



Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården 2017

Vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Bakgrund	5
Syfte.....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten.....	5
<i>Nämndens ansvar.....</i>	5
<i>Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen/förvaltningschef.....</i>	6
<i>Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....</i>	6
<i>Verksamhetschefer.....</i>	6
<i>Enhetschefer.....</i>	7
<i>Medarbetare.....</i>	7
Övergripande mål och strategier	7
<i>Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2017-2019.....</i>	7
Struktur för uppföljning/utvärdering	9
<i>Nattinspektion.....</i>	9
<i>Punktprevalensmätning av Basala Hygien och Klädregler (PPM BHK).....</i>	9
<i>Granskning av patientjournal.....</i>	10
<i>Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering</i>	10
<i>Hygien och infektioner.....</i>	10
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	11
<i>Risk- och händelseanalys.....</i>	11
<i>Systematiskt kvalitetsarbete</i>	11
<i>Patientsäkerhetsarbete.....</i>	12
Teamträffar	12
Handledning.....	12
Kvalitetsråd för legitimerad personal	12
Senior alert.....	13
Fortbildning av legitimerade sjuksköterskor	13
Läkemedelsgenomgångar	13
Trygg hemgång och effektiv utskrivning.....	14
Prator.....	14
God vård vid demenssjukdom	14
BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	
.....	15
Vård i livets slut.....	15
Utbildning i SIP	17
Samverkan i syfte att förebygga vårdskador.....	17
Närvård i Sörmland.....	18
Läkarsamverkan.....	18
Läkemedelskommittén.....	18
Tandvårdsenheten	19
MAS i Sörmland	19
Vårdhygien.....	19
Informationssäkerhet och IT-stöd.....	19
Anhörigstödet.....	20

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	21
<i>Interna avvikelser</i>	<i>21</i>
Lex Maria.....	22
<i>Externa avvikelser.....</i>	<i>23</i>
Summering av inkomna avvikelser till Apotekstjänst 2017	23
Patientnämnden.....	23
Läkemedelsverket	23
Avvikelser från Katrineholms kommun till Landstinget Sörmland.....	23
Avvikelser från Landstinget Sörmland till Katrineholms kommun.....	23
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>24</i>
Sammanställning och analys.....	24
<i>Patientskadeförsäkring</i>	<i>24</i>
<i>Samverkan med patienter och närstående</i>	<i>24</i>
Övergripande mål och strategier inför år 2018	24

Sammanfattning

- Grundpelaren i patientsäkerhetsarbetet är avvikelserapportering och bearbetning av avvikelser på ett sådant sätt att man kan ha nytta av statistik samt sammanställa, analysera samt se mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Genom verksamhetssystemet Treserva för avvikelser, har alla medarbetare möjlighet att bidra till kontinuerligt förbättringsarbete inom verksamheterna. Under 2017 påbörjades ett arbete i syfte att skapa bättre förutsättningar och likartad struktur för hanteringen av ansvarsfördelning, återkoppling och uppföljning. Arbetet ska fortsätta att utvecklas utifrån var professions ansvar vilket inkluderar anmälan av avvikelse i verksamhetssystemet Treserva så avvikelsen anmäls utifrån aktuell lagrum, händelseanalys, identifiering av bakomliggande orsaker, identifiering av patientskada samt åtgärder och uppföljning i syfte att händelserna inte sker igen.
- Det nationella kvalitetsregistret Senior alert utgör ett stöd i det systematiska förbättringsarbetet kring fall, nutrition, trycksår, munhälsa och möjliggör en utveckling av arbete med kvalitet och säkerhet i verksamheterna. Instrumenten för riskbedömningar och åtgärder är evidensbaserade vilket ger möjlighet att erbjuda alla brukare/patienter vård enligt bästa tillgängliga kunskap. Under året genomfördes 359 riskbedömningar, jämfört med år 2016 är det en ökning om än marginell. Av dessa 359 riskbedömningarna har 91 % någon form av risk, av dessa som har identifierats som risk har 75 % fått åtgärder insatta. Hur man följt upp åtgärderna som genomförts är inte redovisat. Det finns en skillnad mellan identifierade risker där risker identifieras och antalet planerade åtgärder samt troligtvis även gällande uppföljning av åtgärder. Ambitionen måste vara för alla verksamheter inom förvaltningens ansvarsområde att arbeta med riskbedömningar i Senior alert samt att siffran gällande riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar ska öka.
- Svenska Palliativregistret har kommunen anslutit sig till från och med år 2017. Viktigt är dock att vi inom förvaltningen använder oss av registret, registrerar och använder oss av resultaten som analyseras och sammanställs på enhetsnivå samt förvaltningsnivå i syfte att hitta förbättringsområden som man inom förvaltningen arbetar med.
- Totalt har 247 BPSD-registreringar (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) skett på särskilda boendeenheter under 2017. Antalet registreringar har sjunkit i jämförelse med förra årets siffror. Orsaker som kan vara tänkbara är personalomsättningar och chefsbyten samt att utbildningarna inte skett som planerat. Att använda BPSD kan för den enskilde minska oro, apati samt social isolering vilket även minskar omvårdnadsåtgärderna, varför det är av stor vikt att arbetet med BPSD ökar.

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 sjukvårdslag (2017:30) 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.

Syfte

Enligt 3 kapitlet 1§ i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska, strukturerade arbetssättet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa. Vidare att lyfta fram strategiska mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

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.

Nämndens ansvar¹

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

- Vård- och omsorgsboenden för äldre
- Hemsjukvård för personer över 18 år, i ordinärt boende inom primärvårdens uppdrag
- Korttidsvistelse enligt SoL²

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

² SoL - Socialtjänstlagen

- Dagverksamhet för äldre
- Bostäder med särskild service för personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt SoL/LSS³
- Bostäder med särskild service enligt LSS
- Daglig verksamhet och sysselsättning

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen/förvaltningschef

I Katrineholms kommun är det förvaltningschefen som är verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursers användning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patient-säkerhetsarbete och att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patient-säkerhetsrisk till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Verksamhetschef ansvarar för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda och samverka 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.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska⁴ (MAS)

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

Verksamhetschefer

Verksamhetschefer för verksamheterna har ansvar för att följa upp kvalitetsarbetet inom sina verksamheter samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet. Har 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.

³ LSS - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

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

Enhetschefer

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.

Medarbetare

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.

Övergripande mål och strategier

Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2017-2019⁵

- **Resultatmål/uppdrag**

Ökad trygghet för hemtjänstens brukare.

- **Indikatorer**

Andel patienter inskrivna i hemsjukvården med en samordnad individuell plan, SIP.

Resultat

Antal skapade SIP i Prator är en under året. Fler SIP än så är skapade under året men utanför Prator. Statistiken kan idag inte följas i verksamhetssystemet Treservas statistikmodul.

- **Resultatmål/uppdrag**

Minskad risk för undernäring för äldreomsorgens brukare.

- **Indikatorer**

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

Resultat

Av 605 genomförda riskbedömningar har 330 bedömts ha risk för undernäring, vilket innebär 55 %. Detta påvisar en marginell ökning av riskbedömningar i jämförelse med förra årets resultat på 52 %.

