



Godkänd av vård- och omsorgsnämnden 2017-03-02, § 19

Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården 2016

Vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	4
Patientsäkerhet	4
Riskanalys och händelseanalys	4
Systematiskt kvalitetsarbete	4
Syfte	5
Resultat.....	5
Organisatoriskt ansvar.....	6
Övergripande mål och strategier	7
Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2016-2018.....	7
Resultatmål: Antal brukare inskrivna i hemsjukvården med en samordnad individuell plan, SIP. Målnivå: 60 %	7
Resultatmål: Risken för undernäring ska minska för äldreomsorgens brukare i särskilt boende. 90 % av de som bor i särskilt boende oavsett driftsform ska ha erhållit en bedömning i Senior Alert. Målnivå: 90 %	7
Resultatmål: Andel brukare i äldreomsorgen vars nattfast är kortare än 11 timmar ska öka (med hänsyn till den enskildes önskemål). Målnivå: 60 %.....	7
Handlingsplan 2015-2016 för bättre vård och omsorg för äldre i Sörmland	8
God läkemedelsbehandling	8
God vård vid demenssjukdom - BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	9
God vård vid demenssjukdom - SveDem	9
Preventivt arbetssätt	10
Sammanhållen vård.....	10
Rehabilitering	11
Hemsjukvård	11
God vård i livets slut	12
Strategier	13
Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg.....	13
Egenkontroller.....	14
Verksamhetsuppföljning	14
Patientsäkerhetsarbete som bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet <i>SFS 2010:659, 3 kap.10§ p 1-3</i>	15
Senior Alert.....	15
Palliativa registret	15
BPSD.....	15
SveDem.....	15

Punktprevalensmätning gällande trycksår	16
Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	16
Nattfastemätningarna	17
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet, <i>SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5</i>	20
Avvikelse rapporter - interna avvikelser	20
Avvikelse rapporter - externa avvikelser	21
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier	21
Samverkan för att förebygga vårdskador, <i>SOSFS 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 3 §. p3</i>	22
Utifrån avtal med Enheten för Vårdhygien, Landstinget Sörmland	22
Särskilt uppdrag/rådgivning/konsultationer	22
Utbildningar	22
Smittspårning	22
Samverkan med patienter och närstående, <i>SFS 2010:659 3 kap. 4 §</i>	22
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier	23
Risicanalys, <i>SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §</i>	24
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier	24
Klagomål och synpunkter, <i>SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p. 6</i>	25
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier	25
Sammanställning och analys på områdesnivå, <i>SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §</i>	26
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier	26

Bakgrund

Patientsäkerhetslagen (2010:659) började gälla från och med januari 2011. Enligt lagen ska vårdgivaren planera och leda samt kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

Vårdgivaren har dokumentationsskyldighet gällande hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Dokumentationen ska senast 1 mars varje år upprättas i form av en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Från och med år 2016 års redovisning har vård- och omsorgsnämnden antagit en mall för hur patientsäkerhetsberättelsen ska utformas för året.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen och Patientsäkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att hälso- och sjukvårdspersonalen har begått misstag.

Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, bland annat för att säkerställa att patienternas behov och önskemål tillgodoses så långt det är möjligt. Ett bra möte och samtal mellan patienten och vårdens representanter lägger grunden till en trygg och säker vård. En god hälso- och sjukvård förutsätter ett kontinuerligt arbete med att utveckla verksamheten utifrån bland annat forskningsresultat och innovation, för bästa tillgängliga kunskap. I verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen ska Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tillämpas på den patientinriktade vården. I föreskriften beskrivs att vårdgivarens fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffas samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

Riskanalys och händelseanalys

Inför förändringar i organisationer, införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra en riskanalys. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Då en händelse inträffat som medfört att en patient kommit till allvarlig vårdskada eller kunde ha skadats allvarligt, ska en händelseanalys utföras.

Systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 3 kap. om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fort-

löpande 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.

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

Syfte

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.

Resultat

Till patientsäkerhetsberättelsen har uppgifter insamlats från områdeschef hälso- och sjukvård samt områdeschefer område 1 och 4 samt tf. avdelningschef i utföraravdelningen gällande område 2 och 3. Dialog har skett med kommunens dietister STF¹, demenssjuksköterska, avdelningen för vårdhygien och Landstinget Sörmland. Statistikuppgifter har inhämtats från Senior Alert, Läkemedelskommittén i Sörmland, Apotekstjänst, Närvård i västra Sörmland, Kvalitetsportalen, Palliativa registret, BPSD, Patientnämnden, verksamhetssystemet Treserva samt SKL².

Flera enheter bedriver sitt arbete på ett bra och strukturerat sätt men det finns ingen automatik mellan beskrivningen av och verksamhetens ”resultat”. Det saknas reflektioner, systematiska analyser och/eller kommentarer till det som redovisas.

Tillika saknas det konkreta beskrivningar med mål och delmål – hur man ska uppnå *Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2015-2017* samt *Äldreplan 2015-2016 - Handlingsplan 2015-2016 för bättre vård och omsorg för äldre i Sörmland*.

Det kan konstateras att det kvarstår ett stort behov av att i dialogen och utvecklingsarbetet tillsammans, samverka kring patientsäkerhetsarbetet. Dessutom påverkar den höga personalomsättningen samt omorganisationen inom förvaltningen, patientsäkerhetsarbetet negativt.

¹ STF, Service och teknikförvaltningen

² Sveriges Kommuner och Landsting

Organisatoriskt ansvar

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla berörda verksamheter och ha en naturlig koppling till arbetsmiljöarbetet och budgetarbetet. Chefer och medarbetare ska samverka i patientsäkerhetsfrågor. Enligt kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen³, beskrivs det organisatoriska ansvaret enligt följande:

Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Skall 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 Treserva.

Enhetschefer har ansvar för att bryta ner resultatmål till verksamhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetarna. 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.

Områdeschefen har ansvar för att följa upp kvalitetsarbetet i sitt område samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska⁴ (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 deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

I Katrineholms kommun är det förvaltningschefen som är verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen⁵.

Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.

Verksamhetschefen 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.

