



Patientsäkerhetsberättelse år 2018

Sammanfattning	2
Inledning.....	3
Struktur	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	14
Strategiska åtgärder som vidtagits under året.....	14
Riskanalys	14
Utredning av händelser – vårdskador	14
Informationssäkerhet	15
Resultat och analys.....	16
Övergripande resultat och analys	16
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter.....	21
Händelser och vårdskador	21
Riskanalys	21
Mål och strategier för år 2019.....	22

Sammanfattning

Att rapportera tillbud, negativa händelser och risker utgör grundpelaren i patientsäkerhetsarbetet. Alla medarbetare inom förvaltningen är skyldiga att bidra till ett systematiskt förbättringsarbete. Vårdskador kan förebyggas genom strukturerat arbete med avvikelshantering. Riktlinjer och rutiner finns för att hantera interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras i första hand på enhetsnivå. Externa avvikelser hanteras i första hand av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) men kan även hanteras i samverkan på enhetsnivå. Externa avvikelser över vårdgivargränserna samverkas i olika samverkansforum med annan vårdgivare.

Syftet med patientsäkerhetsarbetet i dessa former är att bidra till ett lärande och utveckling av kvalitén och att händelsen inte sker igen. Under året har antalet avvikelser, totalt sett minskat jämförelse med förra året. Framåt i tiden behöver rapporteringen öka utifrån målet att öka patientsäkerheten.

Ett arbete för att förenkla anmälningar av klagomål och synpunkter¹ har initierats under året och fortsätter under år 2019. Syftet är att hantera ärenden från anmälan in i verksamhetssystemets avvikelsemodul. Hanteringen av ärendena ska ske skyndsamt och på ett säkert sätt från mottagande till svar.

Under hösten startade nya former av samverkansmöten så kallade kvalitetsråd och summeringsmöten, representanter från samtliga verksamheter deltar. Syftet är att arbeta systematiskt utifrån vårdgivarens ledningssystem och sprida genomförda förbättringsområden till alla verksamheter. Arbetet fortsätter framöver.

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har fortsatt under året. Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom vårdkedjan samt att den enskilde inte ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset. Målet är uppnått med ett medelvärde för året på 1,1 dagar. Arbetet fortsätter år 2019 med fokus på samverkan mellan vårdgivarna men även fokus behöver ske utifrån patientsäkerhetssynpunkter så att utskrivningsprocessen för den enskilde patienten blir trygg hemgång.

Egenkontroller är genomförda inom områdena läkemedelshantering, hygienronder, hygien och klädregler, vård relaterade infektioner, demens, palliativ vård, antibiotikaanvändning och riskfaktorer hos personer som bor på särskilt boende för äldre. Egenkontroll har även skett av dokumentation i patientjournal samt loggar av NPÖ² och Prator³. Utifrån resultatet behöver kvalitén i dokumentationen förbättras så att vård- och omsorg kan följas samt att språket är neutralt och lätt att förstå.

¹ Klagomål och synpunkter - Klagomål som inkommer i verksamheten och skall hanteras enligt riktlinje och rutiner för klagomåls- och synpunktshantering. Lagrum: SoL, LSS och/eller HSL

² NPÖ – Nationell patientöversikt

³ Prator – ett kommunikationsverktyg mellan vårdgivarna framförallt mellan slutna- och öppenvården

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som eder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska, strukturerade arbetssättet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa. Vidare att lyfta fram strategiska mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år.

Struktur

Övergripande mål och strategier

Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2018-2020⁴

- **Resultatmål/uppdrag**

Minskad risk för undernäring för äldreomsorgens brukare

- **Indikatorer**

Andel brukare i särskilt boende med risk för undernäring enligt bedömning i Senior alert

- **Indikatorer**

Andel brukare i särskilt boende med bedömd risk för undernäring som har en planerad förebyggande åtgärd

- **Indikatorer**

Andel brukare i särskilt boende vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn till den enskildes önskemål)

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser, risk för avvikelser	Månadsvis/tertiäl/år	Verksamhetssystemet Treserva
Vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning	1 gång per år	Svenska HALT
Basala hygien- och klädregler	1 gång per år	PPM mätning, SKL regi
Hygienronder	Enligt ök., per år	Protokoll
Patienters klagomål och synpunkter	Månadsvis/ tertial/år	Internt inkomna, Verksamhetssystemet, Patientnämnden
Journalgranskning	2 gånger per år/ 2 journaler per leg. medarbetare	Protokoll
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandling	1 gång per år/enhet	Protokoll
Loggning av NPÖ ⁵	Slumpmässigt urval	Protokoll

⁴ Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2018-2020. Vård- och omsorgsnämndens handling nr 14/2017

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Riskbedömningar i Senior alert	Månadsvis/tertiäl/år	Senior alert
Registrering i Palliativa registret	Månadsvis/tertiäl/år	Palliativa registret

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 patientsäkerhetsarbetet.

