

# Patientsäker- hetsberättelse 2023

Vård- och omsorgsförvaltningen

Datum: 2024-02-12

Dnr: VON/2024:19-8.2.3

Fastställd: Vård- och omsorgsnämnden: 2024-02-29, § 28

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård</b> .....	<b>4</b>
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Resultatmål.....	4
<i>Resultat</i> .....	4
Organisation och ansvar.....	5
Stödfunktioner för god patientsäkerhet.....	6
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Avvikelsehantering.....	9
Hemsjukvård.....	9
Adekvat kunskap och kompetens.....	9
Yrkeskompetens.....	9
Kompetensutveckling.....	10
Bemanning och schemaläggning.....	10
Patienten som medskapare.....	10
<b>Agera för säker vård</b> .....	<b>11</b>
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	11
Vårdprevention.....	11
Basala hygienrutiner och klädregler.....	11
Patientjournal och granskning.....	11
KVÅ koder.....	11
Läkemedelshantering.....	11
Läkemedelsindikatorer.....	12
Delegering.....	12
Trygg hemgång och effektiv samverkan.....	12
Apotekare i vård- och omsorg.....	12
Munhälsobedömningar.....	12
Boenden för äldre.....	13
Tjänstens utförande.....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	13
Hur tillförlitlig är arbetsprocesser och system.....	13
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	14
Avvikelse samt synpunkter och klagomål.....	14
Allvarlig avvikelse/risk för allvarliga avvikelser samt lex Maria anmälan.....	16
Avvikelse från kommunen till regionen.....	16
Avvikelse från regionen till kommunen.....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	17
<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år</b> .....	<b>18</b>
Övergripande mål.....	18
Resultatmål.....	18
Strategier och utmaningar.....	18
<b>Bilaga - Egenkontroll</b> .....	<b>19</b>

# Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet har omfattats av framför allt egenkontroller och åtgärder utifrån resultat. Till exempel mätning och uppföljning av basala hygienrutiner och klädregler, läkemedels hantering och samverkan internt och externt med framför allt region Sörmland.

Basala hygienrutiner och klädregler har följts under året både som nationell mätning och som egenmätning. Hygienronder av vårdhygienisk expertis sker på särskilda boenden frekvent, vilket genererar förbättringsområden på enhetsnivå. Kommande år införs även vårdhygienisk egenkontroll på enhetsnivå.

Beslut om att införa loggningsbara läkemedelsskåp har fattats för att säkra läkemedelshanteringen och spårbarheten. En övergripande handlingsplan finns för installationer på alla särskilda boenden för äldre och inom hemsjukvården. Arbetet har följts upp under året och vidare åtgärder bedöms behöva vidtas för att beslutet ska uppfylla sitt syfte med begränsad behörighet till hälso- och sjukvårdspersonal samt frekventa egenkontroller.

Patientsäkerhetsdialoger i samverkan mellan särskilda boenden för äldre och ansvarig vårdcentral har påbörjats efter beslutad överenskommelse om samverkansrutin mellan Sörmlands kommuner och region Sörmland. Arbetsättet syftar till att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på särskilda boenden för äldre. En patientsäkerhetsdialog har genomförts under året och uppföljning planeras, arbetet fortsätter årligen.

Skydd mot vårdskada är patientsäkerhet och det finns utmaningar inom verksamheterna mot god och säker vård – överallt och alltid. Verksamheterna bedöms i större omfattning behöva följa vårdgivarens styrande dokument för nationella kvalitetsregister, vårdpreventionsarbete samt systematiskt kvalitetsarbete.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020 - 2024 är framtagen av Socialstyrelsen, handlingsplanen innehåller prioriterade fokusområden vilka ska bidra till att stärka kommuners systematiska patientsäkerhetsarbete. Vård- och omsorgsförvaltningen har under året arbetat utifrån handlingsplanen. Nulägesanalyser på verksamhets- och förvaltningsnivå är framtagna samt sammanfattade till en gemensam prioriteringsordning för kommande arbete utifrån de fem fokusområdena. En handlingsplan kommer att tas fram vilken syftar till att ta fram principer, prioriteringar, mål och genomföra insatser för ökad patientsäkerhet mot god och säker vård, överallt och alltid då ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Det pågår även en omställning till nära vård med ett förhållningssätt som avser en personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet och samverkan mellan vårdgivare och patient är central. Omställningen kräver förändrat förhållningssätt och arbetssätt.

# Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att nå nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada" har ett förvaltningsövergripande arbete påbörjats utifrån nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Grundläggande förutsättningar för säker vård

Ett förvaltningsövergripande arbete har påbörjats för att ta fram en handlingsplan för ökad patientsäkerhet i kommunen, handlingsplanen ska vara färdigställd under kommande vår.

### Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ledning, chefer, medarbetare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)<sup>1</sup> ska systematiskt samarbeta med patientsäkerhetsfrågor mot god och säker vård. Förvaltningen har styrande dokument som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdens område. Hälso- och sjukvårdsfrågor bedöms behöva utökat utrymme för att uppnå förutsättningar för engagerad ledning och styrning.

### Övergripande mål och strategier

I kommunplanen för Katrineholms kommun anges att förvaltningen ska arbeta utifrån det övergripande målområdet Trygg omsorg och vård.

### Resultatmål

God patientsäkerhet inom vård och omsorg

#### *Indikator*

Personer i särskilt boende som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområdet utförts, andel %:

#### *Resultat*

Resultat 65 %, 393 unika personer har fått minst en riskbedömning. Resultatet har minskat från förra årets 71 %.