³ Vård- och omsorgsförvaltningen, styrdokument, 2012-10-05. VON, 2012:76-010

⁴ Delegeringsordning för NOV, Dnr VON/2016:5-002

⁵ Delegeringsordning för NOV, Dnr VON/2016:5-002

Övergripande mål och strategier

Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2016-2018⁶

Resultatmål: Antal brukare inskrivna i hemsjukvården med en samordnad individuell plan, SIP. Målnivå: 60 %

Resultat

18 % av patienter i hemsjukvården har en SIP, vilket är en ökning jämfört med förra årets 14.3 %.

Resultatmål: Risken för undernäring ska minska för äldreomsorgens brukare i särskilt boende. 90 % av de som bor i särskilt boende oavsett driftsform ska ha erhållit en bedömning i Senior Alert. Målnivå: 90 %

Resultat

72 % fått riskbedömning under året. 526 riskbedömningar är genomförda under året och registrerade i S.A. Av dessa utförda riskbedömningar har **52 % risk för undernäring**. Riskbedömningar där risk för undernäring konstaterats och teambaserad utredning av bokomliggande orsaker utförts, är genomförd på 84 brukare/patienter. Åtgärder har planerats för 139 brukare/patienter och åtgärder har utförts på 69 brukare/patienter.

Resultatmål: Andel brukare i äldreomsorgen vars nattfast är kortare än 11 timmar ska öka (med hänsyn till den enskildes önskemål). Målnivå: 60 %

Resultat

40 % av brukare med nattfasta kortare än 11h (med hänsyn till den enskildes önskemål). Mätningen av nattfastan går inte att jämföra med tidigare år och kan i nuläget inte sägas om det har förbättrats eller försämrats. Först år 2017 kan vi se om antalet brukare med nattfasta under 11 timmar har ökat eller minskat.

⁶ VOF mål, 2015-11-30. Dnr VON/2015:46-042

Handlingsplan 2015-2016 för bättre vård och omsorg för äldre i Sörmland⁷

God läkemedelsbehandling

Mål

- Behålla eller förbättra resultat för läkemedelsindikatorerna jämfört med resultat 2015.
- Läkemedelsgenomgångar (LMG) är en naturlig del i vården såväl på vårdcentral, i hemsjukvård som i särskilt boende. Antalet individer som får kodad LMG ska öka jämfört med 2015
- Hos minst 50 % av individerna på särskilda boenden ska genomförd och kodad LMG vara gjord 2016.

Mått

- Olämpliga läkemedel
- Antipsykotiska läkemedel
- Antiinflammatoriska läkemedel
- Antal genomförda och kodade LMG (enkel eller fördjupad) enligt Sörmlands riktlinjer ska öka jämfört med 2015.

Resultat

- Jämfört med resultat från år 2015 gällande läkemedelsindikatorerna för individer 75+ som hämtat ut recept på: Olämpliga läkemedel har minskat för året jämfört med förra året med 0.4 %. Psykosläkemedel har ökat med 0.3 % och NSAID⁸ har minskat med 0.1 %
- Läkemedelsgenomgångar (LMG) så kallade kodade har i år ökat till 68 stycken från 54 stycken, jämfört med förra året. 65 LMG har genomförts på särskilt boende för äldre och 3 LMG har genomförts inom hemsjukvården.
- 18 % av individerna på särskilda boenden har genomfört och fått kodade LMG, år 2016. Särskilda boende enheterna som genomfört fördjupade LMG är (i fallande ordning); Lövåsgården, Furuliden, Norrglantan, Igelkotten, Pantern, Vallgården, Malmgården, Almgården och Strandgården. Resultatet jämfört med förra året är en ökning. (Siffrorna är beräknade på antalet boendeplatser inom särskilt boende äldre i syfte att få fram jämförelse med förra året).

⁷ Nämnden för socialtjänst och vård, 2015-04-10. Dnr SOVIS15-0038

⁸ Förkortningen NSAID står för Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, vilket på svenska kan översättas till icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel. Det är en grupp mildt smärtstillande läkemedel, som också är inflammationsdämpande och febernedsättande.

God vård vid demenssjukdom - BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Mål

- Skatting av BPSD är en naturlig del i vården av personer med demenssjukdom.

Mått

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

Resultat

BPSD används enbart på särskilda boendeenheter just nu. Resultat från registret påvisar att 17 boendeavdelningar har registrerat under 2016. Antalet registreringar är 252 till antalet och den avdelning som registrerat mest har registrerat 39 till antalet. Vid jämförelse med förra årets siffror för registrering dvs. 155 har antalet registreringar ökat, se tabell enligt nedan. Nya medarbetare har erhållit utbildning i BPSD enligt kompetensplanen.

År	Antal
2012	48
2013	141
2014	114
2015	155
2016	252

God vård vid demenssjukdom - SveDem

Mål

- Vården av personer med demenssjukdom är kvalitetssäkrad.

Mått

- Öka antalet riskbedömningar med åtgärd i Senior Alert i samband med minnesutredning.

Resultat

Registreringen i SveDem har inte fungerat tillfredsställande pga. hög arbetsbelastning hos sjuksköterskorna, beslut har tagits inom förvaltningen att avstå registrering under året.

Preventivt arbetssätt

Mål

- Det förebyggande arbetssättet är en naturlig del av vård och omsorg om äldre
- Fallförebyggande träning enligt Otago-metoden⁹ erbjuds äldre.

Mått

- Rutiner finns för ett förebyggande arbetssätt i ordinärt boende
- Fler kommunala enheter använder resultatet i Senior Alert som underlag för att systematiskt förbättra det förebyggande arbetssättet
- Samtliga relevanta enheter deltar i punktprevalensmätningarna gällande trycksår och fall
- 90 % av personer i särskilt boende ska ha fått en riskbedömning med åtgärd i Senior Alert
- Utbildade kaskadledare enligt Otago-metoden, finns för hela länet.

Resultat

Två fysioterapeuter har utbildats i fallförebyggande träning enligt Otago-metoden, dessa finns att tillgå vid behov. Inget resultat är redovisat.

Sammanhållen vård

Mål

- Fortsatt minskning av antalet återinskrivningar inom 30 dagar
- Fortsatt minskning av undvikbar slutenvård
- Minskning av antalet av utskrivningsklara patienter på sjukhus.

