

Patientsäkerhetsberättelse 2020

SAMMANFATTNING.....	2
Viktiga åtgärder och resultat samt framåtblick	2
INLEDNING	3
STRUKTUR.....	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll	8
PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	9
Informationssäkerhet	10
Resultat	10
RESULTAT OCH ANALYS.....	13
Egenkontroll	13
Avvikelser	20
Klagomål och synpunkter	21
Händelser och vårdskador	22
Riskanalys	22
Mål och strategier inför 2021	22

SAMMANFATTNING

År 2020 är ett år som inte blev som planerat, arbetet har till stor del omfattats av att minimera risken för smittspridning av SARS-Cov-2/infektion samt utveckling av sjukdomen covid-19. Det har varit och är fortfarande mycket viktigt att skydda de sköra personer som bor och har insatser inom nämndens ansvarsområde. God följsamhet till basala hygienrutiner är grunden för att förebygga smittspridning samt att använda personlig skyddsutrustning när så behövs. Förvaltningen har i det interna arbetet följt FHMs¹ allmänna råd, Socialstyrelsens styrdokument, SKRs² rekommendationer samt region Sörmlands rutiner och anvisningar. Arbetet har genererat ett intensivt och framgångsrikt koncept med framtagande av egna rutiner, filmer, instruktioner och utbildningar för att få följsamhet. Följsamheten har även följts upp på olika sätt både via interna egenkontroller och nationell mätning av PPM BHK³. Samverkan mellan förvaltningen och regionen är frekvent och verksamhetsmöten har hållits veckovis för att sprida information och hålla dialogen levande i syfte att brukare/patienter ska erhållas en god och säker vård. Arbetet med BHK är implementerat i verksamheten på ett mer naturligt arbetssätt nu, än tidigare.

Viktiga åtgärder och resultat samt framåtblick

Läkemedelshanteringen är ett viktigt område som har prioriterats, utifrån att få följsamhet i processen, från ordination till intag eller kassation av läkemedel. Alltför höga siffror gällande avvikelser med utebliven dos tyder på brister i hanteringen. Högre krav ställs generellt på läkemedelshanteringen vilket beskrivs i en länsgemensam rutin för *Läkemedelshantering i Sörmland*. Som en del i kvalitetsarbetet kring läkemedelshanteringen har delegeringsprocessen följts upp och arbetet behöver fortsätta även kommande år. En annan del i kvalitetsarbetet är införandet av digital signering av ordinationer, även det arbetet fortsätter under kommande år.

Fortsatt arbete med avvikelshantering har skett under året, vilken utgår ifrån alla aktuella lagstiftningar. Syftet är att utveckla verksamhetens avvikelshantering vid negativ händelse/risk för händelse samt sprida lärdomar och goda exempel till varandra. Även risk- och händelseanalyser med handlingsplaner har fått större betydelse och spridning i arbetet med kvalitetssäkring av förändringar i verksamheten som exempelvis flytt av boende, återöppning av enheter mm.

Att systematiskt kvalitetssäkra patientjournaler är genomfört under året på olika sätt och resultatet påvisar behov av fortsatt arbete på ett bredare sätt. Förbättringsarbete är identifierat inom områdena; hälsostatus, vårdplaner, ansvar och patienternas delaktighet i vård och omsorg. Arbetet fortgår kommande år med granskningar och genomförande utifrån resultaten.

Uppföljning av arbetet utifrån riktlinjen *Trygg hemgång och effektiv samverkan* har fortsatt och fortsätter framöver. Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård inkluderat hälso- och sjukvård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

¹ FHM - Folkhälsomyndigheten

² SKR – Sveriges Kommuner och Regioner

³ PPM BHK – Punkt Prevalens Mätning av Basala Hygienrutiner och Klädregler

INLEDNING

Patientsäkerhetsberättelsens syfte är att öppet och strukturerat redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen är utformad så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse som ska vara färdig, senast den 1 mars varje år. Förra årets mål och resultat överskuggas av arbetet som förvaltningen utfört utifrån covid-19 pandemin som drabbat vårdgivarens verksamheter, kommunen och nationen.

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: 73 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan (90 % förra året). Åtgärder redovisas i fallande ordning; 31 planerade åtgärder som mellanmål, 31 planerade åtgärder som viktkontroll var tredje månad samt 30 planerade åtgärder för att minska nattfastan till max 11h.

Vård- och omsorgsboende: 25 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan (89 % förra året). Åtgärder redovisas i fallande ordning; 264 planerade åtgärder som vägning var tredje månad, 259 planerade åtgärder som mellanmål och 231 planerade åtgärder som minska nattfastan till max 11h.

Kortvårdsboende: 0 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan. Inget resultat finns att redovisa för kortvårdsboende.

Generellt har vårdpreventionen gällande risk för undernäring minskat i jämförelse med förra året. Alla särskilda boenden för äldre har förbättringspotential då antalet planerade förebyggande åtgärder är alltför få i förhållande till målgruppen av äldre som bor och flyttar in på enheten under året.

Resultatmål/uppdrag

Stärkt patientsäkerhet inom vård- och omsorg.

- Indikator

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

Vård- och omsorgsförvaltningen

Förvaltningskontoret

- Resultat

Andel med korrekt i samtliga steg⁴ utgörs av 74 % (våren) samt 60 % (hösten).

Under året har två mätningar genomförts i syfte att följa upp det intensiva kvalitetsarbete som genomförts gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).