#### *Indikator*

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

#### *Resultat*

I samtliga åtta korrekta steg utgörs andelen av 66 % vilket är en minskning från förra årets nationella mätning (73 %). Antalet mätningar var 684 vilket var en ökning i jämförelse med förra årets mätningssantal 539. Antalet hygiensteg 76 % och klädsteg 84 % ligger kvar på samma nivå som förra året. Under senhösten genomfördes en mätning i egen regi, resultatet var 69 % i samtliga åtta korrekta steg.

---

<sup>1</sup> MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska

### *Indikator*

Personer i ordinärt boende med hemsjukvård som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområden utförts, andel %.

### *Resultat*

0 %. Åtta unika personer har fått riskbedömningar med risk. År 2022 var resultaten 0.

### **Organisation och ansvar**

Hög patientsäkerhet är beroende av ett välfungerande teamarbete med engagemang från personal inom hela förvaltningen.

### *Nämndens ansvar*

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Till vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde hör ansvar för hälso- och sjukvård från 18 års ålder i ordinärt boende, särskilt boende, boendestöd, dagverksamhet och daglig verksamhet. Till ansvaret hör även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Nämnden ansvarar även för verksamhet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) för fritt val av utförare inom äldreomsorgens hemtjänst.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), Patientsäkerhetslag (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS (2017:40) är tillsammans med regionala samt interna styrdokument grunden för arbetet med hälso- och sjukvården inom förvaltningen.

### *Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen/förvaltningschef*

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården i Katrineholms kommun är förvaltningschefen för vård- och omsorgsförvaltningen. Kravet på att verksamhetschef ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs, regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa resursers användning och bemanning ger förutsättningar före en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

### *Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ medicinskt ansvar för rehabilitering<sup>2</sup> (MAS)<sup>3</sup>*

I förvaltningen finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska. MAS har ett uppföljnings- och tillsynsansvar gällande för hälso- och sjukvård. MAS har ett särskilt medicinskt ansvar för att vårdtagare får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet samt att utarbeta riktlinjer inom området. MAS utreder och följer upp allvarigare händelser i verksamhet som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. På delegation från nämnden ansvarar MAS för anmälan enligt lex Maria till IVO. MAS deltar i kvalitetsteam, kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

### *Verksamhetschefer*

Har ett helhetsansvar för sin verksamhet, att följa upp kvalitetsarbetet inom sina verksamheter samt vara ett stöd till enhetschefer i kvalitetsarbetet. Vidare ha man ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver god vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra

---

<sup>2</sup> Delegeringsordning för VON, 2018-07-01

<sup>3</sup> Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvar för rehabilitering förkortas MAS. I uppdraget/professionen ingår båda ansvaren.

verksamheten. Verksamhetschefen medverkar i patientsäkerhetsberättelsen utifrån sitt ansvarsområde.

#### *Enhetschefer*

Har ett helhetsansvar för sin enhet, för att gällande styrdokument är kända samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på enheten samt att de får en fullgod introduktion som krävs för att utföra uppdragen. Tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal samverka för organisationen och patienternas bästa.

#### *Hälso- och sjukvårdspersonal*

Att upprätthålla hög patientsäkerhet är ett arbete som all personal berörs av inom vårdgivarens ansvarsområde. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Medarbetare med delegering för arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvårdens område är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs. Hälso- och sjukvårdspersonal ska tillsammans med enhetschefer samverka för organisationen och patienternas bästa.

#### *Omvårdnadspersonal*

Alla medarbetare ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lagar, värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, riktlinjer och rutiner samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter.

#### *Läkare*

Ansvarig läkare i primärvården har ett övergripande ansvar för medicinsk vård och behandling. Läkare samverkar med legitimerad personal. Verksamheterna samarbetar med läkare som patienten listat sig hos enligt region Sörmlands listningsmodell Hälsoval.

#### *Kvalitetsteam*

Förvaltningskontoret hanterar allvarigare händelser och lex-utredningar vilka kommuniceras inom teamet.

### **Stödfunktioner för god patientsäkerhet**

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning. Syftet med tillsynen är att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter.

År 2020 genomförde IVO en nationell tillsyn och konstaterade att nivån var för låg gällande medicinsk vård och behandling för personer boende på särskilda boenden för äldre. Tillsynen har fortsatt med fokus på hela medicinska vården i den kommunala hälso- och sjukvården. Brister har identifierats övergripande gällande dokumentation, ordination, palliativ vård och delegeringar. Arbetet fortgår inom nämndens ansvarsområde med åtgärder och uppföljningar av åtgärder.

Socialstyrelsen är en myndighet som utvecklar regler, kunskap och stöd till omsorgen och vården inom olika områden. Föreskrifter och allmänna råd tas fram om hur verksamheterna lever upp till kraven som ställs.

Folkhälsomyndigheten är en nationell myndighet som arbetar mot bättre folkhälsa och ger ut olika nationella allmänna råd och rekommendationer i syfte att bli minskad smittspridning.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) bidrar till kunskapsutveckling och ett exempel är framtagandet av analysverktyget för stärkt patientsäkerhet som förvaltningen har använt och använder. Patientsäkerhetsarbetet nationellt har i och med årsskiftet övergått till Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård som drivs av Sveriges regioner i samverkan.

Patientnämnden arbetar fristående och bidrar till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet utan att vidta några sanktioner. Varje region och kommun är ansluten till patientnämnd som stödjer individer för synpunkter och klagomål.

Patientsäkerhetsfunktionen inom region Sörmland har tillsammans med kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor på uppdrag av länsstyrgruppen arbetat fram den antagna strukturen för patientsäkerhetsdialoger, vilka har påbörjats under 2023. Patientsäkerhetsfunktionen leder och tar fram lokala anvisningar utifrån nationella Vårdhandboken som har till syfte att kvalitetssäkra metoder, praktiska råd och anvisningar till vård som bidrar till en säker och god vård.