Nämndens ansvar⁶

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 SoL⁷
- Dagverksamhet för äldre
- Bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt SoL/LSS⁸
- Bostäder med särskild service enligt LSS
- Daglig verksamhet och sysselsättning

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 sjuksköterska⁹ (MAS)

MAS har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården, att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för lednings-

⁵ NPÖ – Nationell patientöversikt

⁶ Kvalitetledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen, VON/2012:76 - 010

⁷ SoL - Socialtjänstlagen

⁸ LSS - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

⁹ Delegeringsordning för VON, 2018-07-01

systemet. 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.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Närvård i Sörmland

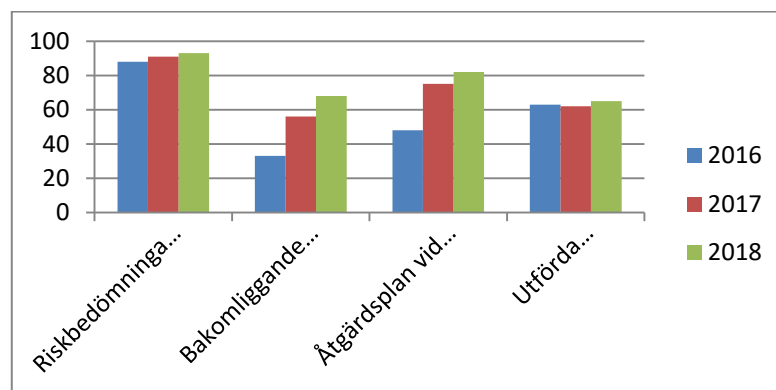
Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Nämnden är gemensam för Landstinget Sörmland och länets nio kommuner, med landstinget som inbjudande värd. I reglementet framgår att nämnden har driftansvar för Hjälpmedelcentralen som ansvarar för länets hjälpmedelsförsörjning, FoU i Sörmland 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 landstinget. 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 landsting. 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. Samverkansmöten har skett frekvent mellan chefer och andra nyckelpersoner från Kullbergsska sjukhuset och vårdcentraler med medicinskt patientansvar. Syftet har varit att samverka verksamhetsnära frågeställningar och underlätta samarbetet utifrån en patientcentrerad vårdkedja och utskrivning från slutenvården. Även samverkansmöten mellan legitimerad personal i kommunen och vårdcentraler med medicinskt patientansvar har ökat under året. Syftet är att diskutera patientproblem, vårdplanera, planera hembesök av läkare och skriva in patienter i hemsjukvården samt genomföra SIP där behov finns. Arbetet sker fortlöpande och tid är planerad varje vecka inom ramen för läkarsamverkansavtalet.

Senior alert

Att arbeta förebyggande med fall, nutrition, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt för att säkerställa god och säker vård och omsorg för äldre personer. 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 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 hemsjukvårdsinsatser. Därutöver ska förnyad bedömning ske om det uppstår förändringar i hälsotillståndet. I Senior alert har 342 personer fått en riskbedömning under året, jämfört med 351 personer under 2017.

Resultatet av riskbedömningarna visas i diagrammet nedan, från år 2016-2018

Källa: Senior alert

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 läkemedelsgenomgångar** 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.

Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar under året genomförda på särskilda boenden och i hemsjukvården

Särskilt boende Furuliden	12
Särskilt boende Vallgården/Malmgården	4
Särskilt boende Norrgläntan	4
Särskilt boende Lövsågården	20
Särskilt boende Yngaregården	3
Ordinärt boende., hemsjukvård., <i>Linden VC</i>	11
Särskilt boende Strandgården	0
Särskilt boende Pantern	1
Ordinärt boende, hemsjukvård, <i>Nävertorp VC</i>	0
Särskilt boende <i>Igelkotten</i>	6
Ordinärt boende., hemsjukvård., <i>Vår VC</i>	0
Särskilt boende Almgården/Julita, <i>Flens VC</i>	2

Källa: Läkemedelskommittén, Region Sörmland

Trygg hemgång och effektiv utskrivning

”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 den 1 januari 2018. Utskrivningsklara dagar i medelvärde var under januari högst med 2,0, under maj lägst med 0,5 och som medelvärde under januari–november 1,1 dagar.

God vård vid demenssjukdom

Demens är inget naturligt åldrande. Däremot är demenssjukdomar betydligt vanligare i hög ålder. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)¹⁰ drabbar cirka 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Symtomen kan vara aggressi-

¹⁰ BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

vitet, oro, apati, hallucinationer och/eller sömnstörningar BPSD registret är ett stöd i omvårdnadsprocessen. Skatting av BPSD är en naturlig del i vården av personer med demenssjukdom. BPSD används enbart på särskilda boendenheter just nu. Resultat från registret påvisar att 18 av 26 boende enheter/avdelningar har registrerat under 2018. Antalet registreringar är 340 till antalet. År 2017 var antalet registreringar 17 av 27 boende enheter/avdelningar. Antalet registreringar var då 247. Vid jämförelse med förra årets siffror har dessa ökat, se tabell enligt nedan.

Utbildningar i BPSD har skett av kommunens demenssjuksköterska, totalt är 37 nya BPSD administratörer utbildade.

Antal registreringar i BPSD registret år 2012-2018

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

Källa: Svensk register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, perioden 2018.

SveDem

Syftet med registreringar i SveDem¹¹ är att samla in data om personer med diagnostiserad demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka inom förvaltningen men även nationellt. När patienten erhållit diagnos sker registrering¹² 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 har registreringar påbörjats inom särskilda boendeavdelningar för demens. Arbetet fortsätter under 2019 med införandet av registreringar på alla särskilda boenden för äldre. Hittills har 38 registreringar utförts på 10 enheter, flest registreringar är 10 på en enhet. Någon sammanställning och resultat går inte att göra då underlaget är litet.