Antal observerade mätningar och deltagande enheter/avdelningar har totalt ökat under året i jämförelse med förra året. Totalt utfördes i år 489 observationer/mätningar (449 förra året) på vårens mätning deltog 18 och på höstens mätning deltog 28 enheter. Inför årets mätning har alla enheter med boendeavdelningar lagts till⁵ för att få bättre underlag till i sitt förbättringsarbete.

- Indikator

Rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård som minst har en åtgärd, andel%.

- Resultat

Total andel avvikelser som har minst en åtgärd utgörs av 86 % (förra året 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 69 %.

År 2019/2018 var totala andelen 75/77 % dvs en försämring i jämförelse med senaste åren.

Organisation och ansvar

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla verksamheter. Chefer, medarbetare och medicinskt ansvarig sjuksköterska ska samarbeta i patientsäkerhetsfrågor.

Nämndens ansvar⁶

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) beträffande omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Till vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård⁷ i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, daglig verksamhet och dagverksamhet. Till vård- och omsorgsnämndens ansvar hör även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. I nämndens ansvar ingår även verksamhet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) för fritt val av utförare inom äldreomsorgens hemtjänst. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra

⁴ Andel med samtliga åtta korrekta steg – desinfektion av händer före omvårdnadsarbete, desinfektion av händer efter omvårdnadsarbete, handskar, plastförkläde, arbetsdräkt, inga ringar, klockor, armband etc., håret/huvudduk uppsatt/kort samt utan nagelutsmäckning

⁵ SKRs databas för registrering av resultat efter mätningen av PPM BHK

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

⁷ Vårdgivare

verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen/förvaltningschef

I vård- och omsorgsförvaltningen 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 sjuksköterska⁸ (MAS)

MAS har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS ansvarar genom att bevaka och följa upp så att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls samt utgör ett stöd för organisationen och professionerna. 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 arv arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och att på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till IVO. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Verksamhetschefer

Verksamhetschefer har ett helhetsansvar för sin verksamhet, 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

Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som styr är kända på enheterna samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.

⁸ Delegeringsordning för VON, 2018-07-01

Medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser/risk för avvikelser. Personal som utför delegerade uppdrag efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Att upprätthålla hög patientsäkerhet är ett team/lagarbete som alla anställda berörs av inom enheten/förvaltningen.

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 Hjälpmedelscentralen 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. Inom arbetsgrupp västra äldre (AVÄ) har ett projektarbete initierats "Elsas hälsa". Arbetet ska leda fram utvecklingen mot "Nära vård", ett samarbete mellan regionen och kommunerna för att ge multiprofessionell vård och stöd till sköra äldre i hemmet.

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. Rutinen har under året följt upp och justerats i syfte att få följsamhet till rutinen och klargöra vem som gör vad. En viktig

del i processen är att in- och utskrivning i hemsjukvården sker i samverkan mellan vårdgivarna och patient. Inför beslut om övertagande av läkemedelshantering från patient till hälso- och sjukvården, genomförs en evidensbaserad utredning (SMA)⁹ av sjuksköterska i ordinärt boende. Beslut om vem som ska ha ansvaret fattas därefter av ordinerande legitimerad ordinator. Totalt var 379 patienter inskrivna i hemsjukvården under december månad.

Vårdskador

Förebyggande arbete av vårdskador kan också ske genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser.

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. 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.

Representanter från Vård- och omsorgsförvaltningen har deltagit i riktade tillsynsinsatser från Inspektionen för vård och omsorg¹⁰, med anledning av smittspridningen av covid-19. Fokus har varit vård- och behandling av personer som bor på särskilt boende för äldre.

Avtal och överenskommelser

Avtal och samverkansriktlinjer med regionen finns, syftet är att ge en god och säker vård och för att undvika vårdskador, t ex kan omnämnas avtal och läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, avtal med Vårdhygien samt avtal med Tandvården om nödvändig tandvård. Avtal finns även för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

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 alltid informeras om avvikelsen.

⁹ SMA - Safe Medication Assessment - Underlag för bedömning, åtgärd, kommunikation och journalföring av läkemedelsanvändning

¹⁰ Inspektionen för vård- och omsorg - IVO

Anhörigstödet¹¹

Förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom förvaltningen sker på många olika sätt, bl. a av anhörigstödet. Både brukare och närstående kan genom stödet få en förbättrad livssituation samtidigt som risken för egen ohälsa hos närstående kan förebyggas. Den preventiva ansatsen måste vara utgångspunkten och att personalen inom förvaltningen har anhörigperspektiv. Det är därför viktigt att närstående och deras behov uppmärksammas tidigt av all personal. Anhörigstödet erbjuder stöd i forma av service för vuxna närstående till någon som är äldre, långvarigt sjuk eller som har en funktionsnedsättning (fysiskt eller psykiskt). Stödet är individuellt anpassat och kan ske enskilt eller i grupp. Serviceinsatserna innefattar vägledning och förmedling av kontakter, enskilda (icke terapeutiska) samtal, anhörigrupper och närståendebildningar, friskvårds aktiviteter, föreläsningar, temakvällar och sociala aktiviteter.

Under stora delar av året hade anhörigcentrum stängt pga. covid-19 pandemin. En omstrukturering och anpassning av verksamheten har skett i syfte att följa FHMs¹² allmänna råd. Från och med november sker alla träffar/utbildningar/föreläsningar digitalt.