#### *Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV).*

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

- Barn och unga som behöver särskilt stöd
- Äldre
- Riskbruk, missbruk och beroendevård
- Personer med psykisk ohälsa och sjukdom
- Personer med funktionsnedsättning.

#### *Länsstyrgruppen*

Består av representanter av förvaltningschefer eller motsvarande från kommunerna samt regionen. Styrgruppen skapar förutsättningar för att invånarna i Sörmland, får en likvärdig vård. Under styrgruppen arbetar strategiska beredningsgrupper för olika fokusgrupper. Arbetsgrupper i de olika länsdelarna omfattas av lokal representation från verksamheterna i kommuner och region. I arbetsgrupperna följs avvikelser upp kontinuerligt på strategisk nivå, enskilda avvikelser hanteras på enhetsnivå. Revideringar av gemensamma styrande dokument pågår i syfte att möta de krav som ställs i omställningen till nära vård.

#### *MAS/MAR nätverk<sup>4</sup>*

Länets nio kommuners MAS/MAR deltar i ett gemensamt nätverk och ingår som en del av samverkansstrukturen för närvård, utifrån ansvaret att patienterna inom en kommuns ansvarsområde får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet i syfte att ge stöd och att driva gemensamma frågor t.ex. inom patientsäkerhet, läkemedelsgranskning och gemensamma riktlinjer mm.

#### *Övrig samverkan till exempel*

- Avtal med Vårdhygien region Sörmland, rådgivande funktion och vårdhygienisk kompetens
- Patientsäkerhets- och kvalitetsenheten region Sörmland
- Avtal med Svensk Dos AB för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Avtal med Tandvårdsenheten region Sörmland gällande munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning i munvård för personal
- PRATOR – digital samverkan och dialog mellan kommun och region
- Stöd och samverkan med regionens specialistvårdsenheter.

Vårdprevention med riskbedömningar är ett teamarbete som är centralt för intern samverkan. Arbetet omfattas av personer äldre än 65 år som bor/vistas/har insatser på särskilt boende, kortvårdsboende och är inskrivna patienter i hemsjukvården. Arbetsverktyget för det systematiska vårdpreventionsarbetet är Senior alert<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> MAS/MAR-nätverk, nio kommuners medicinskt ansvariga sjuksköterskor inkluderat två MAR

<sup>5</sup> S. a – Senior alert är ett nationellt evidensbaserat arbetsverktyg för vårdpreventionsarbete.

Legitimerad personal ska tillsammans med omvårdnadspersonal ha kontinuerliga uppföljning utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser. Det fungerar till stor del men övergripande bedöms behovet av deltagande legitimerad personal ses över och stärkas utifrån vårdgivarens ansvar, så att god och säker vård kommer den enskilde tillgodo, exempel är uppföljningar av läkemedelsbehandlingar, kroniska sjukdomar, rehabilitering, habilitering och planering av palliativ vård och vård i livets slutskede.

Att skapa säkra styrdokument för att säkerställa god och säker vård i det interna vårdplaneringsarbetet kopplat till reviderad och beslutad läns-gemensam riktlinje behöver fortsatt utvecklas. Arbetet med intern rutin för samverkan i utskrivningsprocessen pågår i samverkan mellan Hälso- och sjukvården samt Förvaltningskontoret och fortsätter utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med fokus på SIP, dokumentation i journal, skapande av vårdplaner, utbildningar, information och kommunikation.

#### *Kvalitetsråd*

Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå där enhetschef ansvarar men kan även ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse ska avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp över tid. Inom verksamheterna har arbetet kommit olika långt varför arbetet bedöms fortsätta framöver. Workshops har startats och fortsätter i syfte att stärka arbetet på enhetsnivå.

### **Informationssäkerhet**

Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering vilket skapar förtroende både inom och utanför förvaltningen.

Uppgifter som rör patienters personliga förhållande som hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata omständigheter omfattas av sekretess. Det är enbart den personal som har en vårdrelation med patienten som har tillgång till uppgifterna som enbart får lämnas ut till andra om patienten själv har lämnat sitt medgivande. Samtycke ska alltid inhämtas om och hur uppgifter om den enskilde får lämnas ut till andra vårdgivare eller närstående med flera. Samtycke ska alltid efterfrågas och inhämtas när en vårdrelation inleds och dokumenteras i journal.

Genomförd uppföljning av informationssäkerhet och egenkontroll av informationssäkerhet med systematiska loggningar har inte skett under året men bedöms som ett utvecklingsområde.

#### *Systematiskt riskanalysarbete*

Risk- och konsekvensanalysarbete utförs kontinuerligt för att identifiera och förebygga risker, minska sårbarheter och förbättra förmågan att förebygga, och hantera kriser och allvarliga händelser. Åtgärds- och handlingsplaner för framtagna risk- och konsekvensanalyser tas fram och följs upp samt åtgärdas kontinuerligt.

#### *Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.*

Under året har journalgranskning genomförts enligt rutin dvs två granskningar per legitimerad personal. Fokus i egenkontrollen är att uppdatera vårdplaner, 92% var uppföljda helt eller delvis enligt redovisat resultat. Målet är att ingen vårdplan i patientjournal ska vara äldre än ett år. Utifrån analys av resultatet ses det som en positiv effekt men förbättringsbehov återstår då det fortsatt finns icke aktuella vårdplaner i journalen. Egenkontrollen tätas till två gånger/år med uppföljning delår och helår 2024.