Vård i livets slut

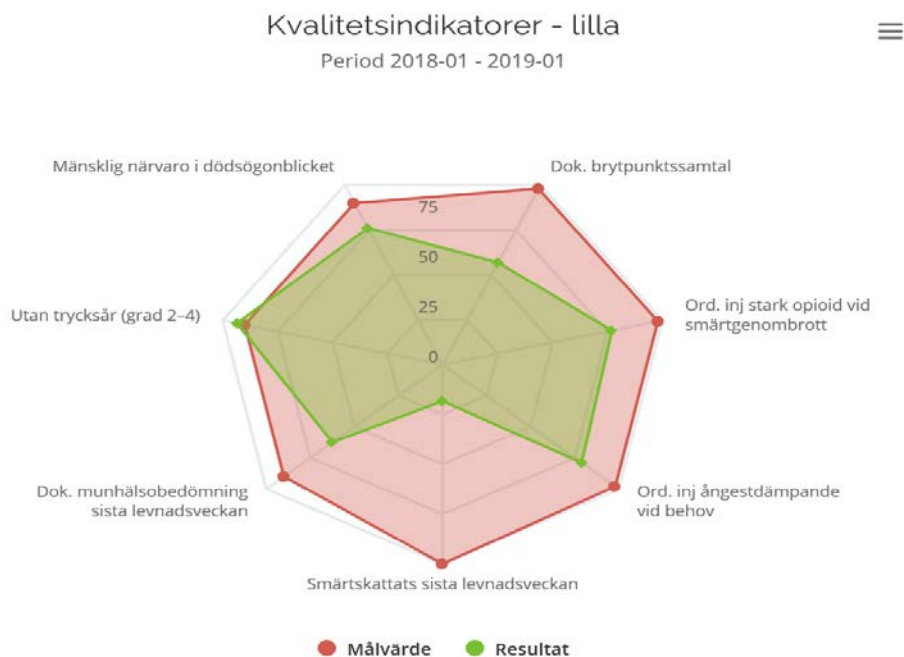
När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. Vård i livets slutskede är när patienten har blivit sängbunden på grund av sin grundsjukdom, patienten påvisar inte tecken på förbättring och uppvisar minst 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

¹¹ SveDem är Svenska demensregistret, <http://www.ucr.uu.se/svedem/>

¹² Registrering i nationella kvalitetsregister sker alltid efter medgivande från patient.

och likaså ett värdigt slut. Stöd i arbetet för att utveckla god vård och omsorg i livets slut, är kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret¹³.

Det är viktigt att den döende personens önskan om hur hen vill ha det under livets slutskede, respekteras. I personens journal ska det klart och tydligt framgå för all berörd personal vad som gäller i olika situationer. Alla personer som avlider inom hälso- och sjukvården ska registreras.



Källa: <http://palliativ.se/>, 19-01-20

Diagrammet enligt ovan, redovisar resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2018:1 – 2019:1 för alla enheter i Katrineholms kommun.

Målvärde för kvalitetsindikatorerna är 90-100 %, utifrån resultaten på kommunnivå behöver alla resultat åtgärdas och förbättras.

Målvärde som är uppfyllt är;

- avliden utan trycksår (grad 2-4) med 93.8 % (målvärde 90 %).

Målvärden som är under förbättringsarbete är;

- Smärtskattning sista levnadsveckan, resultat 21.2 %
- Dokumenterat brytpunktssamtal, resultat 57.5 %
- Dokumentation av munhälsobedömning sista veckan, resultat 63.7 %
- Mänsklig närvaro, resultat 77 %
- Ordination injektion stark opioid¹⁴ vid smärtgenombrott, resultat 77.9 %
- Ordination injektion mot ångestdämpande vid behov, resultat 79.6 %

Någon helhets- jämförelse med förra året är svårt att göra då kvalitetsindikatorerna är förändrade i registret men indikatorerna validerad smärtskattning är relativt oförändrat, indikatorerna avliden utan trycksår har förbättrats från 89.9 %.

¹³ 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.

¹⁴ receptbelagda smärtlindrande läkemedel

Samordnad individuell plan (SIP)

Inom förvaltningen har verksamheterna utsett superanvändare av SIP i Prator och utbildning av nya medarbetare sker numera internt av verksamheterna efter behov. Arbets sättet med att genomföra SIP har påbörjats. I och med implementeringen av nya arbetssätt i och med den läns gemensamma riktlinjen ”Trygg hemgång och effektiv samverkan” har antalet SIP i Prator ökat men vi har fortfarande utvecklingsarbete att genomföra i syfte att öka den patientcentrerade vården och med det även patientsäkerhetsarbetet.

Läkarsamverkan

Samverkan med vårdcentralernas läkare inom ramen för samverkansavtal gällande läkarsamverkan inom kommunal hälso- och sjukvård fortlöper. Nya lokala avtal mellan Vård- och omsorgsförvaltningen och de tre vårdcentralerna i Katrineholm och en vårdcentral i Flen är under framtagning utifrån det nya samverkansavtalet som började gälla 1 januari 2018. Syftet är att kvalitetssäkra arbetet som regleras inom ramen för samverkansavtalet. Uppföljningsarbete har skett två gånger under 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.