Klagomål och synpunkter

Information om möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla som bor och vistas inom förvaltningens enheter samt till närstående. All personal och har skyldighet att ta emot och registrera synpunkter och klagomål. Samverkan sker främst vid ankomstsamtal vid inflyttning på särskilt boende, vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter, klagomål samt avvikelser.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelse interna och externa, risk för avvikelser	Månadsvis/tertiäl/år	Verksamhetssystemet, Treserva Apotekstjänst AB Patientnämnden Lex
Nationella kvalitetsregister <ul style="list-style-type: none">VårdpreventionSveDemPPM BHKBPSDSvenska HALT	Tertiäl/år 2 gånger under året, vår och höst	Senior alert SveDem SKR BPSD Folkhälsomyndigheten
Hygienronder	Frekvent	Protokoll
Patienter/närståendes klagomål och synpunkter	Månadsvis/tertiäl/år	Internt inkomna, verksamhetssystemet, Patientnämnden

¹¹ Anhörigstödet omfattar även närstående

¹² FHM - Folkhälsomyndigheten

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Journalgranskning	frekvent per år/ 2 journaler per legi- timerad personal och år enligt rutin	Protokoll
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år/enhet	Rapport
Loggning av NPÖ ¹³ och Prator	Slumpmässigt urval	Protokoll
Uppföljning av läkarsam- verkansavtal	1 gånger per år/vårdcentral	Rapport

PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Risakanalys

Risakanalys ska genomföras inför förändring av verksamheter. Individuella riskbedömningar genomförs för varje patient vilka dokumenteras och ska följas upp kontinuerligt i patientjournal.

Utredningar av händelser - vårdskador

Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering och riskbedömningar. En intern avvikelse ska avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp. Förvaltningen har en specifik rutin för hantering av avvikelser utifrån alla lagstiftningar. Rutinen är reviderad under året med fokus utifrån ett processtänkande perspektiv. Externa avvikelser skickas mellan huvudmännen via särskild överenskommen blankett som diarieförs, MAS¹⁴ är samordnare för utredning, åtgärder och uppföljning samt besvarar avvikelserna. Avvikelserna följs kontinuerligt i olika samverkansgrupper mellan regionen och kommunen utifrån perspektivet att sprida goda exempel. Dessutom har förvaltningen avtal och samverkansriktlinjer med region Sörmland med syfte att ge en god och säker vård och för att undvika vårdskador. Ett exempel är avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården och avtal med vårdhygien. 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 2019 påbörjades ett övergripande arbete i syfte att revidera befintligt ledningssystem, arbetet har pågått sedan dess och fortsätter under 2021.

¹³ NPÖ – Nationell patientöversikt

¹⁴ MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska

Informationssäkerhet

Dataskyddsförordningen ersatte Personuppgiftslagen och trädde i kraft år 2018. Vård- och omsorgsnämnden är personuppgiftsansvarig vilket omfattas av ansvar för att säkra integritetsrisker som finns med behandlingen, genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkra och visa att behandlingen utförs i enlighet med dataskyddsförordningen. Säkra metoder ska genomföras för dataskydd samt personuppgiftsbehandlingen och informerat samtliga inom verksamheten. Det handlar om t ex; registerförteckning, konsekvensbedömning, handlingsplan och dataskyddsombud. I syfte att uppfylla kraven har förvaltningen arbetat med följande punkter:

- Begränsa behörigheter, loggning och kontroll av system.
- Säker e-posthantering, för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt dvs att kommunikationen av känslig karaktär sker krypterad t ex personuppgifter där kravet från Dataskyddsförordningen så kräver.
- Digitala medicinskåp, ökar spårbarheten där logg och behörighetsstyrning är viktigt inom verksamheterna.
- All personal har fått tillgång till utbildning i Dataskyddsförordningen
- Tjänstekort med lösenord för tillgång till olika system

Arbetet med KLASSA informationssäkerhetsklassning¹⁵, kvarstår liksom andra delar i informationssäkerhetsarbetet. Arbetet fortsätter under året.

Resultat

Vårdhygien

Länets samtliga kommuner och landstinget (numera region Sörmland) har ett samarbetsavtal för vårdhygien, syftet är att garantera en god vårdhygienisk standard genom att i samverkan ansvarar för vårdhygieniska insatser. Under året har inga hygienronder genomförts. Däremot har ett intensivt samarbete skett utifrån rådande pandemiläge. Vårdhygien har även bidragit med sakkunskap i planeringen av det nybyggda särskilda boendet Dufvegården utifrån ett vårdhygieniskt perspektiv där god hygienisk standard är prioriterat.

Under året har arbetet med BHK¹⁶ och smittskyddsarbete bedrivits på ett nytt och intensivt sätt i samverkan med region Sörmland pga. pandemin. Frekventa möten har skett på olika sätt utifrån olika perspektiv i syfte att kommunicera verksamhetsfrågor. Smittspårningar har skett utifrån identifierade smittor på enhets- och avdelningsnivå. Arbete med att hindra smittspridning inom verksamheterna har fått en annan dimension än tidigare pga. pandemin. Anskaffning av utrusning och utbildningsinsatser har skett på olika sätt i syfte att få följsamhet i BHK samt att använda personlig skyddsutrustning, på rätt sätt och vid rätt tillfälle.

¹⁵ KLASSA - en metod som hjälper verksamheten att välja rätt åtgärder som skyddar informationen

¹⁶ BHK - Basala Hygienrutiner och Klädregler

Senior alert¹⁷

Det övergripande målet är vårdprevention d.v.s. att förebygga skador och främja hälsa hos brukare/patienter. Nationella kvalitetsregistret Senior alert är ett stöd i det systematiska förbättringsarbetet kring fall, nutrition, trycksår, blåsdysfunktion/inkontinens, och/eller munhälsa 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. Alla brukare/patienter som bedöms ha risk för fall, undernäring, trycksår eller munohälsa ska ha dokumenterade åtgärder och följas upp regelbundet. 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.