#### *Stöd till närstående*

Anhörigcentralen riktar sig till anhöriga i förebyggande och hälsofrämjande syfte. Samtalsgrupper, stöd på olika sätt och erfarenhetsutbyte med mera har erbjudits inom Anhörigcentralen. Verksamheten har under året haft kontakt med 154 anhöriga varav 70% var nya för verksamheten.



## En god säkerhetskultur

Grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Förvaltningen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Vård- och omsorgsförvaltningens ambition är ett arbetsklimat som främjar säkerhet i vården och omsorgen och att personalen är engagerad i säkerhetsarbetet vilket ger sitt uttryck genom att identifiera säkerhetsrisker och påtala dessa, att avvikelser rapporteras och utreds samt att åtgärder vidtas och följs upp.

Evidensbaserad praktik och arbetssätt ska grunda sig på vetenskaplig baserad kunskap så att det omvårdnadsarbetet hjälper den enskilde och inte skadar. Förvaltningen bedöms idag sakna systematiskt och övergripande arbete inom säkerhetskultur och patientsäkerhet där resultat av kvalitet och förbättringsområden är mätbara. Under året har säkerhetskulturen och stärkt patientsäkerhet i förvaltningen påbörjats. Arbetet ska utmynna i en handlingsplan för vidare arbete med prioriterade fokusområden. I och med arbetet mäts säkerhetskulturen inom förvaltningen på ett systematiskt, evidensbaserat sätt och fokusområden identifieras.

Fokusområden är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap.

## Avvikelsehantering

Styrande dokument som berör avvikelsehantering och utredning av negativa händelser utgår från ett systemperspektiv med en strävan att få bort syndabockstänkandet till öppenhet och transparens. Information om inträffade händelser och risk för händelser ska uppmuntras. Spridning av lärdomar är en av grunderna i en god patientsäkerhetskultur och ger förutsättningar för en lärande och transparent organisation. Inom förvaltningen genomförs terminsvis summeringsmöten för att systematiskt sprida erfarenheter, åtgärder och förebyggande strukturer för ett arbete som ger goda resultat.

## Hemsjukvård

Antalet inskrivna patienter i hemsjukvården varierar mer nu än tidigare. Vid mätningen sen höst var antalet inskrivna 227 patienter fördelade över alla hemsjukvårdsområden i kommunen. Antalet inskrivna var under mättillfället mindre än förra årets 277. Utifrån avtal och styrande dokument planeras en översyn av inskrivna patienter.

## Adekvat kunskap och kompetens

Grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

## Yrkeskompetens

All personal får introduktion i linje med vårdgivarens ledningssystem vid nyanställning samt att språktester genomförs. Tillsvidare anställda ska årligen ha medarbetarsamtal med närmaste chef för att upprätta och utvärdera personlig kompetensutvecklingsplan. Arbetet sker systematiskt. Rekryteringsprocessen gällande för sjuksköterskor har förbättrats senaste halvåret vilket medför kontinuitet i personalgruppen på ett bättre sätt än tidigare vilket även ökar kompetensen och kontinuiteten inom arbetsgruppen.

## **Kompetensutveckling**

Utbildningsinsatser har skett under året för omvårdnadspersonal. Utbildningarna omfattade teoretiska delar kopplat till styrande dokument rörande dokumentation, rapportering enligt SBAR, riskbedömningar samt vård i livets slutskede. I enkätutvärderingar av utbildningarna gav utbildningen ökad kunskap;

- Om god omvårdnad vid livets slut med 53 %.
- Kommunikation och dokumentation med 33 %.

18 medarbetare har läst undersköterskeutbildning, 7 medarbetare har utökat sin kompetens genom utbildning till specialistundersköterska. Arbetet med kompetensutveckling fortsätter kommande år. SBAR- kort i fickformat har delats ut och uppföljningen sker som egenkontroll vid medarbetarsamtal dvs att personalen använder kommunikationsverktyget vid kontakt med legitimerad personal.

Arbetet med språkstester inför anställning har fortsatt under året vilket bidrar till en grund och vägledning inför anställning. Språkbudsutbildare har utbildats i syfte att säkerställa kompetensutvecklingen samt att medarbetare får läsa yrkessvenska som del av egen kompetensutveckling efter behov. Arbetet kommer följas upp år 2024 inför fortsatta satsningar på kompetensutveckling.

Samtliga enhetschefer har genomgått utbildningen Bemanningsskolan som en del i att eftersträva kontinuitets- samt kompetensbehovet inom verksamheterna. Utbildning har även skett i vårdhygienisk egenkontroll – ett verktyg för strukturerat ledningsarbete i kommunal vård och omsorg via hygiensjuksköterskor från Vårdhygien region Sörmland.

## **Bemanning och schemaläggning**

Schemaläggning och bemanning ska planeras efter den enskildes behov av vård och omsorg, yrkeskompetens är också kopplat till planeringen. Hälso- och sjukvårdsinsatser kräver legitimerad personal samt delegerad personal för arbetsuppgifter utifrån den enskildes behov, vilket sker i samverkan med legitimerad personal som är ansvariga för omvårdnaden/rehabiliteringen/habiliteringen samt att utbilda personal teoretiskt och praktiskt samt följa upp delegeringar.

## **Patienten som medskapare**

Patienter, närstående och brukare ska erbjudas att medverka i patientsäkerhetsarbetet på olika sätt. All verksamhet vilar på en tydlig värdegrund som inkluderar begreppen; Respekt, Öppenhet och Tydlighet och Tillit. Alla medarbetare delar värdegrunden oavsett roll, funktion eller position. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål ska delges alla vårdtagare och närstående i verksamheterna. Vid ankomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering ska vårdtagare och i många fall även närstående delta i planeringen av omvårdnaden. Att involvera patient/närstående vid avvikelser bedöms vara ett större förbättringsområde då flertalet avvikelser saknar informationen. Patienter och närstående har ofta bra synpunkter som kan vara till hjälp i förbättringsarbetet på samma sätt om vid inflyttning, uppföljning och planering av vården och omsorgen.