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 återkommande utbildningar inom området läkemedel och äldre samt andra utbildningsinsatser inom de olika samarbetsområdena. Läkemedelskommittén reviderar årligen en lista på läkemedel i kommunernas akut- och buffertförråd samt utarbetar ”Äldre-kortet” som underlättar arbetet gällande läkemedelsbehandling hos äldre. Under året påbörjades 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.

Tandvårdsenheten

Enheten är landstingets 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. Även utbildningsinsatser sker kontinuerligt av legitimerad tandhygienist till omvårdnadspersonal på enhetsnivå och övergripande.

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 arbetsgrupper t.ex. läkemedelskommittén med olika specialistområden, branschrådet MdH¹⁵, Palliativa rådet, Hälsoval, Diabetesrådet och Hjärtsviktgruppen.

Vårdhygien

Hälso- och sjukvård i kommuner och landsting 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 hygiensköterska, under året har dock bemanningen inte varit fulltalig pga. studier och personalbyten. Tjänsterna finansieras gemensamt av länets kommuner och anställningen är i Landstingets regi på enheten för Smittskydd/vårdhygien. I uppdraget ingår att genomföra hygienronder och utbildningar, fungera som expertfunktion för rådfrågning, samordna hygienombud, handledning och stöd tid om- och nybyggnation. För den kommunala hälso- och sjukvården finns länsgemensamma hygienrutiner framtagna av hygiensköterska i samråd med länets medicinskt ansvariga sjuksköterkor.

Informationssäkerhet och IT-stöd

Rutiner för journalföring och behörighet till sammanhållen journalföring i Nationell patientöversikt (NPÖ) är reviderade under året. Rutin för behandling av personuppgifter och behörighetstilldelning till patientjournal är upprättad under året.

KVÅ¹⁶ koder för kommunal hälso- och sjukvård är uppdaterade och tillförda i Treserva fullt ut enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Socialstyrelsen kommer att begära in KVÅ koderna från vårdgivarna i syfte att följa upp vilka åtgärder som den kommunala hälso- och sjukvården omfattas av.

Den kommungemensamma rutinen för Prator¹⁷ har reviderats och förbättrats. Tillägg av fristående meddelanden¹⁸ och bifogande av dokument¹⁹ har tillkommit för legitimerad personal. Förbättringar som genomförts säkrar hanteringen av personuppgiftshantering mellan vårdgivarna. Under 2018 trädde Dataskyddsförordningen i kraft och ersätter Personuppgiftslagen. Denna förändring påverkar även annan lagstiftning och ett arbete har påbörjats för att anpassa verksamhetens arbete, arbetet fortgår under 2019.

¹⁵ MdH – Mälardalens Högskola

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

¹⁷ Prator – är ett kommunikationsverktyg mellan vårdgivarna framförallt mellan slutenvård och öppenvården såsom t ex vård- och omsorgsförvaltningen, skolhälsovården och socialförvaltningen.

¹⁸ Meddelande som kan skickas både inom öppenvård och slutenvård i Prator kallas "Fristående meddelande". Denna meddelandetyp ska endast skickas kopplad till en specifik patient och används enbart för hälso- och sjukvårdsdokument.

¹⁹ Dokument kan vara t ex läkemedelslista

Kvalitetsråd och summeringsmöten

Kvalitetsråd och summeringsmöten har införts inom förvaltningen under senhösten, 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.

Anhörigstödet

Till det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom förvaltningen tillhör stödet till anhöriga. Var femte person i vuxen ålder ger regelbundet omsorg till någon i sin närhet. Nationella studier uppskattar att 70 % av den totala vården och stödet i samhället sköts av närstående. Syftet med att stödja anhöriga är att minska deras fysiska och psykiska belastning. Anhörigstödet inom vård- och omsorgsförvaltningen erbjuder stöd i form av service till personer som vårdar en vuxen anhörig. Under året har informationer och föreläsningar anordnats utifrån olika teman.

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. Samverkan sker främst vid ankomstsamtal 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 avvikelseanmälan/hantering i verksamhetssystemet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Arbetet med avvikelshantering är grunden för patientsäkerhetsarbetet och utveckling av den kommunala vården och omsorgen. Förekomsten av avvikelser, händelser och fall registreras i verksamhetssystemet och analyseras framförallt på enhetsnivå. Enhetschef ska följa upp avvikelserhanteringen och snarast göra en bedömning om det inträffade enbart ska hanteras utifrån det lokala säkerhetsarbetet eller om avvikelserna skall meddelas vidare till verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Genomgång av avvikelser både personligt och i grupp av legitimerad personal och enhetschef ska ske inom alla verksamheter och enheter.

Totalt har 2 520 avvikelser anmälts under året (alla lagrum dvs. HSL, SoL/HSL, HSL/LSS)²⁰. Av dessa är 2 440 avvikelser och 80 risk för avvikelser. 1 933 avvikelser är bearbetade och avslutade. 587 avvikelser är ej bedömda det vill säga 23 %. I jämförelse med förra året har anmälningar av avvikelser minskat då totalt antal avvikelser år 2017 var 2 751 dvs. en minskning med 8 %. Antalet avvikelser inom enbart lagrummet HSL är 1 738. Månaden som har högst antalet avvikelser under året är juli med 204. Månaden med lägst antalet avvikelser är december med 58.

