamhetssystemet, Treserva Apotekstjänst AB Patientnämnden Lex
Nationella kvalitetsregister <ul style="list-style-type: none"><li>• Vårdprevention</li><li>• SveDem</li><li>• PPM BHK</li><li>• BPSD</li><li>• Svenska HALT</li></ul>	Tertiäl/år	Senior alert SveDem SKR BPSD Folkhälsomyndigheten
Hygienronder	Enligt överenskommelse, per år	Protokoll
Patienter/närståendes klagomål och synpunkter	Månadsvis/ tertial/år	Internt inkomna, verksamhetssystemet, Patientnämnden
Journalgranskning	2 gånger per år/ 2 journaler per legitimerad medarbetare	Protokoll
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandling	1 gång per år/ enhet	Rapport
Loggning av NPÖ <sup>17</sup> och Prator	Slumpmässigt urval	Protokoll

<sup>17</sup> NPÖ – Nationell patientöversikt



**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av läkarsamverkansavtal	2 gånger per år/vårdcentral	Rapport

**Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten****Systematiskt kvalitetsarbete**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 3 kap. om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innebär att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Under år 2018 påbörjades ett övergripande arbete i syfte att revidera befintligt ledningssystem, arbetet har pågått under 2019 och fortsätter under 2020.

Olika kvalitetsområden som ska beaktas för att kvaliteten inom Hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande ska kunna utvecklas och säkras, är följande;

- Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen och Patientsäkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att hälso- och sjukvårdspersonalen har begått misstag. Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, bland annat för att säkerställa att patienternas behov och önskemål tillgodoses så långt det är möjligt. Ett bra möte och samtal mellan patienten och vårdens representanter lägger grunden till en trygg och säker vård.

**Risk- och händelseanalys**

Inför förändringar i organisationen, införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra en riskanalys med involverade verksamheter. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något negativt har hänt. Under året har en riskanalys genomförts inför förvaltningens omorganisation inför år 2020. Riskanalys har även genomförts inför semesterperioden gällande för bemanning av legitimerad personal inom Hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Då en händelse inträffat som medfört att en patient kommit till allvarlig vårdskada eller kunde ha skadats allvarligt, ska en händelseanalys utföras. Under året har ett flertal händelseanalyser och utredningar av allvarligare händelser skett utifrån allvarliga

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

avvikelser. Bland annat har identifierats risker för patientsäkerheten inom verksamheten Funktionsstöd där samerkan mellan omvårdnadspersonal, enhetschefer och legitimerad personal varit bristfällig. Ett omfattande förändringsarbete har pågått i syfte att få till förbättrad organisation mellan verksamheterna Funktionsstöd och Hälso- och sjukvård inom områdena; kommunikation/information, dokumentation, delgeringsprocessen, även ansvarsfördelning mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal är förtydligad. Genomgång av in- och utskrivningsprocessen i hemsjukvården är genomförd för målgruppens brukare/patienter i syfte att få fram vem som ansvarar för vad i hälso- och sjukvården.

**Informationssäkerhet**

Patienters personuppgifter behandlas i verksamhetssystemet som genom ledningssystemet ska säkerställa att:

- Dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkompliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet)
- Personuppgifterna är oförvanskade (riktighet)
- Obehöriga ska inte kunna ta del av personuppgifterna (konfidentialitet)<sup>18</sup>
- Åtgärder kan härledas till en användare (spårbarhet)<sup>19</sup> i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade. En Informationssäkerhetspolicy för kommunen, övergripande anvisningsdokument samt riktlinje för informationshantering och journalföring finns framtaget och är under året reviderat.

**Resultat**

*Risikanalyser* – genomförs av varje chef innan behörighet ges till verksamhetssystemet samt till NPÖ. *Loggkontroll* – loggkontroller genomförs frekvent i NPÖ<sup>20</sup> samt i Prator<sup>21</sup>. *Medgivande*<sup>22</sup> har initialt saknats vid några tillfällen men är säkerställt i efterhand från patient. *Driftstörning* – har inte rapporteras för året. Rutiner för datastopp finns. *Driftstopp och fysiskt skydd av informationssystem* – IT-enheten ansvarar för dessa och har inte rapporterats för året.

**Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

Läkemedelshantering inom kommunens hälso- och sjukvård regleras av en länsövergripande rutin mellan länets kommuner och Region Sörmland. Varje enhet inom kommunen där läkemedel hanteras, ska ha en lokal läkemedelsrutin/instruktion för ansvarsfördelning samt för hur läkemedel ska hanteras lokalt. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering sker årligen, vilket har skett i huvudsak under senhösten 2019. Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar, "Läkemedelshantering i Sörmland" samt enheternas lokala läkemedelsrutiner vilka ska vara godkända av MAS. De enheter som granskats erhåller en rapport med förbättringsåtgärder/handlingsplan från granskande farmaceut.

---

<sup>18</sup> Konfidentiell – hemlig, privat, motsats till offentlig

<sup>19</sup> Spårbarhet- går att spåra, söka reda på

<sup>20</sup> NPÖ – Nationell patientöversikt

<sup>21</sup> Prator – ett kommunikationsverktyg mellan vårdgivarna framförallt mellan sluten- och öppenvården

<sup>22</sup> Medgivande – patienten ska ge sitt samtycke som ska beskrivas i journal

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

Enheterna ska därefter själva skriva åtgärdsplaner i syfte att belysa de områden som behöver utvecklas eller arbetas vidare med, samt användas som hjälpmedel i det fortsatta kvalitetsarbetet. Under året är 53 enheter är granskade.

**Vårdhygien**

Under 2019 har arbetet med vårdhygien bedrivits tillsammans med Region Sörmland. Förvaltningen har samverkansavtal med Regionen och arbete med vårdhygien har bedrivits på olika sätt.

Hygienronder har genomförts på följande enheter:

1. Igelkotten säbo och servicehus
2. Gjuterigatan hemtjänst/hemsjukvård
3. Norrglantan säbo, demens och dagverksamhet
4. Lövåsgården korttidsboende
5. Hälso- och sjukvårdsverksamhetens jourverksamhet på Lövåsgården.

Resultaten av hygienronderna sammanställs i en rapport som lämnas till enhetschef.

Utbildning har skett inom följande områden:

1. Basal hygien och smittvägar på Igelkotten
2. Utbildning i hygien för chefer.

**Resultat och analys**
**Egenkontroll**

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
God patient-säkerhetskultur	Systematisk hantering av avvikelser	Nya rutiner, implementering av rutiner Kvalitetsråd och summeringsmöten är startade under senhösten 2018. Kvalitetsråden har fortsatt under året, dock har målet för summeringsmöten inte uppnåtts fullt ut.	<b>Antal avvikelser</b> 1 929 totalt bedömda avvikelser. 1 762 totalt bedömda avvikelser med minst en åtgärd. 167 totalt bedömda avvikelser har ingen åtgärd. 91 % avvikelser har minst en åtgärd. <b>Antal aktiviteter</b> Läkemedel 32 %. Insats/omvårdnad 23 %. Dokumentation/ Informationsöverföring 6 %. Organisation/ Arbetsrutiner 6 %. Fall med skada 3 %.	1383 avvikelser är avslutade med åtgärd och uppföljning 206 avvikelser är avslutade med åtgärd 162 avvikelser har åtgärdats 11 avvikelser har följts upp Antalet avvikelser har totalt ökat i jämförelse med förra året vilket är en positiv utveckling. Patientsäkerhetskulturen är dock ojämnt fördelad inom förvaltningens enheter då vissa enheter anmäler avvikelser och arbetar systematiskt med kvalitetsutveckling i syfte att er hålla god och säker vård. Andra enheter har