⁵ Nämndens plan med budget 2017-2019. Vård- och omsorgsnämndens handling nr 15/2016

- **Indikatorer**

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

Resultat

Av 330 som fått riskbedömning för undernäring under året har 234 en planerad förebyggande åtgärd det vill säga 71 %.

- **Indikatorer**

Andel brukare i äldreomsorgen vars nattfasta är minde än 11 timmar (med hänsyn tagen till den enskildes önskemål).

Resultat hösten 2017

Andel brukare inom äldreomsorgen vars nattfasta är mindre än 11 timmar är 39 %. Andel brukare inom äldreomsorgen vars nattfasta är mer än 11 timmar är 61 %.⁶

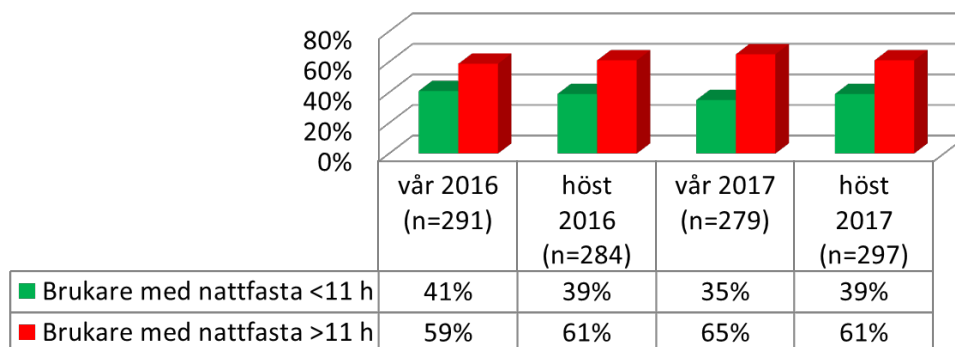


Bild: Resultat av nattfasta presenterad i relativa tal, halvårsvis.

Under 2017 har verksamheten arbetat med att minska nattfasta och motverka undernäring. En riktlinje och rutin för att förebygga och behandla undernäring har arbetats fram. Samtliga brukare som bor på särskilt boende för äldre ska bli riskbedömda och få åtgärder insatta för att minska risken för undernäring. Utifrån resultatet i nattfastemätningen våren 2017 har fyra fokusområden identifierats och arbetats med. Dessa områden är samverkan mellan professioner, ledarskapet, utbildning av omvårdnadspersonal och tätare uppföljningar av resultatet. Arbetet har resulterat i att en negativ trend är bruten och arbetssättet kommer att fortsätta under 2018 för att verksamheten ska nå ytterligare förbättrade resultat.

⁶ STF, 2018-01-29

Struktur för uppföljning/utvärdering

Nattinspektion

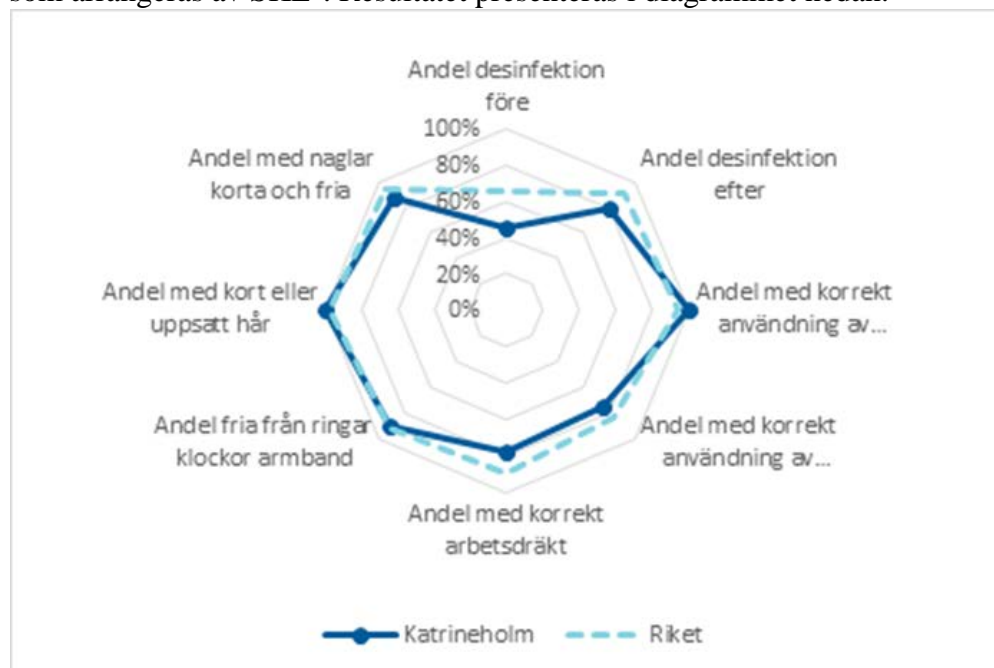
I enlighet med internkontrollplanen⁷ genomför förvaltningen sedan år 2013 verksamhetstillsyn i form av oanmälda besök (nattinspektioner) i särskilda boendeformer. Syfte är att följa upp boendenas tillämpning av gällande styrdokument, planering- och kontrollansvarig är medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Nattinspektionen sker en gång per år, under november månad.

Under år 2017 besöktes totalt tolv enheter. Inspektionen hade fokus på verksamhetsfrågor utifrån riktlinjer och rutiner. Tolv områden granskades utifrån Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen med tyngdpunkt på hälso- och sjukvård. Resultat av inspektionen har lämnats till varje enhetschef för granskad enhet, i direkt anslutning till genomförd inspektion. Syftet är att åtgärder ska vidtas på enhetsnivå och verksamhet. Inspektionen sammanställs i en rapport och redovisas inkluderat förslag på övergripande förbättringsåtgärder per granskade områden.

Punktprevalensmätning av Basala Hygien och Klädregler (PPM BHK)⁸

Under våren 2017 deltog vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter i nationella mätningen av punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygien och klädregler som arrangeras av SKL⁹. Resultatet presenteras i diagrammet nedan.



Källa: www.SKL.se

År 2017 genomfördes totalt 55 mätningar inom verksamheterna. Hemsjukvård 45 mätningar och särskilt boende äldre 10 mätningar. År 2016 genomfördes 270 mätningar inom alla verksamheter. Resultatet av förra årets mätning visar t.ex. att andelen personal som har korrekt arbetsdräkt har ökat, men andelen personal som använder desinfektion innan omvårdnadsnära arbete har minskat. Verksamheterna har på arbetsplatsträffar gått igenom basala hygienrutiner för att säkerställa att all

⁷ Internkontrollplan, VON/2016:76-049

⁸ Punktprevalensmätning av Basala Hygien och Klädregler, SKL. www.SKL.se

⁹ SKL – Sveriges Kommuner och Landsting.

personal känner till rutinerna. Där verksamheten behövt stöd i utbildning av personal har hygiensjuksköterska varit med på arbetsplatsträff och gått igenom hygienrutiner.