Mått

- Minskad andel personer som återinskrivs inom 30 dagar i förhållande till föregående år
- Minskad andel undvikbar slutenvårdstillfällen i förhållande till föregående år
- Antal vårddygn för utskrivningsklara personer på sjukhus ska ej överstiga riksgenomsnittet.

Resultat

- Oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar skattas till 173 andel % för år 2016, jämfört med 182 andel % för år 2015¹⁰. Vilken är en minskning.
- 635 invånare/100 000 invånare registrerades för undvikbar slutenvårdstillfällen i förhållande till föregående års registrering där 574 invånare/100 000 invånare registrerades¹¹. Detta tyder på en ökning av undvikbar slutenvård för året.

⁹ Förebyggande träningsmetod gällande balansträning, muskelstyrka samt uthållighet i syfte att minska antalet fallolyckor. Metoden är utvecklad och rönt stora framgångar i Nya Zeeland

¹⁰ Varje gång ett Oplanerat vårdtillfälle rapporteras så undersöks om det i samma landsting finns ett föregående vårdtillfälle för samma individ oavsett om det är planerat eller Oplanerat. Om det finns ett sådant och om det har gått mellan 1-30 dagar mellan föregående utskrivning och den aktuella inskrivningen så räknas detta som Oplanerat återinskrivning.

- Utskrivningsklara personer på sjukhus var för Katrineholm 3.5 medelvärde dagar i jämförelse med riksgenomsnittet som var 3.8 medelvärde dagar under samma mätperiod dvs. januari-november månad år 2016¹². Resultatet understiger riksgenomsnittet.

Rehabilitering

Mål

- Rehabilitering är en naturlig del av vård- och omsorg för äldre.

Mått

- Varje relevant enhet ska ha minst en person som har kompetens att använda COPM (Canadian Occupational Performance Measure)¹³.

Resultat

Inget resultat är redovisat.

Hemsjukvård

Mål

- Trygg vård i hemmet genom interdisciplinärt teamarbete och hembesök av läkare
- Ökad patientmedverkan i uppföljning av hemsjukvårdens kvalitet.

Mått

- Antal hembesök av läkare till hemsjukvårdspatienter ska öka i förhållande till föregående år
- 80 % av patienter i hemsjukvård har en samordnad individuell SIP
- Ökat antal områden där e-lösningar provats
- Kunskap finns om hemsjukvårdens patienter uppfattar hemsjukvården som en trygg vårdform.

Resultat

- Antalet hembesök av läkare till hemsjukvårdspatienter har skett med 16 besök vilket är en ökning.
- 18 % av patienter i hemsjukvård har en samordnad individuell SIP. Vilket är en ökning jämfört med förra årets 14.3%. Vid mätning av hemsjukvårdens insatser finns totalt 559 patienter inskrivna i kommunens hemsjukvård. Noteras ska att hälso- och sjukvårdspersonalen avslutar inte insatser så den reella siffran är säkert något lägre än vad statistiken visar.

¹¹ Undvikbar slutenvård – diagnos. Rapporten utgår från Socialstyrelsens förteckning över diagnoser som inte skall behöva slutenvård.

¹² Antal vårdtillfällen där det dröjt en eller flera dagar från det att läkare bedömt patienten som utskrivningsklar tills utskrivning har skett.

¹³ COPM (Canadian Occupational Performance Measure) är en individualiserad bedömning av en klients egen uppfattning av problem som denne stöter på vid utförandet av en aktivitet. Instrumentet publicerades 1990 och kommer ursprungligen från Kanada. COPM ingår i arbetsterapiutbildningen, Sveriges Arbetsterapeuter ger även endagarsutbildning i metoden

- E-lösningar och kunskap om hemsjukvårdens patienter uppfattar hemsjukvården som en trygg vårdform, har inte redovisats från verksamheterna.

God vård i livets slut

Mål

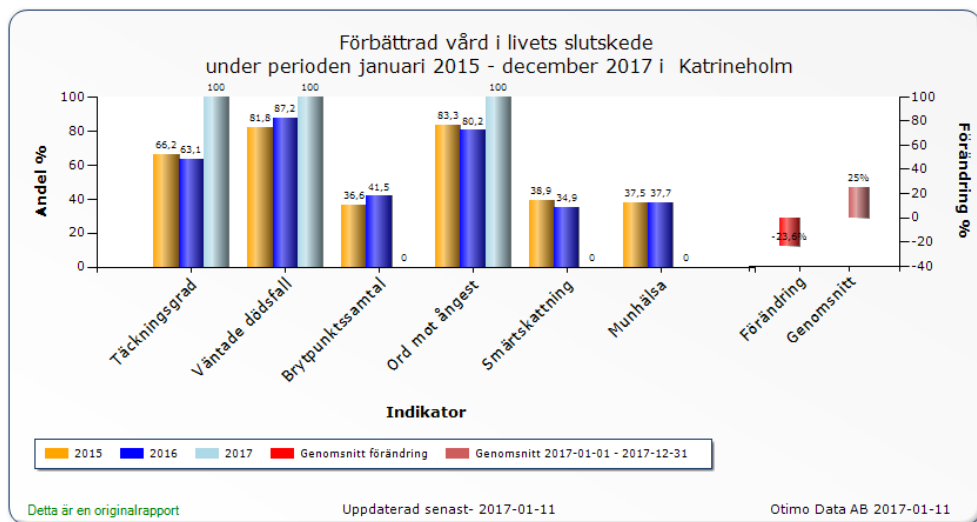
- God och trygg vård i livets slut.

Mått

- Täckningsgrad oavsett boendeform över 70 % i palliativa registret
- Andelen personer som får läkarinformation/brytsamtal vid förväntat dödsfall ska överstiga 60 %
- Andelen personer som fått en validerad smärtskattning ska vara mer än 50 %.

Resultat

- Täckningsgrad oavsett boendeform är 63.1% i Palliativa registret, vilket inte når riktigt ända fram till resultatmålet.
- Andelen personer som får läkarinformation/brytsamtal vid förväntat dödsfall är uppnådd till 41.5 %. Vilket är en ökning i jämförelse med förra året men resultatet når inte målet.
- Andelen personer som fått en validerad smärtskattning är upp nådd till 34.9 %, vilket är en marginell minskning i jämförelse med förra året. Se tabell enligt nedan.