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

 Datum  
2020-02-07

 Vår beteckning  
VON/2020:5-709

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
			<b>Antal åtgärder</b> Arbetsplatsdiskussion 48 %. Kontakt med sjuksköterska 16 %. Enskilt samtal 14 %. Tom/ingen 9 %. Handledning 7 %. Rapporterad till enhetschef 5 %.	mycket få avvikelser anmälda, brister i bearbetningen, med åtgärder och uppföljningar varför slutsatsen blir att patient-säkerhetskulturen är ett stort eller mycket stort utvecklingsområde. Läkemedelshantering från iordningställande till intag av läkemedel är i särklass störst kategori av läkemedelsavvikelser liksom förra året. Av åtgärdade avvikelser finns åtgärden tom/ingen samt övrigt, vilket är en alltför stor andel av totalsumman som höjer resultatmålet på ett oönskat sätt. Inför framtiden behöver vi se över åtgärderna i avvikelssystemet så att felkällor minimeras.
Nationellt kvalitetsregister Alla verksamheter, enheter och avdelningar deltar i PPM BHK sedan år 2016	En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner.	Information sänds ut på interna hemsidan i god tid innan mätning Meddelanden till verksamhetschefer sänds ut av MAS	449 observationer. Total följsamhet i samtliga steg var 53 %. Desinfektion före omvårdnadsarbete uppnåddes till 64 % följsamhet vid mät tillfället	Förbättra följsamhet till Basala Hygien och Klädregler i det vårdnära arbetet samt använda arbetskläder till 100 %. Inrätta hygienombud på alla avdelningar/enheter. Alla avdelningar/enheter per verksamhet ska delta i PPM BHK 2020
Nationellt kvalitetsregister Alla särskilda boenden för äldre deltar i Svenska HALT	Stödja systematiskt förbättringsarbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner och förbättra antibiotika förskrivningen. Belysa vårdtyngdsindikatorer och riskfaktorer		Folkhälsomyndigheten har beslutat att inte genomföra mätningen för året. Anledningen är att man ska se över hur man ska förvalta mätningen, kostnaderna och hur ofta vi ska göra mätningen. När översynen är klar återkommer man med information om de framtida mätningarna.	Vi avvaktar Folkhälsomyndighetens beslut inför framtida arbete

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
God hygienisk standard i verksamheterna	Egenkontroll	Hygienronder genomförs av hygiensjuksköterska i samverkan med MAS	5 hygienronder är genomförda under året. Rapport lämnas till respektive enhetschef för åtgärder enligt framtagen handlingsplan.	Resultaten på enhetsnivå är olika beroende på verksamhet. Exempel på vanliga förbättringsåtgärder som föreslagits är: Hygienombud saknas och bör utses. Ombyte och tvätt av kläder på arbetsplatsen ska följas. Använda arbetskläder fullt ut. Tvätta händer/ använd handsprit innan vårdnära arbete. Egenkontroll av maskiner i sköljrum. Avsaknad av skölj/spolo, bör inskaffas och finnas. Förvaring ska ske på hyllor och inte på golv. Sortering, rätt sak på rätt plats. Skaffa nya skåp vid förvaring av sterilt och höggradigt rent, ska inte förvaras tillsammans. Inte blanda rent och smutsigt Följsamhet till BHK, ringar, nagellack etc., förekommer frekvent
Säker läkemedelshandtering	Extern apoteksgranskning varje år/ enhet	Handlings och åtgärdsplaner/enhet	Förbättringsområden på enhetsnivå. Förbättringsområden på förvaltningsnivå.	Rapport
Säker informationshantering och journalföring	Egenkontroll	Systematisk loggning	Ett fåtal avvikelser vilka åtgärdats och medgivande har erhållits vid förfrågan om medgivande	Säker informationshantering och journalföring
Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal. Journalgranskning så att vård och behandling ska kunna följas i journal	Hälso- och sjukvårdsverksamheten genomför journalgranskning	2 gånger per år, 2 journaler per legitimerad medarbetare	Uppföljning av åtgärder saknas i vårdplaner, inaktuella vårdplaner är inte avslutade och det finns inte alltid en vårdplan skriven eller inte alls fördelad till omvårdnadspersonal, när det så ska vara. Avvikelser gällande	Vid granskningen har framkommit att journalföring och informationsöverföring är ett fortsatt utvecklingsområde. Dokumentation av legitimerad personal samt delegerad personal som dokumenterar i