Granskning av patientjournal

Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring har genomförts inom samtliga av förvaltningens legitimerade yrkesgrupper. När det gäller legitimerade sjuksköterskor visade granskningen framför allt att mallen som användes inte var helt lämplig och anpassad till verksamhetssystemet Treserva varför andra mallar har inhämtats från andra kommuner som har samma verksamhetssystem. För legitimerad rehabiliteringspersonal visar granskningen att man generellt dokumenterar bra, att vård och behandling kan följas med röd tråd, god etik och begripligt språk. Arbetet med vårdplaner fungerar bra, men man behöver förbättra att dokumentera när uppföljning ska ske så att det sker inom ett år och tidigare vid behov. Det finns också ett förbättringsområde när det gäller att initiera, genomföra och följa upp SIP i Prator samt att dokumentera detta i Treserva patientjournal. För att förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentation har dokumentationsgruppen återinförts och nu inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Man kommer att bedriva journalgranskning med två granskningar per anställd/ två gånger under år 2018.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Läkemedelshantering inom kommunens hälso- och sjukvård regleras av en länsövergripande riktlinje mellan länets kommuner och landstinget Sörmland. Varje enhet inom kommunen där läkemedel hanteras, ska ha en lokal läkemedelsrutin/instruktion för ansvarsfördelning samt för hur läkemedel ska hanteras lokalt. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering sker årligen av gällande avtal med ApoEx AB, vilket har skett i huvudsak under hösten 2017. Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar, "Läkemedelshantering i Sörmland 2013, uppdaterad 2017" samt enheternas lokala rutiner. Fokusområden har varit lokala instruktioner, förvaring och narkotikahantering. Granskande enhet erhåller en rapport med förbättringsåtgärder/handlingsplan från granskande farmaceut. Enheterna ska därefter själva skriva åtgärdsplaner i syfte att belysa de områden som behöver utvecklas eller arbetas vidare med samt användas som hjälpmedel i det fortsatta kvalitetsarbetet. Av totalt 46 granskande enheter saknas åtgärdsplaner från 10 enheter. Uppföljning av rekommenderade åtgärder sker vid nästkommande granskning samt av MAS vid verksamhetsuppföljningar.

Hygien och infektioner

Under 2017 har arbetet med hygien bedrivits tillsammans med vårdhygien landstinget Sörmland. Hygiensköterska har genomfört fyra hygienronder och två uppföljningar; två hygienronder inom hemtjänst och två inom särskilt boende för äldre. Två uppföljningar av hygienrond på plats har skett inom särskilt boende äldre. Inventering i samverkan med dåvarande områdeschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska, gällande spol- och diskdesinfektioner på alla boendeenheter inom särskilt boende för äldre. Rådgivning för ombyggnation av desinfektionsrum på en enhet har skett samt deltagande gällande expertråd vid byggnation av nytt särskilt boende för äldre, både mail och fysisk träff. Utbildning av chefer vid tre tillfällen samt utbildning av personal på särskilt boende för äldre också vid tre tillfällen. Utbildning har skett av nattpersonal i

hemtjänst samt vid två särskilt boende för äldre. En smittspårning genomförde hygien-sköterska.

Hygienombud ska finnas på alla enheter och enhetschef och hygienombud har deltagit på hygienombudsträffar där de fått fortsatt utbildning.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen och Patient-säkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patient-säkerhet 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 Lednings-system 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 in-träffas samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

Risk- 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 in-träffat som medfört att en patient kommit till allvarlig vårdskada eller kunde ha ska-dats allvarligt, ska en händelseanalys utföras. Under året har sådana gjorts bland annat inför sommaren och inför att försöksverksamheten med Trygg hemgångsteam avslu-tades. Risker utifrån patientsäkerhet, kvalitet, samt arbetsmiljö identifieras och åtgär-der sätts in på de risker som anses vara betydande. Arbetsättet med riskanalyser fort-sätter utvecklas inom förvaltningen och med det även uppföljningar av genomförda analyser.

Systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 3 kap. om led-ningsystem 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 uppgif-terna som ingår i arbetet med systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvali-teten 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

Patientsäkerhetsarbete

Teamträffar

Teamträffar hålls regelbundet i de flesta verksamheter, frekvensen kan variera men vanligast är varje månad inom verksamheterna särskilt boende äldre samt hemtjänst. Inom teamträffarna deltar legitimerad personal, enhetschef och omvårdnadspersonal. Inom vissa verksamheter fungerar teamträffarna mycket bra, medan det i andra är ett förbättringsområde att få till arbetssättet. Dessa träffar utgör en viktig del i patientsäkerhetsarbetet genom att de är basen i det förebyggande arbetet med riskanalyser i/utifrån Senior alert. Riskanalyser genomförs inför teamträffarna och respektive patient diskuteras och åtgärder sätts in utifrån de bedömda riskerna. Utifrån de bedömningar som har gjorts i Senior alert ska sedan relevanta vårdplaner tas fram, vilket är ett förbättringsområde för Vård- och omsorgsförvaltningen i stort. Inom verksamhetsområdet Stöd ordinärt boende och Funktionsnedsättning finns behov av utvecklingsarbete med Senior alert i stort. För det senare verksamhetsområdet har enheterna inte funnits med i Senior alert, vilket är åtgärdat under året.

Handledning

Är ett samarbetsforum för rehabiliteringspersonal att handleda personal inom hemtjänsten. Det fungerar olika bra inom olika hemtjänstgrupper och det finns förbättringspotential för arbetssättet som annars är uppskattat av både legitimerad personal och hemtjänstens personal.

Kvalitetsråd för legitimerad personal

Inom verksamhetsområdet Hälso- och sjukvård har det tidigare kvalitetsrådet för sjuksköterskorna gjorts om till ett kvalitetsråd för hela hälso- och sjukvården, d.v.s. även arbetsterapeuter och fysioterapeuter ingår. Syftet med förändringen är att legitimerad personal i större utsträckning ska ha gemensamma forum att diskutera kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor, då många frågor rör samtliga legitimerade yrkesgrupper. Det är också ett syfte att gruppen ska kunna utgöra "bollplank" i framtagna/förändringar av arbetssätt, samt i verksamhetsplanering för att få en verksamhetsförankring i utvecklingsarbetet. Sjuksköterskorna arbetar med instrumentet SKILS för att göra en medicinsk bedömning vid förändrat hälsotillstånd hos patient. Resultatet av SKILS används både som hjälp att erhålla patientstatus samt i kommunikationen med annan vårdgivare, ex läkare på vårdcentral/slutenvård eller ambulans. Arbetssättet är väl etablerat bland sjuksköterskorna och inom landstinget i västra länsdelen.

Senior alert

Att arbeta förebyggande med fall, nutrition, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt för att säkerställa god och säker vård och omsorg för äldre personer. De olika riskområdena är starkt kopplade till varandra. En person med försämrad munhälsa äter sämre och det kan leda till undernäring, en undernärd person har lättare att få trycksår samt riskerar att falla och få en fraktur vilket i sig leder till ännu större risk att utveckla trycksår.