²⁰ SoL – Socialtjänstlagen, LSS - Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, HSL – Hälso- och sjukvårdslag

Lex Maria

Tre allvarliga avvikelser har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som lex Maria.

Externa avvikelser

Summering av inkomna avvikelser till Apotekstjänst 2018:

Totalt inkomna avvikelser från Katrineholms kommun till Apotekstjänst är 28.

- Dos = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende dosdispenserade läkemedel är 15.
- Originalförpackning = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende originalförpackning/helförpackning är 6.
- Ej hänförligt Apotekstjänst = avvikelser ej orsakade av Apotekstjänst eller deras underleverantör är 7.

Patientnämnden

Fyra ärenden är redovisade från Patientnämnden. Dessa är besvarade från verksamheten. En avvikelse har genererat en övergripande vårdplanering där representanter från fler vårdgivare i närvården medverkat.

Läkemedelsverket

Inga ärenden är redovisade till Läkemedelsverket.

Avvikelser från Katrineholms kommun till Landstinget Sörmland

Totalt har 55 avvikelser upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedel, bristande medicinsk information och hjälpmedel. I jämförelse med förra året har antalet avvikelser ökat från 43 till 55.

Avvikelser från Landstinget Sörmland till Katrineholms kommun

Totalt har fyra avvikelser inkommit. Avvikelserna gäller läkemedelshantering mellan vårdgivarna och hjälpmedel. I jämförelse med förra året har antalet avvikelser minskat från nio till fyra. En avvikelsetredning, som bearbetats av Patientsäkerhetsavdelningen, har även inkommit, med förslag till förbättringar inom kommunen.

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. När patienter eller närstående lämnar klagomål och synpunkter ska verksamheten omgående bekräfta att de tagit emot samt svara på ärendet inom fyra veckor. Inom förvaltningen pågår ett förbättringsarbete i syfte att förenkla och underlätta för den enskilde att lämna klagomål och synpunkter samt att möta upp de förnyade reglerna.

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. Förberedelser har genomförts under året inför att patienter ska kunna ansöka om patientskadeersättning via webben. Under året har en patientskadeersättning betalats ut.

Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Strategiska åtgärder som vidtagits under året

En organisationsförändring av jourarbetet inom Hälso- och sjukvårdsverksamheten har skett under året. Efter sammanställningen av nattinspektionen som genomfördes senhösten 2017 samt utifrån händelseanalyser av inkomna avvikelser från verksamheten, utkristalliserades ett förslag om att flytta jourverksamheten till kommunens korttidsenhet. Inför en eventuell omorganisation genomfördes en förvaltnings övergripande riskanalys. Målet med förändringen är att ge patienterna en god hälsa och en vård på lika villkor. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende, vistas på korttidsvård eller har behov av hemsjukvård upp till sjuksköterskenivå.

Syftet med omorganisationen av jourarbetet inom vård- och omsorgsnämndens ansvar är att uppnå vårdgivarens mål, att samla legitimerade sjuksköterskor på samma geografiska utgångspunkt i arbetet samt att få till en samverkan i arbetet utifrån patienternas behov av hälso- och sjukvård.

Riskanalys

Inför förändringar i organisationen, införande av ny teknik eller nya metoder, ska det genomföras en riskanalys med involverade verksamheter men även förvaltningsövergripande då en verksamhet inte alltid ser risker som en annan verksamhet identifierar. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något negativt har hänt.

Utredning av händelser – vårdskador

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 året har ett övergripande arbete påbörjats i syfte att revidera befintligt ledningssystem, arbetet fortgår under 2019. 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 Patient-säkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patient-säkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att hälso- och sjukvårds-personalen har begått misstag. Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patient-säkerhetsarbetet, bland annat för att säkerställa att patienternas behov och önskemål tillgodoses så långt det är möjligt. Under året har ”Riktlinje för information, kommu-nikation och samverkan inom vård- och omsorgsförvaltningen” tagits fram i syfte att utgöra en ram och hjälp att främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårds-personalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

- Händelse som hade kunnat medföra en vårdskada.

Patient flyttar in på särskilt boende med avancerad hälso- och sjukvårdsbehov samt stora behov av specifik omvårdnad av sjuksköterska. Hänsyn har inte tagit till beho-ven av hälso- och sjukvård. Patienten återvände till slutenvården då risk för vårdskada förelåg. Lärdomar av händelsen är omfattande och berör områdena; organisation, kommunikation/information/procedurer, riktlinjer och rutiner samt utbild-ning/kompetensutveckling.

- Händelse som medfört vårdskada.

Patient skrevs ut från psykiatrisk slutenvård trots självmordsbenägenhet. Specialist-vården tog hänsyn inte till personalens bedömning för risk. Lärdom av händelsen är omfattande och berör områdena; organisation, kommunikation/information/proce-durer, riktlinjer och rutiner samt utbildning/kompetensutveckling

- Händelse som medfört vårdskada.

Patient skadar sig vid fall, erhåller fraktur som opereras hos annan vårdgivare.

Lärdom av händelsen är omfattande och berör områdena; organisation, kommunika-tion/information/procedurer, riktlinjer och rutiner samt utbild-ning/kompetensutveckling.