Strategier

Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg

- **Kommunikation och information** (avvikelser från verksamhetssystemet Treserva, Landstinget Sörmland, Patientnämnden, övriga)¹⁴

Resultat
86 avvikelser gällande dokumentation/information/kommunikation finns registrerade totalt sett¹⁵
- **Undernäring** (Senioralert, vårdprevention)

Resultat: Totalt har 571 riskbedömningar är utförda, varav risk för undernäring har 309 rapporterats, teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts i 33.7%, åtgärder planerats i 53.4%, åtgärder utförts i 28.8% och viktminskning > 5% i 14.6% .
- **Läkemedel**

Resultat: Läkemedelskommittén har under året anställt 12 kliniska apotekare i syfte att arbeta med patientnära kliniskt arbete i sjukvården i Sörmland. Alla 27 vårdcentraler i länet har ”sin kliniska” apotekare” och man har genomfört totalt 590 fördjupade LMG under året.
- **Fall** (Senioralert, vårdprevention)

Resultat: 575 riskbedömningar är utförda, varav risk för fall finns identifierat hos 394 individer, teambaserad utredning av bakomliggande orsaker har utförts i 39.1 %, åtgärder planerats i 59.1 %, åtgärder har utförts i 36 % och fall har förekommit i 29.7 %.
- **Trycksår** (Senioralert, vårdprevention)

Resultat: 567 riskbedömningar är utförda, varav risk för trycksår finns hos 193 individer, teambaserad utredning av bakomliggande orsaker har utförts i 36.3 %, åtgärder planerats i 54.4 %, åtgärder utförts i 30.6% och trycksår har uppkommit i 4.1 %.
- **Munhälsa** (Senioralert, vårdprevention)

Resultat: 568 riskbedömningar är utförda, varav risk för ohälsa i munnen har 248 rapporterats, åtgärd planerats för 43.5% och åtgärder utförts på 22.6%
- **Fördröjd, eller felaktigt utförd vård- och behandling** (avvikelser från verksamhetssystemet Treserva, Landstinget Sörmland, Patientnämnden, övriga)

Resultat: Inga avvikelser finns att redovisa då avvikelsetrådet inte är utvecklat i Treserva men en Lex Maria har anmält under kategorin
- **Medicinska tekniska produkter** (avvikelser från verksamhetssystemet Treserva, Landstinget Sörmland, Patientnämnden, SAPS, övriga)

Resultat: 17 avvikelser gällande MTP och hjälpmedel är redovisade i Treserva, två Lex Maria har anmälts under kategorin.

¹⁴ Källa, här finns uppgifter/resultat att hämta

¹⁵ Det kan finnas en felkälla vid utdrag från verksamhetssystemet Treserva

Egenkontroller

- PPM-BHK (Punktprevalensmätning – basala hygien- och klädregler) (www.SKL.se) – se särskilt avsnitt
- PPM-Trycksår (Punktprevalensmätning) (www.SKL.se) – se särskilt avsnitt
- Nationella kvalitetsregister (www.kvalitetsregister.se) – ej redovisat
- Nattfasta (*Service- och Teknik (STF), dietisternas mätning på enhetsnivå, enhetschefer*) – se särskilt avsnitt
- Strukturerad journalgranskning (*legitimerad personal, MAS*)
Resultat: Egenkontroll har inte skett under året.
- Avvikelse rapporter (*avvikelse från verksamhetssystemet Treserva, Landstinget Sörmland, Apoteket AB, Läkemedelsverket, övriga*)- se särskilt avsnitt

Verksamhetsuppföljning

Verksamhetstillsyn sker årligen via bland annat via natttillsyn, interna och/eller externa utredningar och granskningar – natttillsyn har skett under senhösten. Totalt besöktes 10 särskilda boenden för äldre inklusive servishusen samt fyra boendeenheter inom område fyra. Tillsynen har haft fokus på frågor utifrån riktlinjer och rutiner utifrån 7 områden.

Resultat: Rapporten kommer att redovisas separat.

Patientsäkerhetsarbete som bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet SFS 2010:659, 3 kap.10§ p 1-3

Senior Alert

Från verksamheterna beskrivs att registrering i Senior Alert skall genomföras på samtliga brukare som flyttar till särskilt boende. Svårigheter har funnits med att implementera användandet av Senior Alert full ut då det både har funnits svårigheter med att tillämpa systemet pga. svårigheter att koppla upp sig till internet och även att använda sig av registreringen som ett verktyg i patientsäkerhetsarbetet, både på individ- och enhetsnivå. Inom hemtjänst/hemsjukvård har planerad omstart av Senior Alert inte påbörjats. Det finns riskbedömningar gjorda där enheter har använt samma blankett som i arbetsredskapet S.A, men det finns ingen statistikuträkning av detta och/eller direkta rapporter att redovisa. Ett hinder har varit att vissa teamträffar inom hemtjänst/hemsjukvården blivit inställda av olika skäl, ibland pga. brist på vårdpersonal, ett annat är att kontaktpersonerna inte alltid är kända av vare sig brukare/patienter eller legitimerad personal. Legitimerad personal har försökt uppmärksamma problemet men har inte lyckats fullt ut. Omsättningen av enhetschefer och legitimerad personal har också inverkat. Det är enhetschefens ansvar att leda teamarbete med riskbedömningar. Totalt har 612 riskbedömningar gjorts i S.A, under året. Utifrån antal riskbedömningar som genomförts i relation till antal åtgärder som utförts är % satsen förhållandevis låg. Detta medför att man bör reflektera över det systematiska patientsäkerhetsarbetet gällande identifierade riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg.

Palliativa registret

Det är sjuksköterskorna som registrerar i Palliativa registret efter att dödsfall inträffat, hälso- och sjukvårdsområdet anger en del problem med att komma in i registret vilket medfört att fullständig rapportering inte skett. Registret är under tidigare delen av året omstrukturerat så att alla boendeenheter finns med i registret. Alla registrerande sjuksköterskor har behörighet att registrera på alla enheter vilket underlättar registrering jourtid samt att man kan hjälpas åt att registrera åt varandra. Andelen brytpunktsamtal har glädjande nog ökat under året.

BPSD

BPSD ska användas på alla samtliga demensenheter/avdelningar. Alla särskilda boendeenheter för äldre och demens finns i registret och alla enheter har registrerat någon gång under året, dock inte på avdelningsnivå. Registreringarna (252) är fördelade över (123) personer.