Nationella kvalitetsregistret Senior alert är ett stöd i det systematiska förbättringsarbetet och möjliggör utveckling av arbetet med kvalitet och säkerhet i verksamheterna. Instrument för riskbedömningar och åtgärder är evidensbaserade vilket ger möjlighet att erbjuda alla brukare/patienter vård enligt bästa tillgängliga kunskap. Det övergripande målet är att förebygga skador och främja hälsa hos brukare/patienter. Alla brukare/patienter som bedöms ha risk för fall, undernäring, trycksår eller munohälsa ska ha dokumenterade åtgärder och följas upp regelbundet. Alla medarbetare ska delta i det förebyggande arbetet vilket kan innebära kunskapsinsamling inför riskbedömning, registrering, åtgärder och uppföljning. Riskbedömning ska erbjudas alla personer över 65 år som flyttar in på vård- och omsorgsboende eller korttidsvistelse för äldre och personer i ordinärt boende som har hemsjukvårdsinsatser. Därutöver ska förnyad bedömning ske om det uppstår förändringar i hälsotillståndet som påverkar risken för fallolyckor, undernäring, trycksår och munohälsa. I Senior alert har 359 personer fått en riskbedömning under 2017, jämfört med 321 personer under 2016 (+12%). Av de genomförda riskbedömningarna är 604 av 664 (91 %) bedömda att ha någon risk. Detta kan jämföras med att 2016 bedömdes 516 av 585 (88 %) ha någon risk. Av de som har bedömts ha risk har 75 % fått åtgärder insatta, vilket tyder på att det finns förbättringsbehov när det gäller att sätta in åtgärder utifrån bedömda risker.

Fortbildning av legitimerade sjuksköterskor

Extern utförare har genom avtal, uppdrag att årligen fortbilda sjuksköterskor/distriktssköterskor inom läkemedelsområdet. Utbildningarna sker vid två tillfällen och två gånger per år. MAS ansvarar för planering och uppföljning av utbildningsinsatserna.

Läkemedelsgenomgångar

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

- Att utifrån Äldreplan¹⁰, "God läkemedelsbehandling hos äldre" ska andelen olämpliga läkemedel för äldre minska, samt
- Att antalet läkemedelsgenomgångar för äldre ska öka.

¹⁰ Äldreplan för bättre vård och omsorg för äldre i Sörmland. Gemensam nämnd för samverkan kring socialtjänst och vård, Dnr SOVIS15-0038

Resultatet visar att¹¹

- Olämpliga läkemedel; andelen personer i länet som hämtat ut dessa läkemedel har ökat till 6,5 % från 6,4 %, om man jämför september 2017 med december 2016. Katrineholm har ökat till 7,5 % från 6,9 %.
- Antipsykotiska läkemedel; andelen personer i länet som hämtat ut dessa läkemedel har minskat till 1,7 % från 2,0 %, om man jämför september 2017 med december 2016. Katrineholm har minskat till 1,7 % från 2,0 %.
- Antiinflammatoriska läkemedel; andelen personer i länet som hämtat ut dessa läkemedel har minskat till 2,2 % från 2,5 % om man jämför september 2017 med december 2016. Katrineholm har minskat till 2,3 % från 2,5%.
- Antalet på de av vårdcentralerna registrerade fördjupade läkemedelsgenomgångar som genomfördes med hjälp av apotekare under 2017 totalt i länet 390 varav 84 i Katrineholm.

Trygg hemgång och effektiv utskrivning

Riktlinjen ”Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland, är framtagen och har testats under hela året 2017 i samverkan med övriga vårdgivare i Sörmland. Arbetet har fortsatt med att skapa nya samt förbättra befintliga rutiner för att förbättra hemgångsprocessen. Huvudsyftet är att trygga och säkra vård- och omsorgsprocesserna i samband med in- och utskrivning i slutenvård för brukare/patienter samt att rusta upp verksamheterna hos vårdgivarna inför lagförändringen som skedde vid årsskiftet, 2017/2018.

Prator

En kommungemensam rutin är framtagen för vård- och omsorgsförvaltningen, bildningsförvaltningen samt socialförvaltningen gällande kommunikationsverktyg Prator¹². Syftet är att kommunikationsverktyget Prator inom kommunen ska vara anpassad till den nya lagstiftningen samt att nya professioner ska kunna initiera och ta emot SIP. Under året har man ”tränat” inför att lagstiftningen skulle träda ikraft vid årsskiftet, vilket har inneburit att SIP processerna ska utföras i Prator.

God vård vid demenssjukdom

Cirka 160 000 personer beräknas ha en demenssjukdom, varje år insjuknar ca 25 000¹³. Demens är inget naturligt åldrande. Däremot är demenssjukdomar betydligt vanligare i hög ålder. Var femte person över 80 år beräknas ha någon demenssjukdom. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) drabbar cirka 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Symtomen kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och/eller sömnstörningar. Dessa symtom orsakar stort lidande speciellt för personen med demenssjukdom men även för närstående och vård- och omsorgspersonal. 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 demenssjuk-

¹¹ Kvalitetsportalen SKL

¹² Prator är ett kommunikationsverktyg mellan slutenvården, primärvården, psykiatrisk öppenvård, kommunal utförare samt biståndshandläggare.

¹³ www.Demenscentrum.se

domar. BPSD registret är ett stöd i omvårdnadsprocessen. Demenssjuksköterskan inom kommunen är certifierad utbildare för BPSD registret.

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

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

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

Resultat

BPSD används enbart på särskilda boendeenheter just nu. Resultat från registret påvisar att 17 av 27 boende enheter/avdelningar har registrerat under 2017. Antalet registreringar är 247 till antalet och den avdelning som registrerat mest har registrerat 38 registreringar på totalt 9 personer.

Av totalt 247 registreringar är dessa på totalt 107 personer.

Vid jämförelse med förra årets siffror har dessa sjunkit både för registrering och antal personer (252/123), se tabell enligt nedan.

Utbildningar i BPSD har skett av kommunens demenssjuksköterska enligt planering, uppslutningen av anmälda deltagare har varit svag med flera sena avhopp vilket medfört att kompetensutvecklingen inte skett enligt planering.

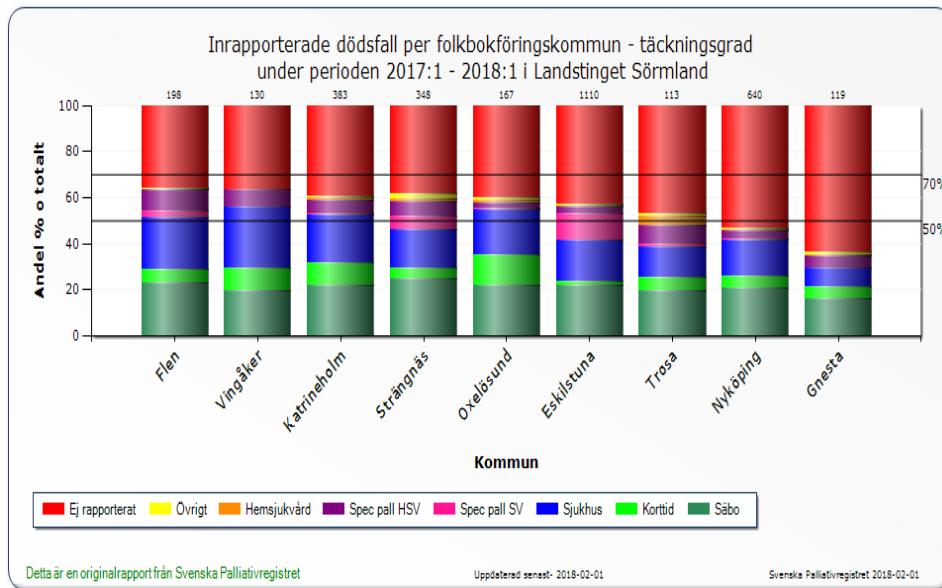
År	Antal
2012	48
2013	141
2014	114
2015	155
2016	252
2017	247

Källa: Svensk register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, perioden 2017.