Under året och inför år 2021 har organisationsträdet i Senior alert byggts om till att omfatta enbart vård och omsorg, vilket ska underlätta att kvalitetsuppföljningen framöver. 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.

God vård vid demenssjukdom

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)¹⁸ 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 används enbart på särskilda boendeenheter.

SveDem

Syftet med registreringar i SveDem¹⁹ är att samla in data om personer med diagnostiserad demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka. De senaste 12 månaderna har totalt 37 registreringar skett på sju särskilda boenden för äldre. Det är en minskning i jämförelse med förra året då 76 registreringar utförts på 10 boende enheter. Någon sammanställning och resultat går inte att göra då underlaget är för litet.

Palliativ vård/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

¹⁷ Senior alert - Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård.

¹⁸ BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

¹⁹ SveDem är Svenska demensregistret, <http://www.ucr.uu.se/svedem/>

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 Palliativregistret²⁰ då alla personer som avlider inom hälso- och sjukvården ska registreras.

Trygg och effektiv hembesök

En samverkansriktlinje mellan huvudmännen finns för att stödja arbetet i vårdkedjan med individen i centrum. Uppföljning av efterlevnad till riktlinjerna följs kontinuerligt på olika sätt och under året har revidering skett och publicerats. När det gäller utskrivningar från sjukhusen i länet arbetar man för att ta emot brukare/patienter samma dag som läkare bedömer att brukaren/patienten är utskrivningsklar. I kommunen finns två vårdplanerare anställda för samverkan och dialog, samt med uppdraget att delta på vårdplaneringar och SIP²¹ i samverkan med legitimerad personal. På så sätt ska den enskilda individens säkerhet garanteras vid överlämning från annan vårdgivare till kommunen.

Digital signering av administrerad/genomförd hälso- och sjukvårdsarbetsuppgift

Digital signering i patientjournal har inletts under året. En risk- och konsekvensanalys har genomförts inför implementering av digital signering. Arbetet fortsätter under år 2021. Planen är att alla verksamheter ska ha digital signering inför årets slut.

Loggningsbara läkemedelsskåp

Byte av låssystem från nyckelhantering till loggningsbara kod/tagglås på läkemedelsskåp i boendes lägenheter. Gäller för särskilt boende utifrån en fastställd prioriteringsordning.

Säker leverans och mottagande av läkemedel

Säkra leveranser, förvaring och iordningställande processer av läkemedel för patienter i ordinärt boende med överlämnat hälso- och sjukvårdsansvar för läkemedelshandling till hälso- och sjukvården. Mottagande och iordningställande av läkemedel sker numera inom hemsjukvårdens lokaler.

Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde

Under året har styrdokument för delegeringsprocessen säkrats upp utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Delegeringsprocessen har följts upp och redovisas i en rapport. Arbetet fortsätter utifrån rapportens resultat samt att hanteringen av läkemedel förändras i vissa delar, utifrån läns gemensam rutin för läkemedelshandling.

²⁰ 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.

²¹ SIP – samordnad individuell planering

RESULTAT OCH ANALYS
Egenkontroll

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
God patient-säkerhets-kultur	Systematisk hantering av avvikelser. Summeringsmöten terminsvis.	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.	Antal avvikelser 3 577 totalt bedömda avvikelser. 2 681 totalt bedömda avvikelser med minst en åtgärd. 1 777 avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Antal aktiviteter Läkemedel 30 %. Insats/omvårdnad 17 %. Organisation/Arbetsrutiner 5 %. Dokumentation/ Informationsöverföring 4 %. Fall med skada 5 %. Antal åtgärder Arbetsplatsdiskussion 39 %. Tom/ingen 25 %. Kontakt med sjuk-sköterska 13 %. Enskilt samtal 8 %. Rapporterad till enhetschef 3 %. Handledning 1 % Anmälan till MAS 1%.	2 441 avvikelser är avslutade. Utifrån Hälso- och sjukvårdslagen har antalet avvikelser minskat från 1 929 sedan förra året. Största orsaken kan vara att det systematiska kvalitetsarbetet har "halkat efter" under pandemitiden, då man haft andra prioriteringar i verksamheterna. Att avvikelserna med åtgärderna har ökat från förra året, ses som mycket positivt. Dock avslutas ofta avvikelser efter att åtgärder har vidtagits utan att uppföljning av åtgärderna. Det medför att man inte med säkerhet vet om åtgärderna har haft effekt eller inte i verksamheten. Syftet med åtgärderna är att händelsen inte ska upprepas och hända igen. Att följa upp åtgärderna är ett utvecklingsområde. Läkemedelshantering från iordningställande till intag av läkemedel är i särklass störst kategori av läkemedelsavvikelser liksom förra året (32 %). 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.