# Agera för säker vård

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Egenkontroll syftar till att säkra verksamhetens kvalitet till exempel i jämförelse med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter. Från uppmätt resultat beskrivs analys, åtgärd och uppföljning.

## Vårdprevention

Att arbeta hälsofrämjande och vårdpreventivt via arbetsverktyget Senior alert<sup>6</sup> innebär att skador i vården kan undvikas och att vård och omsorgstagare garanteras en säker vård. Senior alert används som ett evidensbaserat arbetsredskap som på individnivå identifierade risker, genererar vårdplaner och föreslår åtgärder utifrån bakomliggande riskorsaker.

## Basala hygienrutiner och klädregler<sup>6</sup>

Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler ska förbättras. Utifrån alla åtta hygiensteg har en minskning skett i förhållande till förra årets nationella mätning. Precis som förra årets analys framgår även att följsamheten till hygien- och klädreglerna har slappnat av sedan pandemin. Utbildningsinsatser för hygienombud, legitimerad personal och chefer har genomförts under året, deltagandet har varit varierat lågt och bedöms förbättras inför kommande år. Utbildningar i samband med nyinflyttning på nybyggd/renoverad enhet sker fortlopande då ny medicinteknisk utrustning kräver förnyade vårdhygieniska arbetssätt i syfte att erhålla god hygienisk standard. Inför år 2024 införs förnyat arbetssätt gällande för vårdhygienisk egenkontroll på enhetsnivå, vilka genererar framtagande av en handlingsplan utifrån identifierade förbättringsbehov.

## Patientjournal och granskning

Granskning av patientjournaler genomförs av Hälso- och sjukvårdsverksamheten, målet är två journaler per legitimerad personal och år. Genomförd egenkontroll påvisade att 92% av befintliga vårdplaner följs upp helt eller delvis under året. Målbilden är att ingen vårdplan ska vara äldre än ett år. Utifrån resultatet ses en positiv effekt men förbättringsbehov återstår då det finns ej aktuella vårdplaner i journaler. Egenkontroller tätas till två gånger/år med uppföljning delår och helår från och med år 2024.

## KVÅ koder<sup>7</sup>

Totalt har 1 808 antal koder registrerats enligt Socialstyrelsens statistik under januari till september månad. Förra året var antalet koder 737 under samma tidsperiod. Registret är ett hälsodataregister och regleras i lagen om hälsodataregister och om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Patientjournalen inom vårdgivarens ansvarsområde är uppbyggt enligt ICF<sup>8</sup> och KVÅ sedan 2019. Arbetet fortsätter så KVÅ koderna kan följas och användas i utvärderingen av hälso- och sjukvårdens insatser. Specifika KVÅ koder kommer att följas som egenkontroll till exempel upprättande av vårdplan samt uppföljning av vårdplan, medverkan i brytpunktsamtal samt möte för enkel läkemedelsgenomgång.

## Läkemedelshantering

Apoteksgranskning genomförs varje år av extern apoteksgranskare enligt avtal, resultat av granskningen redovisas i separat rapport.

<sup>6</sup> Basala hygien och klädregler - BHK

<sup>7</sup> KVÅ – klassificering av vårdåtgärder enligt Socialstyrelsens databas för kommunal hälso- och sjukvård. Registret ger underlag om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser per kommun i Sverige

<sup>8</sup> ICF – internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

## Läkemedelsindikatorer

Nationellt framtagna läkemedelsindikatorer syftar till att ge så god läkemedelsbehandling som möjligt för äldre patienter<sup>9</sup>. Andel som hämtat ut olämpliga läkemedel i Katrineholm är 6,3 %<sup>10</sup> jämfört med Sörmlands 5,6 %.

## Delegering

Vid uppföljning av delegeringsprocessen har det identifierats avsteg från styrande dokument i relation till genomförandet av skriftliga och praktiska kunskapskontroller inför delegering samt även i samband med uppföljningar. Under året har digitaliserade utbildningsfilmer uppdaterats och kompletterats utifrån trender och mönster i avvikelshanteringen från tidigare år framförallt gällande arbetsmomenten kring läkemedel i plåsterform samt narkotiska läkemedel. Vidare pågår ett arbete med att se över och revidera styrande dokument för delegeringsprocessen. Arbetet följs upp på olika sätt t ex via delegeringsmodulen i verksamhetssystemet så att områdesansvarig legitimerad personal, delegerat inom sitt respektive områdesansvar samt via dialog/enkäter till berörd delegerad personal. Resultat och analys av resultat påverkar fortsatt systematiskt kvalitetsarbete.

## Trygg hemgång och effektiv samverkan

Länsövergripande har en revisorledd granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter skett på uppdrag av region Sörmland och kommunerna. I rapporten utifrån granskningen föreslås framtagande av handlingsplan gällande fyra förbättringsområden. Arbetet fortsätter under kommande år samt inkluderas av reviderad riktlinje som är beslutad i Länsstyrgruppen.