Vård i livets slut

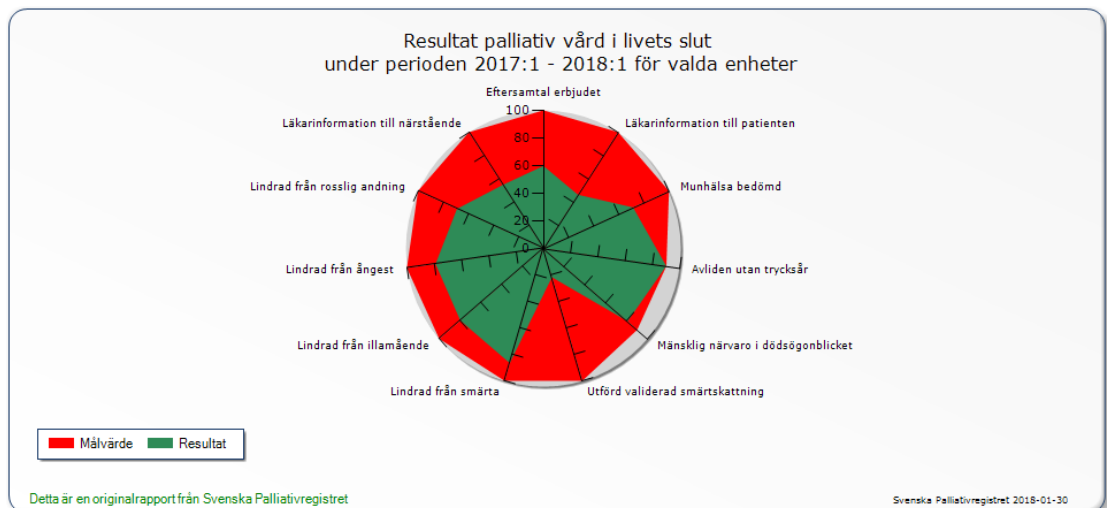
Vård i livets slutskede är när patienten har blivit sängbunden på grund av sin grundsjukdom, patienten påvisar inte tecken på förbättring och uppvisar minst två av tre förbestämda symtom. Beslut att övergå till vård i livets slutskede fattas av läkare i samråd med sjuksköterska och övrig personal. Även närstående och patienten ska i möjligaste mån delta i planeringen av vården. Vård- och omsorg av god kvalitet är viktigt den sista tiden i livet och likaså ett värdigt slut. Stöd i arbetet för att utveckla god vård och omsorg i livets slut, är kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret. Det är viktigt är att den döende personens önskan om hur hen vill ha det under livets slutskede, respekteras. I personens vård- och omsorgsplan ska det klart och tydligt framgå för all berörd personal vad som gäller i olika situationer. När en person avlider fyller ansvarig sjuksköterska i en digital dödsfallenkät vilken registreras i kvalitetsregistret. Alla personer som avlider inom den kommunala hälso- och sjukvården registreras där. Genom att registrera i kvalitetsregistret kan respektive

enhet följa den egna enhetens kvalitet i vård i livets slutskede och kunna identifiera viktiga områden för kontinuerligt förbättringsområde.



Diagrammet ovan redovisar inrapporterade dödsfall per folkbokföringskommun i Sörmland under år 2017:1 - 2018:1. Totalt har under perioden avlidit 383 personer i Katrineholms kommun.

Ej rapporterade dödsfall är 38 %, särskilt boende kommun är 21 %, sjukhus är 20 %, korttidsvård i kommun är 9,4 %, palliativ hemsjukvård är 5,2 %, övrigt 1 %.



Diagrammet ovan redovisar resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2017:1 - 2018:1 för Katrineholms kommun. Målvärde för kvalitetsindikatorerna är 90-100%, utifrån resultaten på kommunnivå behöver alla resultat åtgärdas och förbättras.

Närmast målvärde ligger;

- avliden utan trycksår med 89,9% (målvärde 90 %)
- mänsklig närvaro i dödsögonblicket med 80,7% (målvärde 90 %).

Vård- och omsorgsförvaltningen tecknade abonnemang i Palliativa registret inför år 2017 i syfte att förbättra vården i livets slut. Bland annat ska smärtskattning valideras enligt VAS- skalan. Ett utvecklingsarbete initierades inom hälso- och sjukvårdsområdet/verksamheten i samverkan med MAS för att utveckla och säkra patientvården i livets slut. Syftet var att förbättra vården på bredden då vi vårdar brukare/patienter i livets slut till mycket stor utsträckning. Under året är registret 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.

Palliativa registret används i verksamheten och alla patienter som avlider i ordinärt boende eller på särskilt boende och har hälso- och sjukvårdsinsatser från Vård- och omsorgsförvaltningen registreras. Utifrån data i registret identifieras förbättringsområden som en del i verksamhetsplaneringen.

Utbildning i SIP

Regelbundna utbildningar sker via FoU¹⁴ gällande SIP. Inom förvaltningen har verksamheterna utsett superanvändare av SIP i Prator och utbildning av dessa har skett under våren 2017. Syftet med utbildning av superanvändare av SIP i Prator är att tidigare landstingsdrivna utbildningsinsatser upphört och att kommunerna ska vara självgående gällande dessa utbildningsinsatser. I dagsläget finns inte statistik på antal SIP i verksamhetssystemet Treserva och i Prator har endast en SIP genomförts under året. Det är känt att arbetssättet med att göra SIP bara har påbörjats, då man inte riktigt ännu funnit arbetsformerna. I och med implementeringen av de nya arbetssätt som sker i och med den länsgemensamma riktlinjen ”Trygg hemgång och effektiv samverkan” kommer antalet SIP i Prator att öka och blir ett viktigt verktyg i syfte att öka den patientcentrerade vården och med det även patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan i syfte att förebygga vårdskador

Internt och externt är samverkan en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom vård- och omsorg samt för att förebygga vårdskador i hälso- och sjukvården. För intern samverkan har en rutin tagits fram genom en workshop med förvaltningens chefer och rutinen har implementerats under hösten. Syftet är att säkerställa att planerade forum finns för det samarbete som behöver ske.

Utöver de forum som tas upp i rutinen, sker daglig samverkan mellan t ex enhetschef och sjuksköterska, omvårdnadspersonal och sjuksköterska. Vård- och omsorgsnämnden har i förfrågningsunderlaget för hemtjänst/hemsjukvård LOV¹⁵ infört möjlighet för utförare inom hemtjänst/hemsjukvård, att debitera rapporteringstid. Inom den interna verksamheten används rapporteringen lite olika beroende på lokala behov och förutsättningar men rapporteringen har stärkts generellt.

¹⁴ FoU - Forskning och utveckling i Sörmland - kommuner och landsting i samverkan!

¹⁵ LOV - Lag om valfrihetssystem, LOV, reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurranspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.

Närvård i Sörmland

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV).

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

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

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

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 de tre vårdcentralerna i Katrineholm och en vårdcentral i Flen är framtagna. Syftet är att kvalitetssäkra arbetet som regleras inom ramen för avtalet. Uppföljningsarbete har skett två gånger under året i syfte att följa upp avtalet enligt avsedd bilaga samt att planera men även följa upp arbetet inför semester- och sommarperioden. Avtalet ska vara känt i verksamheterna både av legitimerad personal, enhetschefer samt även omvårdnadspersonal i form av kontaktpersoner med flera.