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
<p>med neutralt, begripligt språk och god etik.</p> <p>Särskilj patienter med vårdåtagande i verksamhetssystemets patientjournal i förhållande till inskrivna patienter i hemsjukvård</p>			<p>aktivitet dokumentation/Informationsöverföring utgörs av 6 % andelar.</p>	<p>patientjournal/ vårdplan är ett stort övergripande förbättringsområde.</p> <p>Under året har utbildningsmaterial tagits för i syfte att användas vid interna utbildningar.</p> <p>Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal.</p> <p>Systematisk genomgång av patientjournal och vårdplaner av omvårdnadsansvarig legitimerad personal prioriteras även under 2020</p>
<p>Nationellt kvalitetsregister SveDem</p>	<p>Syftet med SveDem är att samla data om personer med demenssjukdom för att förbättra och utveckla vården av demenssjuka inom förvaltningen men även nationellt.</p>	<p>Registrera och följa upp personer som bor på särskilda boendeavdelningar för demens</p>	<p>Förbättra och utveckla vården av demenssjuka inom vårdgivarens ansvarsområde</p> <p>Arbetet har inte fullföljts inom hälso- och sjukvårdsverksamheten</p>	<p>Antalet uppföljningar av demensutredningar ska öka på alla enheter och vara relevant i förhållande till antalet demensutredningar så att syftet kan uppnås</p>
<p>Nationellt kvalitetsregister Senior alert</p>	<p>Nollvision av trycksår.</p> <p>Alla verksamheter, deltar i PPM trycksår varje år.</p> <p>Data uttag sker via Senior alert</p>	<p>Vårdprevention</p>	<p>Vid mättillfället är antalet registrerade 381, av dessa är 256 kvinnor.</p> <p>Antal med risk för trycksår, 108.</p> <p>Bedömningar &gt; 180 dagar.</p> <p>Antal med BMI &lt; 22, 82.</p> <p>Antal pågående trycksår, 20.</p> <p>Antal trycksår kategori I, 10, II och III, 4 och kategori IV, 2.</p> <p>Demensenheter antal registreringar 94, andel trycksår 7 %.</p> <p>Kortvårdsenheter antal registreringar 10, andel trycksår 20 %.</p> <p>Vård och omsorgsenheter antal registreringar 228, andel tryck-</p>	<p>Förebyggande av trycksårsgärder innebär att stödjande personen att själv göra det man kan samt ta tillvara på egna resurser och möjligheter och efter behov ge god omvårdnad. Ett trycksår utvecklas snabbt och kan uppstå på alla delar av kroppen. Faktorer som påverkar är tryck, friktion, skjuvning, fukt och temperaturhöjning. Att arbeta regelbundet och inspektera huden för att snabbt kunna observera och sätta in förebyggande åtgärder är A och O. Hudvård, nutrition, smärtlindring är faktorer som påverkar resultatet.</p> <p>En handlingsplan för</p>