## Apotekare i vård- och omsorg

Apotekare i regionen har arbetat i projektform med genomförande av fördjupade läkemedelsgenomgångar<sup>11</sup>, patientsamtal och rådgivning i läkemedelsfrågor. Apotekare har deltagit på ronder med hemsjukvården, särskilt boende och kortvårdsenheten. Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekare i Sörmlands västra länsdel har ökat totalt sett i jämförelse från förra året från 195 till 263. Resultat av fördjupade läkemedelsgenomgångar för kommunens särskilda boenden för äldre har skett enligt följande fördelning:

- Lövåsgården – 10 stycken
- Igelkotten – 5 stycken
- Strandgården – 1 stycken
- Yngaregården – 4 stycken.

## Munhälsobedömningar

I samband med munhälsobedömningar registreras vissa hälsouppgifter. Dessa uppgifter avser smärta, tuggförmåga, antalet tänder, protesförekomst, implantat och munhygien. Registrering görs även av tandvårdsbehov på grund av tandskador/hål i tänderna, tandlossning och om behandlingsbehov finns för slemhinna och protes. Det totala antalet munvårdsbedömningar har under året ökat till 362 från 352. Övrig statistik är ungefär lika som förra året, se tabell. I förhållande till antalet berättigade personer till munhälsobedömningar (714)<sup>12</sup> och utförda munhälsobedömningar (362) är förskrivningen av munhälsointyg ett förbättringsområde för biståndshandläggare och legitimerade sjuksköterskor. Under sista månaden av året ökades antalet biståndshandläggare som förskrivare av munhälsointyg vilket borde generera ökade antal munhälsobedömningar inför år 2024 i förhållande till berättigade personer.

Utbildningsinsatser behöver ske utifrån grundläggande tandvård som är en del av omvårdnaden och i det hälsofrämjande arbetet. Den uppsökande verksamheten innebär även att personal årligen ska erbjudas munvårdsutbildning vilken är kostnadsfri för kommunerna. Deltagandet i kommunen har successivt sjunkit från år 2019 med 337 till nuläget med 57. Framöver

---

<sup>9</sup> Äldre – mer än 75 år

<sup>10</sup> [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se)

<sup>11</sup> Målgruppen är patienter över 75 år

<sup>12</sup> Andel berättigade avser andel i förhållande till antal invånare i Sörmland som var 24 år eller äldre.

bedöms behov av att följa upp kompetensutvecklingen som egenkontroll för att förbättra munhälsan ytterligare.

Uppdatering av T99webb<sup>13</sup> sker systematiskt första kvartalet årligen i syfte att få med alla kommunens enheter, ansvariga chefer och antal boendeplatser.

*Antal munhälsobedömningar för personer som bor på äldreboende\*\**

	Katrineholm 2022	Katrineholm 2023	Sörmland 2023
Antal munhälsobedömningar**	253	259	2 268
Medelålder	86	86	85
Kan äta normalkost, andel i %	80	83	71
Andel helt tandlösa, andel i %	13	13	14
Bra munhygien, andel i %	51	51	54
Registrerade vårdbehov*	53	53	46

\* Omedelbart behov av tandvård i någon form. Källa: Tandvårdsenheten 2024-01-12

### **Boenden för äldre**

En boendeplan för byggnation och renoweringar är beslutad för kommande år där kraven på vårdgivaren gällande god hygienisk standard har en stor betydelse vid om- och nybyggnationerna. I arbetet konsulteras medicinskt ansvarig sjuksköterska och Vårdhygien i Region Sörmland för att säkerställa att kraven uppfylls. Boendeplanen har under året reviderats och arbetet fortgår utifrån planering.

### **Tjänstens utförande**

Den digitala kommunikationen har utvecklats i snabb takt både internt och externt. Fysiska möten har minskat och digitala möten har kommit för att stanna. Framför allt sker digitala möten via Teams, Zoom och Cisco<sup>14</sup>. För att använda digitala möten på ett patientsäkert sätt mellan vårdgivarna används region Sörmlands system Cisco. Förvaltningen med flera t ex Socialstyrelsen erbjuder digitala kurser och utbildningar, t.ex. läkemedelshantering, basala hygienrutiner, personlig skyddsutrustning, introduktion till arbete i vård och omsorg och grundläggande utbildning om munhälsa och munvård vilka bör användas för att säkerställa evidens i kunskapsutvecklingen hos personalen.

## **Tillförlitliga och säkra system och processer**

### **Hur tillförlitlig är arbetsprocesser och system**

Avtal om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården finns med region Sörmland och Hälsoval. I Katrineholms kommun och med primärvården finns även framtaget lokalt avtal. Läkarmedverkan berör främst äldreomsorgen, vård- och omsorgsboenden samt hemsjukvården. Avtalet följs upp årligen och syftet är att säkerställa att alla brukare har möjlighet till läkarbesök samt följa upp kvaliteten i givna hälso- och sjukvårdsinsatser samt identifiera eventuella förbättringar som behöver genomföras. Under året kommer uppföljning av identifierade åtgärder ske kvartalsvis tillsammans med vårdcentralerna. Enkäter till berörd personal har skickats ut inför uppföljningen i syfte att få en mer samlad bild av legitimerad personals uppfattningar på personnivå. Resultatet har varit positivt då nya perspektiv framkommit utifrån samverkan.

Läkemedelsavvikelser är vanligaste avvikelserna och att läkemedlet glöms bort att ges. Den processen har stärkts genom digital signering där delegerad personal får en påminnelse utifrån en bestämd tid som ansvarig sjuksköterska förutbestämt. Målet är att alla enheter ska arbeta med digital signering. Uppföljningsarbete har skett under året, resultatet har påvisat brister i

<sup>13</sup> I T99webb – registrerar utfärdare underlag för tandvårdskort. Kommunansvarig administrerar uppgifter om särskilda boenden och personer som har rätt att utfärda underlag för tandvårdskort.