Läkemedelskommittén

Kommittén är underställd Landstingsstyrelsen och arbetar med ett landstingsövergripande uppdrag som syftar till en rationell, ändamålsenlig, säker och kostnadseffektiv användning av läkemedel ur ett helhetsperspektiv samt vara rådgivande för länets alla förskrivare. Läkemedelskommittén och länets kommuner har samverkat över lång tid tillbaka. Kommunerna finns representerade i läkemedelskommittén genom medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Läkemedelskommittén erbjuder återkommande utbildningar inom området läkemedel och äldre samt andra utbildningsinsatser inom de olika samarbetsområdena. Läkemedelskommittén reviderar årligen en lista på läkemedel i kommunernas akut- och buffertförråd samt utarbetar ”Äldre-kortet” som underlättar arbetet gällande läkemedelsbehandling hos äldre.

Tandvårdsenheten

Enheten är landstingets resurs för övergripande tandvårdsfrågor. Ett tandvårdsstöd finns och erbjuder viss tandvård till äldre och funktionshindrade personer. Tandvårdsenheten har en överenskommelse med länets samtliga kommuner angående samverkan gällande uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård.

MAS i Sörmland

Ett länsövergripande nätverk med representation av länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Nätverket träffas regelbundet i samverkan i utvecklingsfrågor inom patientsäkerhet. Deltagare i MAS Sörmland representerar nätverket i olika arbetsgrupper t ex läkemedelskommittén, branschrådet MdH¹⁶, Palliativa rådet, Hälsoval, Diabetesrådet och Hjärtsviktsgruppen.

Vårdhygien

Hälso- och sjukvård i kommuner och landsting är samverkande parter i och med att patienter rör sig mellan vårdgivarna. Det innebär krav på samverkan och gemensamma rutiner inom många området. Länets samtliga kommuner och landstinget har ett samarbetsavtal för vårdhygien, syftet är att garantera en god vårdhygienisk standard genom att i samverkan ansvarar för vårdhygieniska insatser. För den kommunala verksamheten i länet finns 150 % tjänst hygiensköterska, under året har dock mindre % - tjänst varit tillsatt pga. studier och personalbyten. Tjänsterna finansieras gemensamt av länets kommuner och anställningen är i Landstingets regi på enheten för Smittskydd/vårdhygien. I uppdraget ingår att årligen genomföra hygienronder och utbildningar, fungera som expertfunktion för rådföring, samordna hygienombud, handledning och stöd tid om- och nybyggnation. För den kommunala hälso- och sjukvården finns länsgemensamma hygienrutiner framtagna av hygiensköterska i samråd med länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Informationssäkerhet och IT-stöd

Nationell patientöversikt – NPÖ¹⁷. Kommunerna är idag konsumenter i landstingets dokumentation kring våra patienter. Riktlinjer och rutiner finns att följa inför att behörighet till NPÖ erhålls för legitimerad personal. I patientjournalen till en modul för medgivande från patienten vilken ytterst styr behörigheten till NPÖ på patientnivå.

Registervård i verksamhetssystemet Treserva har genomförts, vilket innebär att samtliga användarkonton i verksamhetssystemet inventerats och rensats. Treserva har enligt planering uppgraderats två gånger under året. Uppgraderingarna innehåller bland annat säkerhetspatchar¹⁸.

¹⁶ MdH – Mälardalens Högskola

¹⁷ Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

¹⁸ En säkerhetspatch är en ändring som tillämpas på en programvara för att korrigera svagheter. Syftet med den korrigerande åtgärden är att förhindra framgångsrikt utnyttjande av svagheten genom att avlägsna eller mildra möjligheten att utnyttja den.

Registervård har även genomförts i Prator¹⁹ och inaktuella användare har tagits bort. Prator har uppdaterats med inom förvaltningarna aktuella enheter samt användare.

- Ny funktion för automatiserade avslut av legitimerad personal i HSA- katalogen²⁰ har införts. Tidigare har detta utförts manuellt men sker nu med automatik.
- Driftleverantör Solid Park säkerhetspatchar månadsvis och vid behov våra servrar, gäller alla förekommande verksamhetssystem och IT-miljö. Detta innebär en ökad IT-säkerhet, dels att vård- och omsorgsförvaltningen har senaste version av verksamhetssystemen samt att Solid Park installerar säkerhetspatch.
- Brandväggar och nätverksutrustning har blivit utbytt under året. Delvis för byte av internetleverantör och för utökad säkerhet.
- För ökad säkerhet av mobilutrustning har MDM- tjänst implementerats. MDM²¹ innebär att IT-samordnare kan administrera mobila enheter såsom exempelvis paddor, telefoner på ett säkert tillvägagångssätt. Tjänsterna ökar vår kontroll av användandet av utrustningen.
- I pågående arbete med att förbättra spårbarheten i Treserva och Prator utökar och definierar vi loggningsmöjligheterna, i och med mer frekvent loggning inom systemen Treserva, Prator och NPÖ.
- Videoutrustning har införskaffats i syfte att kunna ansluta till SIP initierade videomöten eller vårdplaneringar. Syftet är att få med alla professioner inkluderat patienten och vid medgivande även närstående som behov för att genomföra SIP och/eller vårdplaneringar, utan att behöva transportera sig långa geografiska sträckor. Dagens teknik möjliggör oftast även professionella och resurseffektiva mötesarenor som är miljövänliga. Utrustningen ansluts mot landstingets och går utanför kommunens administrativa nät.
- Skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem uppdateras genom förvaltningsövergripande rutin där det beskrivs hur processerna går till.

Anhörigstödet

Anhörigstödet i vård- och omsorgsförvaltningen är en förebyggande verksamhet. Till det förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom förvaltningen tillhör stödet till anhöriga²². Var femte person i vuxen ålder ger regelbundet omsorg till någon i sin närhet. Vården och stödet är omfattande i alla åldrar och nationella studier uppger att 70 % av den totala vården och stödet i samhället sköts av anhöriga. Insatserna har idag en samhällsbärande funktion och är inte bara ett komplement till hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det kan vara mycket givande och meningsfullt att ge vård

¹⁹ Prator är ett kommunikationsverktyg mellan slutenvården, primärvården, psykiatrisk öppenvård och Sörmlands kommuners utförare och biståndsenheter.

²⁰ Katalogtjänst HSA är en elektronisk katalog som innehåller kvalitetsgranskade uppgifter om personer och verksamheter inom svensk vård och omsorg. Informationen i HSA används av många e-tjänster för att söka efter kontaktuppgifter och för att jämföra vård på nätet. Uppgifterna i HSA är också en viktig källa för behörighetsgrundande information vid inloggning i olika IT-system.

²¹ MDM - står för Mobile Device Management och är precis vad det låter som - en lösning för att kontrollera och hantera mobila enheter. MDM-lösningar gör det enklare för IT-avdelningar att hantera en miljö med många olika enheter och operativsystem samt hantera vissa säkerhetsproblem.