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
			sår 2 %. Hemsjukvård antal registreringar 47, andel trycksår 4 %.	det systematiskt förbättringsarbete behöver genomföras inom verksamheterna utifrån de riskbedömningar som genomförs, vidta åtgärder och följa upp mer frekvent än vad som sker. Här är alla professioner viktiga i det förebyggande arbetet så att trycksår aldrig uppstår. Nollvision Trycksår är målet.
Mål och strategier för år 2019 Reviderat kvalitetsledningssystem inkluderat värdegrundsfrågor och systematiskt kvalitetsarbete med egenkontroller, revision/inspektion och övergripande styrdokument	Inom förvaltningen pågår utvecklings- och revideringsarbete på olika sätt där flera professioner är involverade i arbetet	Arbetet pågår	Målet är inte uppnått under året	Arbetet fortsätter under år 2020
Patientsäker läkemedels-hantering	Säkra läkemedels-hantering på särskilt boende. Säkra läkemedelshandlingen i hemsjukvården där ansvar för läkemedel överlämnats från patient till hälso- och sjukvårdspersonal.	Delegeringsprocessen är reviderad och nya styrdokument är framtagna Loggningsbara läkemedels skåp på särskilda boendeformer är inköpta för att kunna spåra hantering och avvikelser. Prioriteringslista ska tas fram för inköp över tid Nyckelutrustade läkemedelsskåp i ordinärt boende ska installeras när behov finns, d.v.s. säker förvaring när hälso- och sjukvården ansvar för läkemedels-hantering	Resultat finns inte ännu då åtgärderna vidtagits sista kvartalet, 2019	Delegeringsprocessen kommer att följas upp systematiskt med på olika sätt Loggningar av läkemedelskåp möjliggörs och rutin ska tas fram för systematisk egenkontroll på enhetsnivå. Arbetet fortgår 2020

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Implementering av evidensbaserade arbets sätt för att minska fall och fallskador hos äldre	Planeras som mål och indikator inför år 2020	Hälso- och sjukvårdsverksamhetens representant har under året deltagit i FoU och fallpreventionsrådet	Under hösten har man haft länsövergripande workshop i förebyggande fallprevention för äldre i ordinärt boende	Arbetet behöver utökas inom förvaltningens målgrupp av äldre samt kopplas samman med vårdpreventivt arbete och arbetet ska utgå från FoUs evidensbaserade arbetsmaterial. Under året har 127 fall med skada, 700 fall incidenter registrerats som avvikelser i verksamhetssystemet. Av 674 personer med risk enligt bedömningar i S. a har 205 personer fallit 718 ggr. Vanligaste planerade åtgärderna vid fall är larm och hjälpmedelförskrivning vilket påvisar att det preventivt arbete som gångträning, anpassning av miljö och stöd sätts in alldeles för långt ner på åtgärdslistan d.v.s. det preventiva arbetet behöver komma in tidigare i den enskildes liv.

## Mål och strategier inför 2020

### Säkra läkemedelshanteringen inom verksamheterna

- Inom verksamheterna bidra till patientsäker vård på lika villkor för patienter som inte kan ansvarar för eller hantera sina läkemedel d.v.s. har överlämnat hälso- och sjukvårdsansvar för läkemedel (ansvarsövertagande).
- Digital signering av ordinationer inom hemsjukvården. Implementering av möjligheter att signera digitalt planeras fortsätta inom övriga verksamheter framöver.
- Byta låssystem från nyckelhantering till loggningsbara kodlås på läkemedelsskåp i de boendes lägenheter. Gäller för särskilt boende utifrån en fastställd prioriteringsordning.
- Säkra leveranser, förvaring och iordningställande processer av läkemedel för patienter med överlämnat hälso- och sjukvårdsansvar för läkemedel i ordinärt boende.
- Delegeringsprocessen ska följas upp.

### Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal

- Systematisk kvalitetssäkring av slumpmässigt urval av patientjournaler och vårdplaner per område där legitimerad personal har ansvar.



**Vård- och omsorgsförvaltningen**

Lednings- och verksamhetsstöd

- För att stödja kvalitetssäkringsprocessen av patientjournaler och vårdplaner, initieras uppdrag inom verksamheten.

**Säkra verksamhetsprocesserna utifrån riktlinjen *Trygg hemgång och effektiv samverkan***

- Skapa säkra rutiner för det interna arbetet kopplat till riktlinjen *Trygg hemgång och effektiv samverkan*.