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Nationellt kvalitetsregister Alla verksamheter, enheter och avdelningar deltar i PPM BHK. Under 2020 har mätning skett under våren och hösten.	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 Genomgång av instruktion och rapport, går MAS igenom med chefer	Våren 2020 162 observationer. Total följsamhet i samtliga steg var 74 %. Följsamhet vid mättilfället: *Använda arbetskläder 87 % *Använda förkläde 89% *Desinfektion före omvårdnadsarbete 90 % Hösten 2020 327 observationer. Total följsamhet i samtliga steg var 60%. Följsamhet vid mättilfället: *Använda arbetskläder 89 % *Använda förkläde 85% *Desinfektion före omvårdnadsarbete 80 %	Förbättringsarbete behövs över alla verksamheter Förbättra följsamhet till Basala Hygien och Klädregler i det vårdnära arbetet till 100 %. Inrätta hygienombud på alla avdelningar/enheter. Alla avdelningar/enheter ska delta i PPM BHK. Arbetet fortlöper
Nationellt kvalitetsregister Alla särskilda boenden för äldre deltar i Svenska HALT Hälso- och sjukvårdsverksamheten ansvarar för genomförandet	Stödja systematiskt förbättringsarbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner och förbättra antibiotika förskrivningen. Belysa vårdtyngd, indikatorer och riskfaktorer	Mätningen har skett i det nationella kvalitetsregistret Senior alert och genomförs en valfri dag under vecka 46 - 47 (9 - 22 /11). Hälso- och sjukvårdsverksamheten har fått Inbjudan inför mätningen	Inget resultat är redovisat för året	Verksamheterna deltar år 2021
God hygienisk standard i verksamheterna	Egenkontroll	Hygienronder genomförs av hygiensjuksköterska i samverkan med MAS	Inga hygienronder har genomförts under året pga. pandemin och nedstängningen av särskilda boenden för äldre	Arbetet återupptas år 2021. Nytt avtal är under framtagande mellan kommunen och vårdhygien i Region Sörmland
Säker läkemedelshandling	Extern apoteksgranskning varje år/enhet	Handlings och åtgärdsplaner/enhet	Förbättringsområden på enhetsnivå. Förbättringsområden på förvaltningsnivå. 53 enheter är granskade under året.	Rapport

Vård- och omsorgsförvaltningen
Förvaltningskontoret

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Säker informationshantering och journalföring	Egenkontroll	Systematisk loggning	Ett fåtal loggningar har genomförts under januari månad, före pandemin. Inga avvikelser har identifierats	Säker informationshantering och journalföring tom januari 2020
Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal. Journalgranskning så att vård och behandling ska kunna följas i journal med neutralt, begripligt språk och god etik. Särskilj patienter med vårdåtagande i verksamhetssystemets patientjournal i förhållande till inskrivna patienter i hemsjukvård	Hälso- och sjukvårdsverksamheten genomför journalgranskning	2 gånger per år, 2 journaler per legitimerad medarbetare	13 journaler har granskats inom hälso- och sjukvårdsverksamheten inom särskilt boende.	Resultatet av de 13 granskade journalerna påvisar att dokumentationen är patientfokuserad och skriven med en "röd tråd". Dock finns förbättringsområden som utökad granskning enligt rutin samt uppdateringar av hälsostatus, namngiven ansvarig legitimerad personal och vårdplaner. Verksamheten arbetar även med framtagning av standardiserade vårdplaner t ex vid vissa vanligt förekommande diagnoser.
Senior alert	Senior alert - Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/ eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre	Riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion ska i förekommande fall göras för alla patienter i ordinärt boende med behov av HSL-insatser mindre än 2 veckor och för alla brukare/patienter på särskilt boende. Detta ska göras så snart som möjligt eller inom 2 veckor efter inskrivning i hemsjukvården eller ankomst till särskilt boende. Riskbedömningar och registrering ska därefter dokumenteras i den enskildes journal samt registreras i Senior alert.	343 unika personer har fått minst en riskbedömning. Under året har 608 personer fått riskbedömningar, av dessa har 576 identifierats med risk dvs. 95 %.	I förhållande till antalet särskilda boenden där äldre bor inkluderat verkställda beslut om särskilt boende bedöms riskbedömningarna som lågt. Riskförebyggande åtgärder på individnivå är ett förbättringsområde.

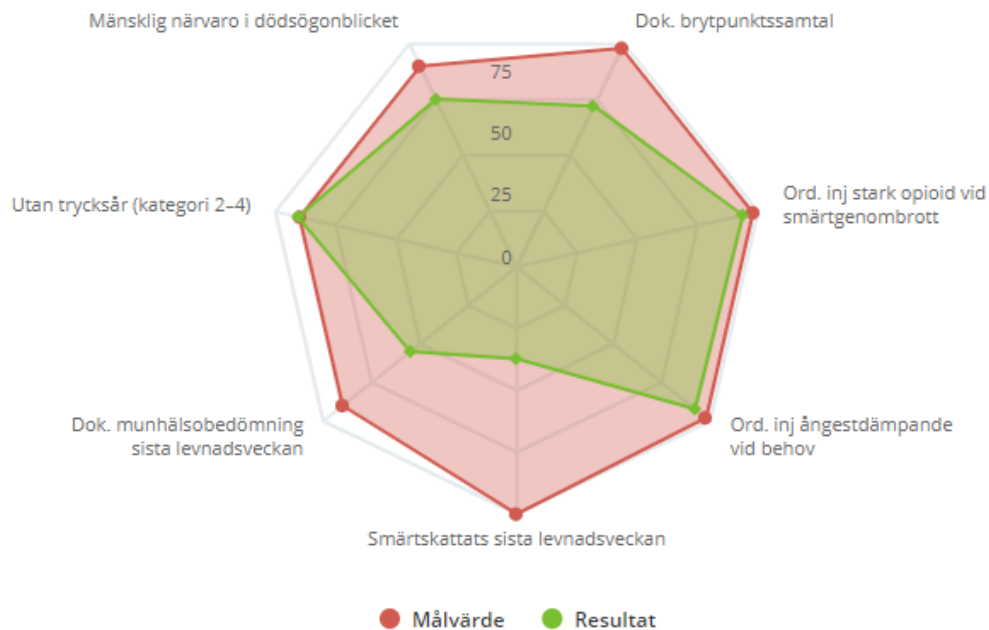
Vård- och omsorgsförvaltningen
Förvaltningskontoret