²² Den preventiva ansatsen måste vara utgångspunkten. Det är därför viktigt att anhöriga och deras behov uppmärksammas tidigt av all personal som de kommer i kontakt med (anhörigperspektiv). Med anhörigperspektiv avses enligt regeringen att socialtjänstens ska:

- samverka med anhöriga
- erbjuda anhöriga att delta i biståndsutredningen

eller stöd till någon i sin närhet, men det kan i längden leda till egen ohälsa. Syftet med att stödja anhöriga är att minska deras fysiska och psykiska belastning. Både brukare och anhöriga kan genom stödet få en förbättrad livssituation samtidigt som risken för egen ohälsa hos den anhöriga kan minskas. Ett gott stöd till anhöriga är viktigt för att undvika negativa konsekvenser på såväl individ- som samhällsnivå. En väl fungerande verksamhet ger indirekt ett gott stöd till anhöriga.

Anhörigstödet inom vård- och omsorgsförvaltningen erbjuder stöd i form av service för vuxna anhöriga till någon som är äldre, långvarigt sjuk eller som har en funktionsnedsättning (fysiskt eller psykiskt). Stödet är individuellt anpassat och kan ske enskilt eller i grupp. Serviceinsatserna innefattar vägledning och förmedling av kontakter, enskilda samtal, anhörigrupper och anhörigutbildningar, friskvårds aktiviteter, föreläsningar, temakvällar och sociala aktiviteter. Anhörigstödet informerar och samverkar både internt och externt.

Utöver detta finns möjligheten för anhöriga som är sammanboende att ansöka om 20 timmars kostnadsfri avlösning/månad efter beslut från biståndshandläggare.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Interna avvikelser

Arbetet med avvikelshantering är grunden för patientsäkerhetsarbetet och utveckling av den kommunala vården och omsorgen. All personal har skyldighet att rapportera avvikelser och det är av största vikt att de uppmuntras att registrera avvikelser och händelser i verksamhetssystemet Treserva. Under året påbörjades ett förändringsarbete gällande förvaltningens hantering av avvikelser oavsett lagrum och i arbetet ingår att ge bättre förutsättningar och gemensam och likartad struktur för hantering av t ex ansvars fördelning, återkoppling och uppföljning. Justeringar av verksamhetssystemet Treserva har genomförts till viss del och kommer att fortsätta att genomföras innevarande år. Enhetschef ska följa upp avvikelserhanteringen och snarast göra en bedömning om det inträffade enbart ska hanteras utifrån det lokala säkerhetsarbetet eller om avvikelserna skall meddelas vidare till verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Genomgång av avvikelser både personligt och i grupp av legitimerad personal och enhetschef ska ske inom alla verksamheter och enheter.

Totalt har 2 751 avvikelser anmälts under året (alla lagrum dvs. SoL, LSS och HSV)²³, av dessa är 1 777 (65 %) avvikelser bearbetade och avslutade. 974 avvikelser är pågående och av dessa är 761 avvikelser ej bedömda.

T.ex. gäller avvikelserna områdena:

1. Läkemedel 49 %
2. Insatser/omvårdnad 22 %
3. Arbetsrutiner 9 %
4. Utrustning/teknik 7 %
5. Dokumentation 4 %
6. Bemötande 3 %
7. Vård, behandling och provtagning 2 %

²³ SoL – Socialtjänstlagen, LSS - Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, HSV – Hälso- och sjukvårdslag

8. Medicinteknisk utrustning 2 %
9. Vårdrelaterade infektioner 1 %

Totalt har 1 050 avvikelser anmälts under året gällande för lagrum HSV, av dessa är 285 avvikelser ej bedömda. Totalt är 19 avvikelser anmälda till MAS varav 11 är utredda och åtgärdade samt avslutade av MAS. De allvarliga avvikelser som hanterats av MAS har genererat i förbättringsåtgärder t ex revidering och inrättande av nya förvaltningsövergripande riktlinjer och rutiner, följsamhet till gällande styrdokument, gruppsamtal, enskilda samtal och utbildningsinsatser. Uppföljningsarbete pågår i syfte att säkerställa att vidtagna åtgärder har fått implementering på enheterna och i verksamheterna. Rapporter skrivs i dessa ärenden och återkopplas till verksamheterna.

Lex Maria

Två allvarliga avvikelser har anmälts till IVO som lex Maria. Ett klagomål mot hälso- och sjukvården har mottagits från IVO. En kravställan/ersättning för skada har mottagits från patient/närstående.

Avvikelser redovisade där patienter fått konsekvenser enligt följande:

1. Allvarlig skada/dödsfall - 4 patienter
2. Mindre allvarlig skada - 75 patienter
3. Ingen eller obetydlig skada - 218 patienter

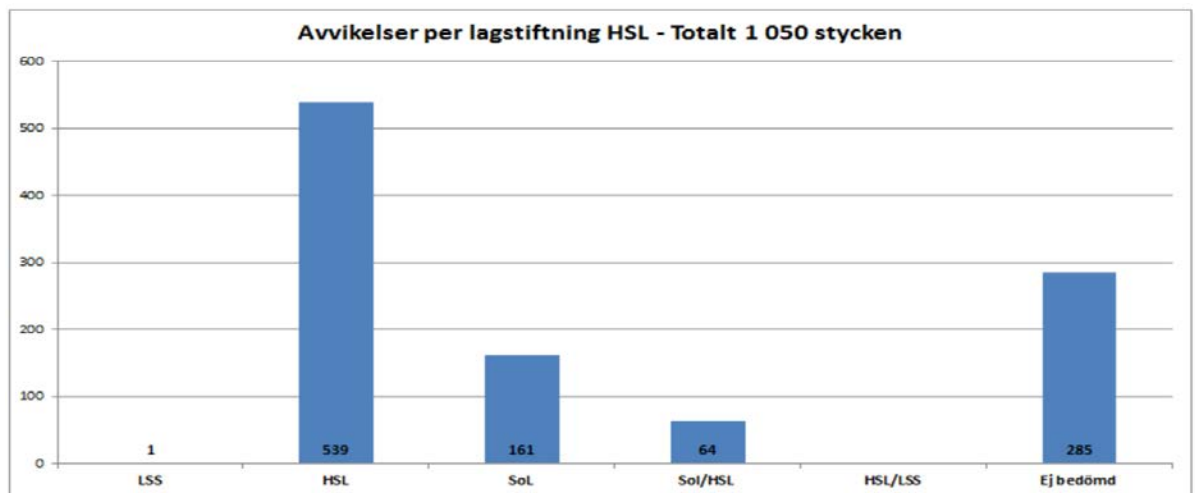
I avvikelserna kan identifierade skador nämnas såsom t ex; frakturer, blåmärke, hudskada, mjukdelsskada, sårinfektion, svikt i vitala parametrar, MRSA²⁴, Calici²⁵, undernäring. Varför identifierade kroppsskador är så få beror på att det inte har gått/inte går att redovisa detta fullt ut i verksamhetssystemet Treserva pga. avvikelsemodulen inte är färdigställd och utvecklad att redovisa patientskador. Arbetet är påbörjat och kommer att fortsätta under 2018 och verksamhetssystemet Treserva kommer även under året att uppgraderas så att systemet är kompatibelt med handboken för händelseanalys som är framtagen av SKL.

Av de 1 777 avvikelser som är bedömda har 1 213 ingen åtgärd redovisad, statistiken är inte tillförlitlig varför man inte kan följa mönster och trender på ett övergripande sätt.