<sup>14</sup> Sekretess säkert digitalt kommunikationsverktyg

hanteringen/avsaknad av ordinationslistor/handlingar i original vilket genererar åtgärder och ytterligare uppföljning. Bristerna har påverkat slutförandet av arbetssättet för externa utförare av hemtjänst/hemsjukvård utförare då bedömningen är att följa upp vidtagna åtgärder innan arbetet kan slutföras enligt planering.

## **Säker vård här och nu**

### **Riskhantering**

Få anmälda avvikelser från verksamheterna hanteras utifrån risken för vårdskada. Detta förväntas bli mer synligt i analysarbetet och framtagandet av handlingsplan för ökad patientsäkerhet i kommunen.

Arbetet med införskaffande av loggningsbara läkemedelsskåp för förvaring av läkemedel pågår fortfarande. Syftet är att kunna ha egenkontroll och spåra läkemedelshanteringen i kombination med kvalitativa och täta egenkontroller.

Verksamheterna har under året arbetat med olika risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner. Arbetssättet har implementerats på ledningsnivå och används mer frekvent på enhetsnivå. Samma arbetssätt sker på patientnivå efter behov för att säkra hälso- och sjukvårdens insatser utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

### **Stärka analys, lärande och utveckling**

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. Enhetschefer arbetar på enhetsnivå med legitimerad personal i syfte att hantera avvikelser, stärka analysarbetet, lärande och utveckling på enheten.

Kvalitetsråd på enhetsnivå ska hantera och sprida övergripande lärande- och utveckling i syfte att händelsen inte ska ske igen. Resultaten av allvarliga avvikelser och utredningar presenteras övergripande under summeringsmöten<sup>15</sup>. Här sammanställs relevanta åtgärder för spridning inom alla verksamheternas kvalitetsråd. Framtagna åtgärder syftar till att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, först då kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som är flexibel och anpassas kortsiktigt eller långsiktigt vid förändrade förhållanden med bibehållen säkerhet för den enskilde. Hälso- och sjukvård bedrivs i det egna hemmet oavsett var patienten bor, nära vård kommer minska antalet vårddagar inom slutenvården. Höga krav ställs på kompetens, flexibilitet och patientsäkerhet. Kompetensutveckling och organisationsförändringar, ändrade arbetssätt behövs för att möta upp behoven. Specialistvården ökar utanför slutenvården på sjukhus och samverkan mellan regionens specialistvård och den kommunala vården behöver samordnas bättre.

### **Avvikelser samt synpunkter och klagomål**

Avvikelser är en del av vård och omsorgsförvaltningens arbete utifrån kvalitetsledningssystemet för att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Anmälda avvikelser är till merparten utifrån att en negativ händelse har skett.

Vid uppföljning var totalt antalet avvikelser från alla lagrum är 4 961 vilket är en ökning från förra årets 4 339. Av dessa avvikelser är 799 ej bearbetade/avslutade och i jämförelse med förra årets resultat med 591 har antalet ökat. Några enheter har större problem med hanteringen av avvikelser än övriga. Under året har stöd getts i form av workshops vilket bedöms behöva fortsätta kommande år.

---

<sup>15</sup> Summeringsmöte – verksamheternas kvalitetsråd deltar och delges summerade erfarenheter utifrån allvarliga avvikelser och Lex Maria anmälningar

Totalt sett har avvikelserna ökat i antal, vilket ses som positivt, det vill säga att personalen anmäler avvikelser. Risktänkande i verksamheten samt avvikelser med risk för vårdskada bedöms vara ett större utvecklingsområde.

Antal anmälda avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område är 1 781 vilket är en ökning från förra årets antal 1 524.

#### Hälso- och sjukvård

Vanligaste avvikelserområde med vanligaste åtgärder, i fallande ordning:

	Antal 2023
Läkemedel	934
Fall	312
Fall med skada	100
Insatser/omvårdnad	306
Vård, behandling och provtagning	123
Dokumentation/information	106

Åtgärder	Antal 2023
Utredning/information i arbetsplatsforum	368
Kontakt sjuksköterska	291
Arbetsplatsdiskussion	202
Enskilt samtal	196
Handledning/utbildning	80

#### Äldreomsorg (särskilt boende äldre, stöd i ordinärt boende, dagverksamhet)

Antal hälso- och sjukvårds avvikelser för äldreomsorgen är 1 507, varav 140 är redovisade som kombinerade avvikelser från lagrummen HSL/SoL. Utifrån allvarigare avvikelser har några hemtjänstområden ändrat arbetssätt, där hälso- och sjukvårdsgrupper arbetar teambaserat med områdesansvarig sjuksköterska. Enheternas avvikelseresultat gällande framförallt avvikelser inom läkemedel har minskat i relation till kompetens. Arbetssättet bör införas inom alla enheter där omvårdnad särskiljs från serviceinsatser, i syfte att säkerställa god vård för de brukare/patienter som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vanligaste avvikelserområden redovisade i fallande ordning:

Avvikelseområde	Antal	Åtgärder
Läkemedel	662	Enskilt samtal, kontakt med sjuksköterska
Fall	278	Kontakt sjuksköterska, utredning, information arbetsplatsforum
Fall med skada	88	Se ovan
Insats/omvårdnad	217	Kontakt sjuksköterska, utredning, information arbetsplatsforum

#### Externa utförare, LOV-företagen<sup>16</sup>

Totalt antal avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område är 64. Vanligaste aktiviteten är läkemedel 31, insatser/omvårdnad 20 samt dokumentation/information 4. Åtgärderna är; enskilt samtal, kontakt med sjuksköterska samt arbetsplatsdiskussion. Avvikelserna redovisas totalt inom ramen för Äldreomsorgen.