SveDem

Registret är inte använt av någon verksamhet under året. Demenssjuksköterskan beskriver att hen har sett över registreringen på vårdcentralsnivå och att det finns överflyttade patienter till kommunen, som väntar på uppföljning.

Punktprevalensmätning gällande trycksår

PPM gällande trycksår är genomförd, våren 2016. Alla enheter var erbjudna att delta. Några enheter lämnade svar men föll ur redovisningen pga. redovisat material inte kunde tydjas för vidare att läggas in i databasen hos SKL¹⁶.

Andel patienter med trycksår

Kommun	Antal patienter	Andel trycksår	Antal trycksår 2-4 ¹⁷	Andel trycksår 2-4
Katrineholms Kommun	296¹⁸	20,9%	32	10,8%
Almgården	23	17,4%	1	4,3%
Furuliden	37	29,7%	8	21,6%
Hemsjukvård	63	27,0%	10	15,9%
LSS boende	1	100,0%	1	100,0%
Lövåsgården	44	20,5%	2	4,5%
Norrgläntan	34	2,9%	1	2,9%
Pantern	33	12,1%	3	9,1%
Strandgården	42	26,2%	4	9,5%
Yngaregården	19	21,1%	2	10,5%

Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

PPM gällande följsamhet till BHK¹⁹ är genomförd, våren 2016.

Resultat (siffrorna är tolkade efter tabell)

Andel korrekt i 8 steg uppfylls till 40 %

Andel korrekt i 4 hygienrutiner uppfylls till 69 %

Andel korrekt i 4 klädregler uppfylls till 58 %

Desinfektion före uppfylls till 83 %

Desinfektion efter uppfylls till 94 %

Korrekt arbetsdräkt uppfylls till 65 %

Fri från ringar, klockor, armband, bandage etc. uppfylls till 88 %²⁰

¹⁶ SKL – Sveriges Kommuner och Landsting

¹⁷ Kategorisering av trycksår: Det primära är att förebygga trycksår innan det blir en skada på huden. Därför är det viktigt att identifiera reaktiv hyperemi (Reaktiv hyperemi definieras som ett övergående ökat blodflöde över det normala efter en tids ischemi) och redan där initiera tryckavlastning då huden och vävnaden har blivit påverkad, av någon form av tryck.

- Grad 2 Delhudsskada av överhuden och läderhuden. Såret är ytligt och ses kliniskt som avskavd hud eller blåsa.

- Grad 3 Fullhudsskada av subkutan vävnad som kan gå ned till, men inte genom, underliggande bindvävshinna.

- Grad 4 Djup sår håla med omfattande skada, vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjande strukturer med eller utan fullhudsskada.

¹⁸ Antal patienter som mätningen baseras på i denna PPM

¹⁹ Basala hygienrutiner och klädregler

²⁰ www.SKL.se

Nattfastemätningarna

Enligt rapporterna "Nattfasta, resultatmål vår/höst 2016" har ingen enhet uppnått resultatmålet, dock finns flera avdelningar som redovisat bättre resultat än andra. Nattfastan belyser en natt per halvår i varje brukares liv och är ett arbete som måste pågå kontinuerligt och nattfastan kan visa tendenser för olika avdelningars rutiner. Under 2015 utvecklades en rutin i syfte att förebygga nutritionsåtgärder och behandling av undernäring i samverkan mellan dietister och MAS. Hur rutinen används i verksamheterna framgår inte.

Hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, t ex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten, arbete med nationella kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska Palliativa registret, BPSD, SveDem, punktprevalens mätningar, nattfaste mätningarna har inte redovisats.

Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier

Senior Alert

Inom hemtjänst/hemsjukvård beskriver man omstart av Senior Alert och att arbetet med riskanalyser ska ske mer strukturerat, vilket även bör ske inom alla särskilda boende enheter i syfte att förebygga fall, undernäring, trycksår, munhälsa. Att identifiera risker är en del av det förebyggande arbetet med att förebygga annan vårdnivå och inläggningar på sjukhus för den enskilde brukaren/patienten.

BPSD

På de enheter som inte arbetar med BPSD kommer det att utbildas medarbetare i systemet och påbörjans mätningar under 2017 inom område två och tre.

SveDem

Diskussioner inom förvaltningen bör ske i syfte att skapa strategier för uppföljningsarbetet av utredningar i samverkan med vårdcentralerna. Demenssjuksköterskan är en resurs inom förvaltningen och kan vara en av fler drivande professioner i arbetet. Samtidigt arbetas det nationellt med revidering av befintliga riktlinjer vilket i sig kan resultera i ett övergripande förbättringsarbete

Samordnad individuell plan (SIP)

Inom hemsjukvården har man påbörjat arbetet och målet är att alla hemsjukvårdspatienter ska ha en SIP, år 2017. Alla enhetschefer bör ha erhållit SIP utbildning inom hemsjukvårdens område i syfte att kunna initiera SIP behovet samt att vara behjälpliga i det systematiska arbetet med SIP. Detta handlar om patientsäkerhet och rätten till god vård samt hänger samman med projektet Trygg och effektiv. SIP är ett enkelt sätt att reda ut vem som gör vad, speciellt när specialistkliniker/flera kliniker, är involverade i vård- och behandling av patient.

Palliativa registret

Vård- och omsorgsförvaltningen har tecknat abonnemang i Palliativa registret inför år 2017 i syfte att förbättra vården i livets slut. Bland annat kommer smärtskattningen att valideras enligt VAS skalan framöver. Ett utvecklingsarbete bör initieras inom hälso- och sjukvårdsenheten i samverkan med MAS för att utveckla och säkra patientvården i livets slut. Här behöver VOF förbättra vården på bredden då vi vårdar brukare/patienter i livets slut till mycket stor utsträckning.

Läkemedelshantering

Under året har lokala läkemedelsrutiner uppmärksammats. Förtydliganden behöver göras dels utifrån genomförd apoteksgranskning där förbättringsarbete behöver färdigställas på enhetsnivå samt att alla enheter som hanterar läkemedel till patienter ska ha en gällande lokal läkemedels rutin som beskriver hur hanteringen går till utifrån gällande styrdokument. En ny mall och lokal läkemedelsrutin är under framtagande och kommer att presenteras för legitimerade sjuksköterskor och enhetschefer i syfte att implementeras i verksamheterna. Även daglig verksamhet och dag verksamhet omfattas av arbetet när brukare/patienter har ansvarsövertagande av läkemedelshantering av hälso- och sjukvårdspersonal.