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
	inom hälso- och sjukvård.	Riskbedömning och registrering ska sedan ske 1 gång per år eller när behov uppstår. Har inte någon information lämnats från eventuell tidigare vårdgivare ska sådan efterfrågas av legitimerad person		
Vårdgivaren är ansluten till BPSD-registret och standardiserat arbetssätt/rutin ska ske för användandet av BPSD-symtom	Gott bemötande och god vård- och omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden vid demenssjukdom. Används på särskilt boendeenheter	Registrering och användning av BPSD som metod för att nå framgång i behandling och omvårdnad	Antalet skattningar är totalt 101	I jämförelse med förra årets skattningar (283) har skattningarna minskat. Om behovet av att använda BPSD har minskat under året i förhållande till förra året är svårt att dra slutsatser om. Gott bemötande och god vård och omsorg kan ha ökat utan behovet av skattningar.
Nationellt kvalitetsregister SveDem	Syftet med SveDem är att samla data om personer med demenssjukdom för att förbättra och utveckla vården av demenssjuka inom förvaltningen men även nationellt.	Registrera och följa upp personer som bor på särskilda boendeavdelningar för demens, områdesansvarig sjuksköterska åtgärddar	Totalt har 37 registreringar utförts under året. Antalet registreringar har minskat under året från 76 till 37, underlaget är för litet för att redovisa ett resultat	Antalet uppföljningar av demensutredningar ska öka på alla enheter och vara relevant i förhållande till antalet demensutredningar så att syftet kan uppnås. Förbättra och utveckla vården av demenssjuka inom vårdgivarens ansvarsområde. Ansvarig sjuksköterska behöver utses för att driva och hjälpa kollegor att registrera, tolka resultat och arbeta systematiskt i samverkan med övriga verksamheter inom vården där diagnos erhålls

Resultat av palliativ vård i livets slut under 2020 för alla enheter i Katrineholms kommun

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Källa: <http://palliativ.se/>, 21-01-31

Målvärde för kvalitetsindikatorerna är 90-100 %. Resultaten på kommunnivå behöver alla resultat åtgärdas och förbättras för att nå målnivåerna. Pilarna anger förbättrat, samma eller försämrat resultat i jämförelse med förra året.

Målvärden som är under förbättringsarbete är:

- Avliden utan trycksår (grad 2-4) med 90 % (målvärde 90 %) ↑
- Smärtskattning sista levnadsveckan, resultat 37 % (målvärde 100 %) ↓
- Dokumenterat brytpunktssamtal, resultat 72 % (målvärde 98 %) ↔
- Dokumentation av munhälsobedömning sista veckan, resultat 55 % (90 %) ↓
- Mänsklig närvaro, resultat 75 % (målvärde 90 %) ↓
- Ordination injektion stark opioid²² vid smärtgenombrott, resultat 94% (målvärde 98 %) ↑
- Ordination injektion mot ångestdämpande vid behov, resultat 92 % (målvärde 98 %) ↑

²² 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 läkemedelsgenomgångar genomföras då en patient har fortsatta läkemedelsrelaterade problem. Under året har totalt 68 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförts i Katrineholm. I jämförelse med förra året är det en minskning från 105. Förbättringsarbetet kommuniceras med respektive vårdcentral i samband med uppföljning av läkarsamverkansavtalet. Uppföljning av förenklade läkemedelsgenomgångar är från och med året möjligt att följa upp i patientjournalen i och med nya KVÅ²³ koder. Förenklade läkemedelsgenomgångar är ett förarbete till fördjupade läkemedelsgenomgångar och bör vara större till antalet än fördjupade.

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

Vårdcentral	Totalt antal fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekarstöd
Lindens vårdcentral	43
Nävertorps vårdcentral	22
Vår vårdcentral	3
Flens vårdcentral	0

Källa: Läkemedelskommittén, Region Sörmland 2020

Statistik för läkemedelsindikatorerna (olämpliga läkemedel, NSAID samt antipsykotika). Läkemedelsindikatorer (OBS! Senast inrapporterade värde är från september 2020) – resultat för Katrineholm (värdet inom parentes är snittvärdet i Sörmland)

- Läkemedel som bör undvikas hos äldre (Olämpliga läkemedel): 7,5 % (6,2 %)
- Användning av NSAID: 2,8 % (2,3 %)
- Användning av antipsykotiska: 1,8 % (1,7 %).