Informationssäkerhet

Patienters personuppgifter behandlas i verksamhetssystemet som genom lednings-systemet ska säkerställa att:

- Dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet)
- Personuppgifterna är oförvanskade (riktighet)
- Obehöriga ska inte kunna ta del av personuppgifterna (konfidentialitet)²¹
- Åtgärder kan härledas till en användare (spårbarhet)²² i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade. En *Informationssäkerhetspolicy för kommunen, övergripande anvisningsdokument* samt *riktlinje för informationshantering och journalföring finns framtaget.*

²¹ Konfidentiell – hemlig, privat, motsats till offentlig

²² Spårbarhet- går att spåra, söka reda på

Risicanalyser – genomförs av varje chef innan behörighet ges till verksamhetssystemet Treserva samt till NPÖ. *Loggkontroll* – loggkontroller genomförs frekvent i NPÖ²³ samt i Prator²⁴. Ingen obehörig åtkomst är upptäckt utan att medgivande²⁵ finns 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.

Resultat och analys

Övergripande resultat och analys

*Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2018-2020*²⁶

- **Resultatmål/uppdrag**

Minskad risk för undernäring för äldreomsorgens brukare

- **Indikatorer**

Andel brukare i särskilt boende med risk för undernäring enligt bedömning i Senior alert.

Resultat

338 brukare har fått risk för undernäring bedömd vilket är 58 % av totala antalet riskbedömningar som är genomförda under året.

I jämförelse med förra året är resultatet relativt oförändrat då 330 brukare fått risk för undernäring bedömd vilket var 55 % av totala antalet riskbedömningar som var genomförda under år 2017.

- **Indikatorer**

Andel brukare i särskilt boende med bedömd risk för undernäring som har en planerad förebyggande åtgärd

Resultat

Av 338 brukare som fått risk för undernäring bedömd under året har 290 en planerad förebyggande åtgärd vilket är 86 % av de som fått riskbedömning.

I jämförelse med förra året är resultatet förbättrat.

- **Indikatorer**

Andel brukare i särskilt boende vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn till den enskildes önskemål)

Resultat

Nattfastan är uppmätt till 11 timmar och 15 minuter för hela året (med hänsyn till den enskildes önskemål)²⁷.

²³ NPÖ – Nationell patientöversikt

²⁴ Prator – ett kommunikationsverktyg mellan vårdgivarna framförallt mellan sluten- och öppenvården

²⁵ Medgivande – patienten ska ge sitt samtycke som ska beskrivas i journal

²⁶ Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2018-2020. Vård- och omsorgsnämndens handling nr 14/2017

²⁷ Nattfastemätning för hösten är inte redovisad mer än uppnått mät resultatet i skrivande stund, för mer information hänvisas till vårens natt fastemätning med ärendenummer VON/2018:19 – 041, Hnr 2018:549

Egenkontroll

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
God patient-säkerhetskultur	Systematisk hantering av avvikelser	Revidering av Ledningssystemet är påbörjat Nya rutiner – gemensamt införande Kvalitetsråd och summeringsmöten är startade under senhösten 2018	2 520 avvikelser 1 933 bearbetade och avslutade 587 är inte bedömda 2 440 avvikelser 80 risk för avvikelser Avvikelser med störst andel är aktiviteten: läkemedel, 44 %	Antalet avvikelser har minskat i jämförelse med förra året 23 % avvikelser är inte bedömda Patient-säkerhetsperspektivet är ett utvecklingsområde Från iordningställande till intag är i särklass störst kategori av läkemedelsavvikelser
Patienters klagomål och synpunkter	Systematisk hantering av klagomål och synpunkter	Nya rutiner för hantering i verksamhetssystemet	Två klagomål och synpunkter har inkommit	Alltför få klagomål och synpunkter i verksamhetssystemet
Alla särskilda boenden för äldre deltar i Svenska HALT	Stödja systematiskt förbättringsarbete för att förebygga vård relaterade infektioner och förbättra antibiotika förskrivningen Belysa vård- tyngds indikatorer och riskfaktorer	Information sänds ut på interna hemsidan i god tid innan mätning Webb utbildning är genomförd innan mätningen	25 boende-avdelningar för äldre har deltagit varav 16 är demens-avdelningar och 2 korttidsavdelningar, totalt 181 registreringar. 5 patienter behandlades med antibiotika varav 2 patienter med vårdrelaterad smitta.	Det är första året som mätningen genomförs varför jämförelse inte kan ske över tid. På enhetsnivå kan man se samband mellan vårdtyngds indikatorer och riskfaktorer i vården i relation till antibiotika användning och infektioner. T ex urinvägskateter, urinvägsinfektion och antibiotika användning. Alla boenden för äldre deltar utifrån målet
Alla verksamheter, enheter och avdelningar deltar i PPM BHK	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	326 observationer på 10 enheter. Total följsamhet i samtliga steg var 47 %. Desinfektion före omvårdnadsarbete uppnåddes till 73 % följsamhet vid mät tillfället	Förbättra handdesinfektion före omvårdnadsarbetet, använda förkläde i det vårdnära arbetet samt använda arbetskläder. Alla verksamheter deltar utifrån målet