Läkarsamverkan

Samverkan mellan vårdcentralernas läkare inom ramen för samverkansavtal gällande läkarsamverkan inom kommunal hälso- och sjukvård fortlöper. Nya lokala avtal mellan Vård- och omsorgsförvaltningen och vårdcentralerna i Katrineholm och en vårdcentral i Flen är framtagna. Syftet är att kvalitetssäkra arbetet som regleras inom ramen för avtalet. Uppföljningsarbete planeras ske systematiskt då avtalet bör vara känt i verksamheterna både av legitimerad personal, enhetschefer samt i viss mån även omvårdnadspersonal i form av kontaktpersoner.

Preventivt rehabiliterande arbetssätt

enligt Otago-metoden behöver förtydligas inom hemsjukvården och fler legitimerade rehabiliteringspersonal utbildas. Diskussioner inom förvaltningen bör ske i syfte att få igång ett rehabiliterande arbetssätt på bredden inom verksamheterna. Att arbeta preventivt utifrån ett rehabiliterande arbetssätt är en av fler möjligheter att arbeta hälsofrämjande och proaktivt och om möjligt skjuta upp omvårdnadsbehov hos brukare/patienter samt öka välbefinnande och autonomi.

Patientjournaler

Treserva behöver fortlöpande utvecklas och inom ramen för år 2017 kommer systemet att uppdateras vilket kommer att medföra merarbete för alla användare men framförallt "superanvändare" och dokumentationsgruppen för patientjournal Treserva. I vilken omfattning merarbetet blir är idag okänt.

Medicintekniska produkter (MTP)

Medicintekniska produkter har setts över i verksamheten utifrån gällande riktlinjer. Arbetet fortgår under 2017 för att finna lösningar på kvarstående problem som finns. Inventering av spoldesinfektorer och diskdesinfektorer har genomförts i samverkan mellan MAS, områdeschef för hälso- och sjukvårdsenheten samt hygienisköterskan. Arbetet fortgår i syfte att "få igång" den maskinpark som finns på enheterna samt att komplettera med maskiner samt sköljrum på de enheter som saknar utrustning för att tillgodose god hygienisk standard inom vårdgivarens ansvarsområde. En inventering av enheternas "egna" MTP är initierad och förväntas pågå in under år 2017.

God hygienisk standard

Övergripande riktlinjer för Basal hygien i vård och omsorg finns och gäller inom förvaltningen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i verksamhetens kvalitets och säkerhetsarbete eftersom alla vårdgivare har skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Viktiga områden är tillgång till vårdhygienisk kompetens, utbildning och kompetensutveckling i vårdhygien, konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner, egenkontroller, processer och resultat för vårdhygien. Närmast under februari månad startar utbildning för chefer inom VOF i grupper inom sitt verksamhetsområde där syftet är att få igång dialog kring verksamhetsnära hygienfrågor. Hygien ronder fortsätter som tidigare och nya enheter är på agendan, några enheter kommer att erhålla uppföljning av tidigare ronder där enheterna får presentera sitt förbättringsarbete och dialog sker kring dessa.

Nationella kvalitetsregister

Resultat av kvalitetsregister borde bearbetas inom förvaltningen på ett systematiskt sätt i syfte att kvalitetssäkra kvaliteten utifrån redovisade resultat. T ex gäller det att säkerställa att vårdplaner finns och är uppdaterade < 1 år samt tillgängligheten på legitimerad sjuksköterska där resultatnivån påvisat låga siffror i jämförelse inom Sörmland och riket.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet, SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelse rapporter - interna avvikelser

All personal har skyldighet att rapportera avvikelser och de skrivs i Treserva. Enhetschef ska följa upp avvikelsehanteringen och snarast göra en bedömning om det inträffade enbart ska hanteras utifrån det lokala säkerhetsarbetet eller om avvikelsen skall meddelas vidare till områdeschef/avdelningschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Genomgång av avvikelser både personligt och i grupp av legitimerad personal och enhetschef sker inom särskilt boende. Under året har enhetscheferna för hälso- och sjukvårdsenheterna inte haft kännedom om de avvikelser som skett, detta på grund av en avvikelse mellan förvaltningen och leverantören av Treserva. Avvikelse återrapporteras vid ledningsmöten och det görs en områdesövergripande analys två gånger per år. Många avvikelser berör medicinutdelning, personal glömer att ge läkemedel och utmärkande är klockan 14:00 medicindosen som uppfattas svår att komma ihåg. Dålig kommunikation vid extrainsatt medicin är identifierad som ett förbättringsområde samt att sommarmånaderna haft fler avvikelser i jämförelse med övriga månader på året vilket kopplas samman med semesterperioderna då många vikarier arbetar inom verksamheterna.

Totalt har 2 285²¹ avvikelser anmälts under året, av dessa är 1 032 avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område. Av dessa avvikelser är 816 avvikelser slutförda medan 216 avvikelser är ej slutförda, det vill säga ligger öppna och inte bearbetade i systemet fullt ut. 197 avvikelser tillhör kategorin betydande, 20 av dessa är anmälda till medicinskt ansvarig sjuksköterska för vidare utredning och händelseanalys, 4 av dessa är polisanmälda och 5 av dessa är anmälda till verksamhetschef.

Av dessa beskrivs 331 avvikelser där patienter fått konsekvenser enligt följande:

1. Allvarlig skada/dödsfall	15 patienter
2. Mindre allvarlig skada	142 patienter
3. Ingen/obetydlig skada	172 patienter

Identifierade kroppsskador kan nämnas som vårdrelaterad infektion, ömhet och blåmärke. Varför identifierade kroppsskador är så få beror på att det inte har gått/inte går att redovisa detta fullt ut i Treserva pga. avvikelsemodulen inte är färdigställd och utvecklad att redovisa patientskador.