Källa: Läkemedelskommittén, region Sörmland 2020

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. Under året har ett övergripande revideringsarbete pågått utifrån systematiska utvärderingar och en reviderad version är publicerad under år 2020. Ett internt arbete har påbörjats inom förvaltningen under året i syfte att säkra och följa upp rutiner och processer inom ordinärt boende och hemsjukvården. Arbetet fortgår i syfte att säkerställa god vård och omsorg inkluderat hälso- och sjukvård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Läkemedel vid in- och utskrivning från sjukhus

Med anledning av det stora antalet avvikelser gällande läkemedelshantering vid vårdövergångar har ett länsgemensamt arbete för att ta fram en rutin för hur läkemedel ska hanteras vid in- och utskrivningar till och från slutenvården. Syftet är att undvika behandlingsavbrott vid övergång mellan vårdgivare. Rutinen *Säker läkemedelshantering*

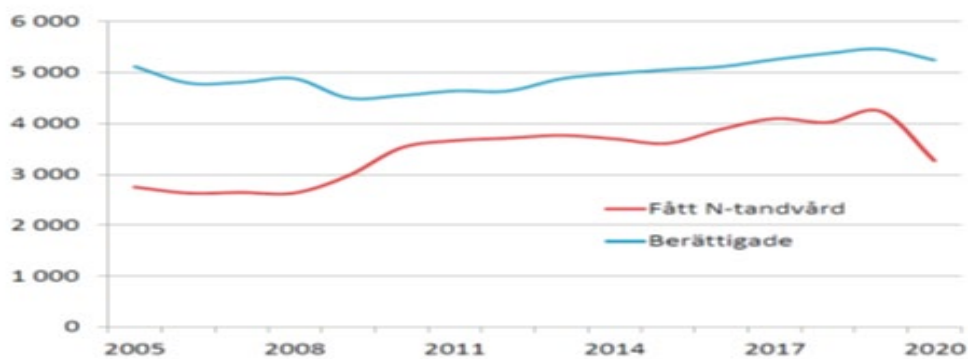
²³ KVÅ koder – Klassificering av vårdåtgärder enligt Socialstyrelsen

vid in och utskrivning från sjukhus med checklista är publicerad under året samt infört inom förvaltningens verksamheter.

Tandvårdsenheten

Ett tandvårdsstöd erbjuder viss tandvård till äldre och funktionshindrade personer. Tandvårdsenheten har avtal med länets samtliga kommuner angående samverkan gällande uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, vilket är reviderat under året. Arbetet har till stor del utgått enbart från akuta problem pga. pandemin och nedstängningen av särskilda boenden för äldre, se nedan diagram där berättigade personer jämförs med de som fått nödvändig tandvård från.

Antal personer som fått nödvändig tandvård 2000-2020



Källa: Tandvårdsenheten Sörmland, 2020.

Hälsodata från munvårdsbedömningar på särskilt boende för äldre: 215 personer har fått munvårdsbedömning under året, medelåldern av dessa personer har varit 86 år. God munhygien har fastställts till 56 %. Uppsökta personer hade omedelbart behov av tandvård i någon form.

Dokumentation i patientjournal

KVÅ²⁴ koder för dokumentation i patientjournal gällande för kommunal hälso- och sjukvård är uppdaterade och tillförda fullt ut enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Arbetet fortgår under 2021 utifrån Socialstyrelsens utveckling av KVÅ koder. Frastexter i patientjournal har lagts till, även fasta vårdplaner är framtagna för att kvalitetssäkra dokumentationen gällande t ex diabeteskontroller. Digital signering av administrerad läkemedelsdos/behandling i patientjournal har påbörjats och fortsätter för färdigtällande år 2021.

²⁴ KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister från och med 2019.

Avvikelser

Utifrån alla lagrum är totalt 3 577 avvikelser anmäls. Av alla avvikelser är 2 441 avslutade. Ej bedömda avvikelser är 792 vilket kan innebära att avvikelsen ej är öppnade, bedömda eller bearbetade. I jämförelse med förra året har anmälningar av avvikelser minskat i jämförelse med år 2019 (4 102). Utifrån hälso- och sjukvårdslagen är totalt 1 777 (1 605 HSL + 172 HSL/SoL) avvikelser anmälda vilket också påvisar en minskning i jämförelse med år 2019 (1 929). Bedömda avvikelser totalt med minst en åtgärd är 2 681, i jämförelse med förra året (1 762). Att åtgärderna har ökat ses som positivt då tolkningen är att det övergripande arbete som genomförts gällande avvikelshantering har fått genomslag i verksamheternas kvalitetsarbete, däremot saknas uppföljningar i stor omfattning vilket medför att utvärdering av vidtagna åtgärder inte med säkerhet påvisar avsedd effekt.

Mest förekommande avvikelser är läkemedelshantering där vanligaste orsaken är glömda signeringar, utebliven läkemedelsdos och läkemedel i övrigt. Att skriva avvikelser gällande läkemedel är väl känt i verksamheterna vilket säkert också bidrar till att rapporteringen är störst. Att rapportera omvårdnad och insats som uteblivit är mer otydligt och svårare för medarbetarna att skriva. Rapportering av avvikelser som vårdrelaterade infektioner, avsteg från BHK²⁵, brister i patienters delaktighet i vården uppfattas som svårare för medarbetare att veta hur man skriver och att man även ska rapportera avvikelser/risker för avvikelser på dessa exempel av avvikelser.

Fall med skada kan ofta förebyggas genom att arbeta systematiskt med att följa upp vidtagna åtgärder utifrån riskbedömningarna, fokus på förebyggande åtgärder såsom t ex vardags rehabilitering/habilitering, höftskyddsbyxor, balansträning etc. behöver lyftas fram på annat sätt än åtgärder som larm av olika slag. Verksamheterna behöver arbeta systematiskt med uppföljningar av åtgärder som vidtas samt att personalen får kännedom om hela spannet av aktiviteter som kan vara en avvikelse/risk för avvikelse utifrån patientsäkerhetsperspektivet.