²⁴ MRSA - **MRSA** (*Meticillinresistent Staphylococcus aureus*), *meticillinresistent*a stafylokocker är en variant av bakterien *Staphylococcus aureus* som förvärvat resistens mot [meticillin](#) och penicilliner inom gruppen [isoxazolylpenicilliner](#), som är förstahandsval vid antibiotikabehandling av stafylokockinfektioner. Vid infektioner orsakade av MRSA är det nödvändigt att använda andra typer av antibiotika, som ofta har fler biverkningar och är betydligt dyrare.

MRSA förekommer framförallt i samhället, men är också en av de bakterietyper som kan spridas mellan patienter och personal inom vårdinrättningar och orsaka så kallade [vårdrelaterade infektioner](#) ([nosokomiala infektioner](#)). De utgör då ett av de stora vårdhygieniska problemen inom sjukhus världen över. Patienter och personal på sjukhus kan vara symptomfria bärare av MRSA i näsan eller på huden under långa tidsperioder och bidra till smittspridning. MRSA hanteras av Smittskyddsenheten inom vårdhygien, Landstinget.

²⁵ Calici - Vinterkräksjuka orsakas av calicivirus och är en av de vanligaste typerna av magsjuka i Sverige.



Externa avvikelser

Summering av inkomna avvikelser till Apotekstjänst 2017

Totalt inkomna avvikelser från Katrineholms kommun till Apotekstjänst är 22 under året.

- Dos = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende dosdispenserade läkemedel är 8.
- Originalförpackning = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende originalförpackning/helförpackning är 4.
- Ej hänförligt Apotekstjänst = avvikelser ej orsakade av Apotekstjänst eller deras underleverantör är 10.

Patientnämnden

Inga ärenden är redovisade från Patientnämnden.

Läkemedelsverket

Inga ärenden är redovisade till Läkemedelsverket.

Avvikelser från Katrineholms kommun till Landstinget Sörmland

Totalt har 43 avvikelser upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedel, bristande medicinsk information, vårdplan/vårdrapport, behandlingsmeddelande, bemötande, tillgänglighet som exempel.

I jämförelse med förra året har antalet avvikelser minskat från 68 till 45.

Avvikelser från Landstinget Sörmland till Katrineholms kommun

Totalt har 9 avvikelser upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande hjälpmedel, munhälsobedömning, ambulans - fel vårdnivå som ex. Jämförelse med förra året har antalet avvikelser minskat från 11 till 9.

Klagomål och synpunkter

Verksamheterna har under 2017 mottagit fyra synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvård. Två synpunkter på medicindelning, en synpunkt på samverkan och en synpunkt på vård- och behandling. Inkomna synpunkter och klagomål besvaras alltid inom 14 arbetsdagar. Vi erbjuder både muntlig och skriftlig återkoppling. Alla synpunkter analyseras av enhetschef och förbättringsförslag tas fram i samverkan med berörd verksamhetschef, baspersonal samt legitimerad personal.

Sammanställning och analys

Två gånger per år analysera och sammanställs alla synpunkter och rapporteras till vård- och omsorgsnämnden. Underlagen har hittills varit för litet för att se mönster och trender för övergripande kvalitetsutveckling.

Patientskadeförsäkring

Patientskadelagen (SFS 1996:799) klargör bestämmelser om rätten till patientskadeförsäkring och skyldighet för vårdgivare att ha försäkringar som täcker sådan ersättning. Länsförsäkringar Sörmland försäkrar kommunen gentemot patienter som skadas och/eller felbehandlas i samband med hälso- och sjukvård.

Samverkan med patienter och närstående

Enligt patientsäkerhetslagen ska patienter och deras närstående ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten har idag inte någon övergripande strategi för denna samverkan utan det sker främst vid vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter, klagomål samt avvikelser, Samordnade Individuella Planer (SIP) och vid kontinuerliga möten i det dagliga vårdarbetet.

Övergripande mål och strategier inför år 2018

- Från och med 1 januari 2018 gäller nya regler för hur patienter och närstående ska göra för att lämna klagomål eller synpunkter på vården. Detta på grund av att IVO:s utredningsskyldighet förändras²⁶. De nya reglerna innebär ett förtydligande av att det i första hand ska vara vårdgivarna som tar emot och bemöter klagomål från patienter och deras närstående. Verksamheten som bäst kan förklara vad som har hänt och vidta åtgärder för att det som hänt inte ska inträffa igen. När patienter eller närstående har lämnat ett klagomål bör verksamheten omgående bekräfta att de tagit emot det, och svara på ärendet inom fyra veckor. Förvaltningen måste med anledning av de ovan skrivna planera för att upprätta styrdokument och rutiner för att möta upp de förnyade reglerna.
- Förbättra arbetet med avvikelser och utbilda alla personal i det systematiska kvalitetsarbetet med avvikelser. Alla avvikelser ska hanteras och bedömas inom ramen för riktlinjer och rutiner.

²⁶ IVO ska utreda klagomål från patienter som tvångsvårdas samt händelser i vården som på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

- Kontinuerliga samverkansformer mellan chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska inom förvaltningen bör ske där t ex uppföljning av förvaltningsövergripande avvikelser kan ske i samverkan. Syftet är att få igång det systematiska förbättringsarbetet utifrån övergripande avvikelser.
- Utveckla arbetet med riskanalyser och uppföljningar av riskanalyser.
- Fortsätta utveckla samverkan inom förvaltningen.
- Implementera ”Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland” gällande patienter inom Socialpsykiatri
- Utveckla arbetet med BPSD inom alla verksamheter, i syfte att använda BPSD, där behov finns.
- Arbeta med SIP i hemsjukvården så att alla patienter som skrivs in i hemsjukvården har en SIP, där behov finns.
- Öka antalet förenklade läkemedelsgenomgångar på särskilt boende i samverkan med läkare i linje med gällande avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.
- Alla brukare som bor på särskilt boende för äldre ska erhålla riskbedömningar i Senior alert. Alla enheter ska arbeta med Senior alert och riskbedömningarna ska öka i verksamheterna stöd i ordinärt boende och funktionsnedsättningsområdet.
- Palliativa registreringar ska öka i jämförelse med tidigare år. Prioriteras ska förbättringsarbete med att använda evidensbaserad smärtskattning och munhälso-bedömning.
- Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska arbeta utifrån riktlinjer och rutiner gällande, inkontinensvård, diabetesvård, nutrition i syfte att höja patientsäkerheten mot god vård- och omsorg. Arbetet ska kunna följas i patientjournaler.
- Utveckling av hälso- och sjukvårdsdokumentation i patientjournal inklusive vårdplaner.
- Systematisk egenkontroll och granskningar av patientjournal inom verksamheten för hälso- och sjukvård enligt planering.
- Utföra egenkontroller och delta i nationella kvalitetsmätningar enligt förvaltningens styrdokument, i syfte att följa upp verksamheterna systematiskt och förbättra vård- och omsorg. T ex PPM BHK, Svenska HALT27, Senior alert, Svenska Palliativ registret, BPSD samt SveDem²⁸.

²⁷ Svenska HALT - Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området.

²⁸ SveDem - SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som startade 1 maj 2007. Syftet är att samla in data om personer med demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka i Sverige. Målet är skapa ett rikstäckande verktyg för likvärdig och bästa behandling av personer med demenssjukdom.