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
God hygienisk standard i verksamheterna	Egenkontroll	Hygienronder genomförs av hygiensjuksköterska i samverkan med MAS	5 hygienronder genomförda inom särskilt boende äldre samt funktionsstöd, rapport lämnas till respektive enhetschef för åtgärder. Utbildning har skett inom områdena: Basal hygien och MRSA ²⁸ , ESBL ²⁹ och blodsmitta ³⁰ . Utbildning har även skett för personalgrupper: nattpersonal i hemtjänst, särskilt boende äldre samt för chefer	Resultaten på enhetsnivå är olika beroende på verksamhet. Avsaknad av skölj Handlingsplan för husdjur Översyn av slitna lokaler Följsamhet till BHK Handlings- och åtgärdsplaner lämnas in för redogörelse så att analys kan ske
Säker läkemedelshantering	Extern apoteksgranskning varje år/enhet Lokala rutiner för läkemedelshantering godkända av MAS	Handlings och åtgärdsplaner/enhet	Förbättringsområden på enhetsnivå Förbättringsområden på förvaltningsnivå	Uppföljning av åtgärdsplaner på enhetsnivå Rutin för loggning av kodlås ska tas fram och införas Rutin för loggning av Tags/ nycklar ska tas fram och införas Tekniska lösningar med hjälp av välfärds teknologi Utbildningsbehov av omvårdnadspersonal med reell kompetens inför delegering gällande för läkemedelshantering Akut- och buffert förråd på alla särskilda boenden för äldre

²⁸ MRSA – Meticillinresistenta stafylockocker är en variant av bakterien Staphylococcus aureus som förvärvat resistens mot vanligaste penicilliner.

²⁹ ESBL – Gramnegativa tarmbakterier som är ett växande problem inom vårdformer t ex äldreboenden.

³⁰ Blodsmitta – olika mikroorganismer som via blod, blodtillblandade kroppsvätskor som överförs från en individ till en annan

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Säker informationshantering och journalföring	Egenkontroll	Systematisk loggning	Inga avvikelser	Säker informationshantering och journalföring, målet är uppnått
Journalgranskning Vård och behandling ska kunna följas i journal med neutralt, begripligt språk och god etik	Hälso- och sjukvårdsverksamheten genomför journalgranskning	2 gånger per år, 2 journaler per legitimerad medarbetare	Rutiner för journalgranskning har reviderats och uppdaterats i samverkan med MAS	Journaldokumentation är förbättringsområde för legitimerad personal och omvårdnadspersonal med delegering Utbildning har inte skett som planerat Ett utbildningsmaterial har tagits fram och ska användas framöver
Arbeta förebyggande för fall, nutrition, trycksår, ohälsa i munnen för äldre personer över 65 år som flyttar in på särskilt boende, korttidsvistelse och skrivs in i hemsjukvården	Egenkontroller	Ökad planerad förebyggande åtgärd utifrån riskbedömning i Senior alert	Mindre antal personer har erhållit riskbedömning i Senior alert i jämförelse med förra året	Förbättra resultaten med riskbedömningar och uppföljningar utifrån det förebyggande hälsoperspektivet
God vård i livets slut	Registrering av dödsfall i kommunal vård- och omsorg i Palliativa registret. Kommunen är medlem i registret	Öka registreringarna, göra registret känd för legitimerad sjuksköterska och registrering kan ske inom 3 månader efter dödsfallet	Kvalitetsindikatorn för avliden utan trycksår (grad2-4) har ökat från 90 – 94 % jämfört med förra året, övriga indikatorer uppfyller inte målen	Öka antalet registreringar i Palliativa registret. Verksamheterna behöver samverka i den palliativa vården för att öka måluppfyllelsen, hälso- och sjukvårdsverksamheten och omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar

Avvikelser

Avvikelser utifrån summa per aktivitet i fallande storleksordning, 2018

Aktivitet	Totalsumma	Andel
Läkemedel	1 100	44 %
Insats/ omvårdnad	537	21 %
Avsaknad av dokumentation	70	3 %
Arbetsrutiner, övrigt	31	2 %

Läkemedel och läkemedelshantering, från iordningställande till intag/kassaktion är i särklass den största avvikelse aktiviteten. Läkemedel som uteblivit och inte blivit

administrerat utgörs av summan 603. Läkemedel som är felaktigt hanterat från mottagande, förvarat, iordningställt och administrerat utgörs av summan 331. Potenta läkemedel såsom warfarin³¹ utgörs av summan 18 och insulin³² utgörs av summan 21.

Insats/ omvårdnad handlar om försenad/ utebliven omvårdnad och/eller hälso- och sjukvård. Avvikelserna utgörs av summan 537.

Avsaknad av dokumentation handlar om dokumentation som saknas, i exempelvis patientjournal, vårdplan och/eller riskanalys. Avvikelserna utgörs av summan 70.

Avvikelser under aktiviteten fall är registrerade med antalet 56, fall utan skada antalet 49 och fall med skada antalet 7. Utifrån vad som redovisas i avvikelssystemet är fall en klart underanmäld avvikelse, då man i verksamheten många gånger anmält fall enbart i Senior alert.

Allvarlighetsgrad	Totalsumma	Andel
1. Mindre	762	30 %
2. Måttlig	870	35 %
3. Betydande	291	12 %
4. Katastrofal	10	0,4 %
5. Tom	587	23 %

Mindre allvarlighetsgrad kan vara exempel på utebliven läkemedeladministration på angiven tid, att läkemedlet ges inom rimlig tid med viss förskjutning. Ingen patientskada.