Vilka mönster eller trender man ser i verksamheterna utifrån den samlade analysen av personalens rapporterade risker och händelser redovisas inte inom område 1 och 4. Område 2 och 3 har genomfört analys utifrån att man har 358 brukare inom särskilt boende äldre och majoriteten av dessa är patienter med någon form av läkemedel ordinerad och/eller vårdplaner för omvårdnadsinsatser så är det troligt att det finns ett stort mörkertal som inte rapporteras. Dessa avvikelser menar man hanteras omedelbart och avvikelserna blir inte registrerade. Läger man därtill att 729 brukare/patienter totalt har bott inom vård- och omsorgsförvaltningen under år 2016

²¹ Det kan finnas en felkälla vid utdrag från verksamhetssystemet Treserva

ökar mörkertalet. Antalet vårdrelaterade infektioner gällande Calici är inte redovisat till avdelning för Vårdhygien, Landstinget Sörmland. Siffror kring hur många patienter som smittats samt antalet smittad personal kan inte redovisas i dagsläget.

Avvikelserapporter - externa avvikelser

Summering av inkomna avvikelser till Apotekstjänst 2016

Totalt inkomna avvikelser från Katrineholms kommun till Apotekstjänst är 27 under året.

- Dos = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende dosdispenserade läkemedel är 9.
- Originalförpackning = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende originalförpackning/helförpackning är 3.
- Ej hänförligt Apotekstjänst = avvikelser ej orsakade av Apotekstjänst eller deras underleverantör är 15.

Patientnämnden

Inga ärenden redovisade under året.

Läkemedelsverket

Inga ärenden redovisade under året.

Avvikelser från Katrineholms kommun till Landstinget Sörmland

Totalt har 68 avvikelser upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedel, hjälpmedel, bristande medicinsk information, vårdplan/vårdrapport, behandlingsmeddelande, bemötande, tillgänglighet som exempel.

Avvikelser från Landstinget Sörmland till Katrineholms kommun

Totalt har 18 avvikelser upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande kommunikation, fel vårdnivå, SKILS som exempel.

Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier

Goda samverkansformer mellan chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska inom förvaltningen bör ske där uppföljning av avvikelser av allvarligare karaktär borde ske i samverkan. Här behöver man utveckla gemensamma arbetssätt för att minska risk för upprepning samt att få med det lärande perspektivet som avvikelshanteringen syftar till. Avvikelsehanteringssystemet i Treserva ska bli klart gällande hälso- och sjukvårdsdelen på patientnivå och organisationsnivå, under året. Att rapportera vårdskador och vårdrelaterade infektioner lika så, vilket idag saknas i Treserva avvikelssystem.

Samverkan för att förebygga vårdskador, SOSFS 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 3 §. p3

På samtliga enheter genomförs teamträffar för att förebygga vårdskador. På teamträffarna deltar ansvarig enhetschef, sjuksköterska, rehab personal och omvårdnadspersonal. Dessa möten leds av ansvarig enhetschef. Till teamträffarna ska omvårdnadspersonalen vara förberedda med att ha gått igenom genomförandeplaner och eventuella vårdplaner. När en brukare flyttar in på särskilt boende för äldre, har enhetschef och områdesansvarig sjuksköterska ett ankomstsamtal med brukaren/patienten.

Utifrån avtal med Enheten för Vårdhygien, Landstinget Sörmland

Hygiensköterskan arbetar enligt avtalet på uppdrag av kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Under året har hygienronder genomförts på:

1. Igelkottens SÄBO²²
2. Igelkottens hemtjänst
3. Almgårdens SÄBO
4. Yngaregårdens SÄBO
5. Björkvik hemtjänst

Särskilt uppdrag/rådgivning/konsultationer

Genomgång av spol- och diskdesinfektorer. Besök på samtliga boenden och planering av maskinpark i framtida VOF i Katrineholm, detta har skett i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska och områdeschef för hälso- och sjukvårdsenheten. Genomgång av framtida situation med arbetskläder. Besök på Lövåsgården samt Norrgläntan och Strandgården.

Utbildningar

1. Utbildning gällande Calici på enheten Igelkotten
2. Utbildning basal hygien för paramedicinsk personal
3. Utbildning basal hygien för sjuksköterskor vid två tillfällen
4. Utbildningstillfälle för chefer inom vård och omsorg.

Smittspårning

Smittspårning på medeboende samt personal inom ett SÄBO

Samverkan med patienter och närstående, SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Välkomstsamtal görs i samband med inflyttning på särskilt boende vilket är viktiga för att få patienten delaktig i vård och behandling men även närstående erbjuds att delta (om den inflyttande individen så tillåter).

Inom hemsjukvården redovisas antalet genomförda SIP²³. *Källa: Områdeschef Hälso- och sjukvårdsenheten.*

Att involvera patient och/eller närstående i avvikelser ska vara en del av det systematiska kvalitetsarbetet, vi behöver generellt bli bättre på samverkan med denna mål-

²² Särskilt boende

²³ SIP, Samordnad Individuell Plan

grupp i avvikelseärenden samt i resulterande förbättringsområden som mynnar ut av kvalitetsarbetet.

Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier

Under året kommer en checklista att implementeras i verksamheterna i syfte att kvalitetssäkra inflyttningsprocessen på särskilt boende äldre samt för inskrivningsprocessen i hemsjukvården, för brukare/patient. All personal inkluderas samt landstingets läkare i detta förbättringsarbete kring brukaren/patienten.

Inom område, 1 dvs. hemtjänst/hemsjukvård, är teamträffar och handledning viktiga delar för samverkan mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal kring brukare/patienter. Rapporteringstid mellan personalen har saknats/inte fungerat och frågan har uppmärksammats till förvaltningsledningen. Förslag på rutin för ersättning av rapporttid ska VON fatta beslut om, vilket förväntas leda till förbättringar gällande patientsäkerheten.

För att förebygga alltför lång nattfasta och undernäring kommer ett samverkansarbete att initieras mellan STF, MAS och särskilt boende äldre. Första mötesdatum är inplanerat.

Risکاناليس, SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På individnivå arbetar enheterna systematiskt med riskanalyser i Senior Alert. På enhetsnivå arbetar enhetschefer tillsammans med legitimerad personal för att säkerställa att omvårdnadspersonalen har kunskap i god hygienvård inom område 2 och 3.

En enkät rörande antal ärenden och belastning på sjuksköterskor jourtid har genomförts i syfte att omfördela resurser vid behov. Enkäten påvisade ett ökat behov av sjuksköterskor dagtid.