Avvikelser per aktivitet i fallande storleksordning och andel, 2020

Aktivitet	Totalsumma	Andel
Läkemedel	1 076	30 %
Insats/ omvårdnad	606	17 %
Organisation/arbetsrutiner	159	5 %
Dokumentation/informationsöverföring	153	4 %
Fall med skada*	81	5 %

²⁵ BHK – Basala Hygienrutiner och Klädregler

Avvikelser per åtgärder i fallande storleksordning och andel, 2020

Åtgärd	Totalsumma	Andel
Arbetsplatsdiskussion	1 382	39 %
Tom/ingen*	896	25 %
Kontakt med sjuksköterska	459	13 %
Enskilt samtal	290	8 %
Rapporterad till enhetschef	96	3 %
Handledning	28	1 %
Anmälan till medicinskt ansvarig sjuksköterska**	17	1 %

*Tom/ingen avvikelse inkluderar avvikelser som är under bearbetade och ej har åtgärder beslutade, ej bedömda

**Redovisar avvikelser anmälda utifrån Hälso- och sjukvårdslag

Patientnämnden

Tre inkomna synpunkter och klagomål har inkommit via Patientnämnden, dessa är besvarade av verksamheterna. Två gäller särskilt boende för äldre och en övrig verksamhet. Synpunkter och klagomål via patientnämnden är generellt lågt, i jämförelse med alla kommuner i länet ligger antalet på 23 på årsbas.

Avvikelser från Katrineholms kommun till Region Sörmland

Totalt har 69 avvikelserrapporter 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 minskat från 77 till 69. Några allvarigare och mer komplexa avvikelser har utretts tillsammans i dialog för att få en bättre samsyn kring händelsen, åtgärder och uppföljning av åtgärder.

Avvikelser från Region Sörmland till Katrineholms kommun

Totalt har 12 avvikelserrapporter inkommit. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedelshantering mellan vårdgivarna och hjälpmedel i samband med inskrivningsprocessen i slutenvården. Jämförelse med förra året har antalet avvikelser minskat från 13 till 12.

Klagomål och synpunkter

Nio klagomål och synpunkter har inkommit gällande vård och omsorg där hälso- och sjukvården ofta är integrerad. Ärenden har i huvudsak hanterats av enheterna själva där förbättringsförslag tas fram i samverkan med berörd verksamhetschef, delegerad personal samt legitimerad personal. Ett klagomålsärende har handlagts av medicinskt ansvarig sjuksköterska och resulterat i en lex Maria anmälan utifrån medförd vårdskada. Övriga synpunkter och klagomål har berört; bristande städning, besöksförbud på särskilt boende för äldre, bristande information till närstående i samband med införandet av

besöksförbud på särskilt boenden för äldre, synpunkter inför flytt av verksamhet under pandemin samt fallskada.

Händelser och vårdskador

Nio avvikelser av allvarigare grad har utretts av medicinskt ansvarig sjuksköterska. En allvarig avvikelse har anmälts till IVO som lex Maria. Under året har ingen patient-skadeersättning betalats ut.

Riskanalys

Exempel på övergripande riskanalyser som genomförts under året

- Inför sommaren för att säkerställa vård och omsorg samt hälso- och sjukvårdsinsatser under semestertid
- Digitalisering och digital signering
- Inför förändring av styrdokument gällande delegeringsprocessen
- Inför flytt av verksamhet inom äldreomsorgen
- Inför återöppnandet av särskilt boende för äldre efter stängning pga. pandemin
- Inför återöppnandet av dagverksamhet/daglig verksamhet efter stängning pga. pandemin
- Förvaltningens Krishanteringsplan har reviderats.
- I samband med revidering av instruktioner för delegering identifierades risker vid delegering av speciella uppgifter som t.ex. sugning av luftvägar och trakeostomi-skötsel. Behov finns för samverkansriktlinjer mellan region och kommunerna i länet i syfte att klargöra ansvarsfördelningen mellan närvård och specialiserad vård, vilket är förmedlat till beredningsgrupp äldre. Beslut förväntas ske i länsstyrelsen.

Mål och strategier inför 2021

Säkra läkemedelshanteringen inom verksamheterna

- Inom verksamheterna bidra till patientsäker vård på lika villkor för patienter som inte kan ansvarar för eller hanterar sina läkemedel d.v.s. har överlämnat hälso- och sjukvårdsansvar för läkemedelshantering.
- Digital signering av ordinationer inom alla verksamheter.
- Byta låssystem från nyckelhantering till loggningsbara kodlås på läkemedelsskåp i de boendes lägenheter. Gäller för särskilt boende utifrån en fastställd prioriteringsordning.
- Säker förvaring av läkemedel i ordinärt boende så att obehöriga ej har tillträde där ansvaret överförs till hälso- och sjukvården.
- Delegeringsprocessen ska följas upp, systematiskt utifrån styrdokument. Arbetet fortsätter under året.

Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal

- Systematisk kvalitetssäkring av slumpmässigt urval av patientjournaler per område där legitimerad personal har ansvar.
- För att stödja kvalitetssäkringsprocessen av patientjournaler och vårdplaner, initieras uppdrag inom verksamheten.
- Att få verkställighet i de förbättringsområden som identifieras i samband med granskningsarbetet. Arbetet fortsätter under året.

Säkra verksamhetsprocesserna utifrån riktlinjen Trygg hemgång och effektiv samverkan

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

Palliativ vård och vård i livets slut

- Utifrån resultaten behöver styrande och stödjande dokument gällande vård i livets slut, revideras och utvecklas.
- Arbetssätt och kompetensbehov behöver förtydligas i syfte att nå målvärden för kvalitetsindikatorerna enligt palliativa registret. Syftet är att vårdgivaren ska erbjuda en god palliativ vård och vård i livets slut.