Måttlig allvarighetsgrad kan vara exempel på uteblivet läkemedel, att läkemedlet inte administrerats alls. Ingen patientskada.

Betydande allvarlighetsgrad kan vara exempel på uteblivet potent läkemedel som får konsekvens för patienten då hen inte erhåller läkemedlet, t ex insulin.

Katastrofal allvarlighetsgrad kan vara exempel försämrat allmäntillstånd, byte av vårdgivare samt vårdskada som får konsekvens för patienten.

Tom menas här avvikelser som är icke bedömd.

Avvikelser från Katrineholms kommun till Landstinget Sörmland

I jämförelse med förra året har antalet avvikelser ökat. Flertalet avvikelser handlar om samverkan mellan vårdgivarna vid utskrivningsprocessen från slutenvård till närvård i kommunen. Utskrivningsprocessen från slutenvård har minskat i tid vilket har medfört att antalet avvikelser ökat, dock är upplevelsen att kommunens legitimerade personal löser många problem på ett mirakulöst sätt vilket medför att patientsäkerheten upprätthålls.

Avvikelser från Landstinget Sörmland till Katrineholms kommun

I jämförelse med förra året har antalet avvikelser minskat. Mest handlar avvikelserna om uteblivna läkemedel som inte skickats med patienten vid behov av vård hos annan

³¹ Warfarin - ämne som förhindrar blodkoagulering

³² Insulin är ett blodsockerreglerande peptidhormon

vårdgivare och nivå, speciellt gäller det läkemedel som är patientbundna t ex salvor, inhalatorer³³ etc.

En allvarlig avvikelse har inkommit som bearbetats av patientsäkerhetsavdelningen, förslag till kommunen omfattas av förbättringsåtgärder inom områdena; organisation, kommunikation/information/procedurer, riktlinjer och rutiner, samverkan mellan vårdgivarna.

Klagomål och synpunkter

Två klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård har inkommit under året till verksamhetssystemets avvikelsemodul. I ett ärende är åtgärd- och handlingsplan framtagen för förbättringsåtgärder i samverkan med Hälso- och sjukvårdsverksamheten och MAS. Fyra klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård har inkommit under året via Patientnämnden. I ett ärende har övergripande vårdplanering skett som åtgärd där vårdgivare inom närvården har samverkat.

Händelser och vårdskador

Vanligaste identifierade bakomliggande orsaker som framkommit vid allvarliga utredningar har genererat i åtgärdsplaner och förbättringsarbete inom områdena:

- Kommunikation/ information
- Omgivning/organisation
- Dokumentation i journal av legitimerad personal samt i journal/vårdplan av delegerad omvårdnadspersonal
- Samverkan och kommunikation mellan personal internt och externt
- Implementering av styrdokument, riktlinjer och rutiner i verksamheterna samt följsamhet till dessa
- Patientsäkerhetskultur och avvikelsearbete
- Delegeringar, internt och externt
- Evidensbaserat arbetssätt och mätinstrument
- Kompetens- och utbildningsbehov
- Avsaknad av rutiner utifrån övergripande styrdokument framförallt mellan vårdgivarna
- Ökad bemanning av legitimerad sjuksköterska kvällstid

Risikanalys

Inför organisationsförändringen av sjuksköterskeenheter och jourverksamhet inom Hälso- och sjukvårdsverksamheten, initierades och genomfördes en övergripande riskanalys. Resultatet av riskanalysen genererade i totalt 51 identifierade risker, varav 16 var arbetsmiljörelaterade och 16 var patientsäkerhetsrisker. Alla identifierade risker har tagits hänsyn till, bakomliggande orsaker har identifierats samt att åtgärdsförslag är framtaget. Uppföljning planeras under 2019. Under året har riskanalys genomförts inför sommar- och semesterplanering. Risker utifrån patientsäkerhet, kvalitet, samt arbetsmiljö identifieras och åtgärder sätts in på de risker som anses vara betydande. Arbetssättet med riskanalyser fortsätter utvecklas inom förvaltningen och med det även uppföljningar av genomförda analyser.

³³ Inhalator – förvaring av läkemedel som ska andas in

Mål och strategier för år 2019

- Fortsätta arbeta aktivt med systematiskt kvalitetsledningssystem för att utveckla verksamhetens arbetssätt och kvalitet samtidigt som verksamheten tar hänsyn till patientens individuella behov. Arbetet inkluderar värdegrundsfrågor inom förvaltningen. Utveckla arbetet med riskanalyser, handlingsplaner och uppföljningar av genomförda åtgärder så att riskanalyser omfattar hela förvaltningen vid förändringar.
- Inom ramen för vårdgivarens kvalitetsledningssystem, systematiskt arbeta med egenkontroller och kontinuerlig revision/inspektion av i förväg utvalda enheter, utifrån övergripande styrdokument.
- Säkra läkemedelshanteringen inom verksamheter för att bidra till trygghet och vård på lika villkor för patienter med ansvarsövertagande³⁴ av läkemedelshantering.
- Implementering av evidensbaserade arbetssätt för att minska fall och fallskador hos äldre.
- Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal.
- Fortsätta arbeta aktivt med nationella kvalitetsregister, att registrera och dra slutsatser av resultaten samt förbättra verksamheten utifrån resultat.

³⁴ Ansvarsövertagande – beslut har fattats att hälso- och sjukvård gäller istället för egenvård.