Risکاناليس inför projektet Trygg hemgång är genomförd. En övergripande riskanalys inom länet är planerat inom ramen för projektet. Vad som framkommer av arbetet kvarstår att ta del av och hur det kan påverka VOF verksamheter och fortsatta arbete.

Med hjälp av hygiensköterskan görs riskanalyser vid utbrott av MRSA och Calici.

Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier

Inget finns att redovisa under denna punkt.

Klagomål och synpunkter, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p. 6

Alla klagomål och synpunkter tas emot både skriftligt och muntligt. Det finns tydliga rutiner för hur återkoppling skall gå till och dessa följs på samtliga enheter. Återkoppling sker alltid till den som lämnat synpunkter.

Klagomål som kommer via IVO²⁴ och Patientnämnden inom hälso- och sjukvårdens område, utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under året har ett klagomål inkommit från närstående via IVO, gällande social omsorg. Klagomålet kopplades ihop med en allvarlig händelse inom verksamheten och resulterade i en Lex Maria anmälan gällande fördröjd vård- och behandling.

Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier

En sammanställning av inkomna synpunkter till förvaltningen som helhet efterfrågas i syfte att delaktighet ges i det systematiska kvalitetsarbetet. MAS kommer att sammanställa dessa och vidare presentera dessa inom ramen för samverkanmöten med chefer och legitimerad personal.

²⁴ Inspektionen för vård och omsorg

Sammanställning och analys på områdesnivå, SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §

Brister i tillgänglighet av jourläkare och läkare på särskilt boende/korttidsboende har sammanfattats till en stor avvikelse, då problemet har pågått över en längre period. Samverkan har utifrån framkommet material skett med involverad vårdcentral, arbetet har resulterat i ett avslut av läkarmedverkan på individnivå. Framkomna synpunkter inom ramen för uppföljningsarbete av samverkansavtal läkarmedverkan i särskilt boende för äldre och inom hemsjukvården har också lyft fram en del förbättringsarbete från båda håll, t ex tidsramen för läkares arbete, vad som ingår i avtalet och vad som är exkluderat i förhållande till läkares arbete, läkemedelsgenomgångar, brytpunktssamtal, samverkanstid m.m.

Tre Lex Maria anmälningar har gjorts under året, två av dessa involverar medicinsk tekniska produkter och en involverar omvårdnad samt fördröjd vård och behandling.

En anmälan är avslutad av IVO, en anmälan är under utredning av IVO och en anmälan utreds fortfarande av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier

Prator/SIP är ett överrapporteringsystem som kommunen tillsammans med övriga kommuner i Sörmland samt Landstinget Sörmland använder för att kommunicera patienter som vårdas inom slutenvården. Prator/SIP övergår under året till Mina Planer och inom ramen för det utvecklingsarbetet behöver VOF och kommunen i stort, se över organisationen kring systemet utifrån – hur vi bäst arbetar i systemet utifrån nuläge samt inför framtiden.

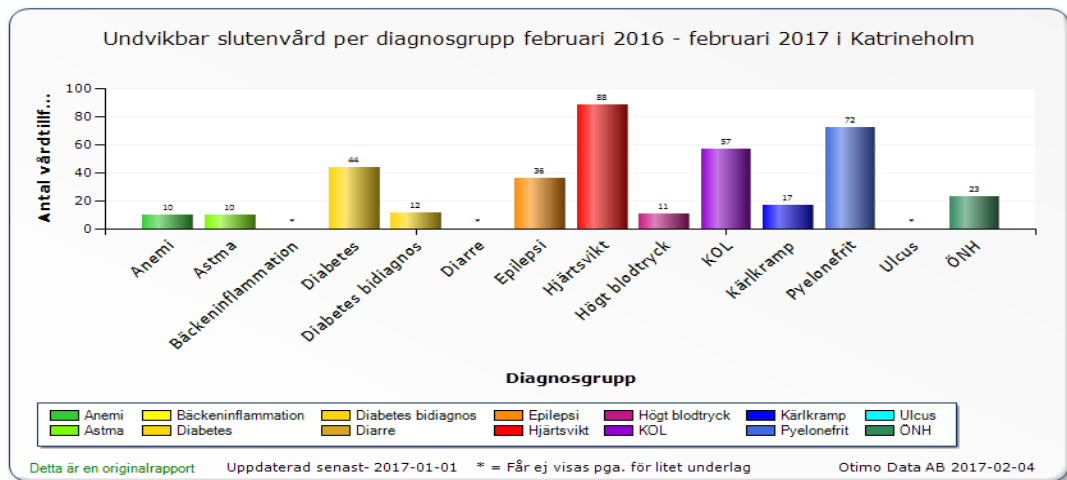
Enhetschefer behöver utbildas i syfte att initiera till SIP i Prator.

Förskrivningsprocessen gällande medicinskt tekniska produkter och när förråd av densamma, behöver ses över i linje med Trygg och effektiv projektet och de nya riktlinjerna som antas börja gälla från och med år 2018.

Hemsjukvårdspersonal inom hemtjänst/hemsjukvård, behöver handledas av legitimerad personal då man får mer kvalificerad vård att utföra i patienternas hem. Även kontaktmanaskap ska man arbeta mer med i syfte att få kontinuitet och arbeta systematiskt med riskanalyser på individnivå.

Inom verksamhetsområdet särskilt boende äldre finns flera utvecklingsområden. Implementering och användande av riktlinjer och rutiner samt arbetssätt som finns i förvaltningen anges som högt prioriterade. Teamarbete på enheterna mellan enhetschef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal behöver stärkas. Att arbeta med de rapporter som finns t ex läkemedelskontroller, avvikelser, hygien och klädregler behöver tydliggöras.

Att arbeta preventivt och sammanhållande inom hälso- och sjukvården är viktigt i syfte att minska antalet återinskrivningar i slutenvård, minska antalet undvikbar slutenvård samt minska antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus. Man behöver särskilt se över det förebyggande hälsoarbetet gällande de diagnosgrupper som genererar undvikbar slutenvård per diagnosgrupp. Se diagram och diagnoser enligt nedan tabell. Källa www.kvalitetsportalen.se



Pyelonefrit = övre urinvägsinfektion/njurbäcken inflammation