<sup>16</sup> LOV – valfrihetssystem för hemtjänst/hemsjukvård

### Funktionsstöd

Antal hälso- och sjukvårds avvikelser för funktionsstöd är 472, varav 45 är redovisade som kombinerade avvikelser från lagrummen HSL/LSS-SoL. Ej bedömda avvikelser är 55. Under året har verksamheten lagt stort vikt vid uppföljning av dokumenterade avvikelser vilket haft god effekt i mätning av statistik per månad, även handläggningstiden har minskat. I samband med utredning av oväntade dödsfall har framkommit att det saknas bakomliggande orsaker varför man tagit fram handlingsplan för bland annat vid rekrytering och introduktion, samarbete och dokumentation samt organisation och samverkan mellan professioner som arbetar inom verksamheten.

Vanligaste avvikelseområden redovisas i fallande ordning:

Avvikelseområde	Antal	Åtgärder
Läkemedel	252	Utbildning/information, arbetsplatsforum/APT
Insatser/omvårdnad	87	Utredning/information/APT
Dokumentation/information	34	Utredning/information/APT

### Allvarlig avvikelser/risk för allvarliga avvikelser samt lex Maria anmälan

Medicinskt ansvarig sjuksköterska hanterar och utreder allvarliga avvikelser/risk för allvarliga avvikelser i samverkan med representanter från verksamheterna. Under perioden har 15 utredningar genomförts utifrån allvarliga avvikelser. Två av dessa har medfört allvarlig vårdskada vilka resulterat i lex Maria anmälan till IVO. En avvikelse har genererat verksamhetsövergripande risk- och konsekvensanalys samt framtagande av handlingsplan.

*Beskrivning av typ av allvarliga avvikelser/lex Maria, konsekvens av händelsen samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt/planeras ge effekt*

Allvarliga avvikelser/lex Maria	Konsekvens av händelsen	Genomförda förbättringar som haft effekt
Fall	Dödsfall	Utbildningsinsatser utifrån styrande dokument
Högre dos av läkemedel än ordinerat	Akuta biverkningar, frånvaro attacker, behov av sjukhusvård på annan vårdnivå	Utbildningsinsatser utifrån styrande dokument Indragen delegering. Förändrat arbetssätt med hälso- och sjukvårdsteam. Uppdatering av möjlig anmälan om vårdskadeersättning till patient

### Avvikelser från kommunen till regionen

Externa avvikelser sker framför allt mellan länets sjukhus, vårdcentraler, ambulansverksamheten samt tandvården.

Totalt 96 avvikelser är skrivna till regionen vilka har ökat sedan förra året. Till största delen berör avvikelserna brister i informationsöverföring, läkemedel, medicinsktekniska hjälpmedel i utskrivningsprocessen från slutenvården. Ingen avvikelse har klassats som allvarlig avvikelse.

### Avvikelser från regionen till kommunen

Totalt har 43 avvikelser kommit till kommunen från Region Sörmland. Dessa berör informationsöverföring och samverkan, palliativ vård samt uteblivna munvårdsbehandlingar enligt ordinationer.

Bevakning och hantering av externa avvikelser bedöms behöva följas upp via avstämning inom Förvaltningskontorets kvalitetsteam med syfte att avvikelser hanteras inom rimlig tid samt att åtgärder följs upp övergripande. En ny blankett för avvikelser mellan vårdgivarna är under framtagande inom MAS/MAR<sup>17</sup>-nätverket och kommer införas under året, syftet är att förtydliga obli-

HS<sup>17</sup> MAS/MAR – medicinskt ansvariga sjuksköterskor/rehabilitering



gatoriska delar i hanteringen av avvikelser till exempel bakomliggande orsak till händelsen samt åtgärder och uppföljning av åtgärder som planeras och/eller genomförs.

## **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Hälso- och sjukvårdsverksamheten har tillsatt en tjänst som utbildningssjuksköterska i syfte att höja baskompetensen i vård och omsorgen. Ytterligare behov finns för liknande funktion gällande för rehabilitering och habilitering. Riskmedvetenhet finns i verksamheterna men man behöver utveckla samverkan inom alla verksamheter i processen mot god och säker vård. Förvaltningsövergripande arbete med stärkt patientsäkerhet förväntas resultera i ökad riskmedvetenhet och beredskap på alla nivåer. Vidare behöver verksamheterna arbeta mer med resiliens<sup>18</sup> och anpassa och planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

---

<sup>18</sup> En resilient organisation har processer på plats för att förutse risker, begränsa påverkan av oönskade händelser och kan därför återhämta sig snabbt efter en motgång och uppnå sina verksamhetsmål trots en föränderlig värld.

# Mål, strategier och utmaningar för kommande år

## Övergripande mål

Trygg omsorg och vård.

## Resultatmål

God patientsäkerhet inom vård och omsorg.

## Strategier och utmaningar

Stärkt patientsäkerhet är prioriterat arbete. Verksamheterna har arbetat med framtagande av nulägesanalyser och en handlingsplan tas fram för hela förvaltningskontoret att arbeta vidare med. Två av fem identifierande och prioriterade fokusområden<sup>19</sup> är områdena; 2. Tillförlitliga och säkra system och processer med fem olika teman samt 4. Stärka analys, lärande och utveckling med fyra olika teman. Fokusområdena 2 och 4 handlar övergripande om;

2. att skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga och säkra processer i samverkan, processer som är framtagna utifrån bästa tillgängliga kunskap för en god och säker vård samt med hänsyn till patientens egen förmåga.
4. att öka förståelsen för hur patientsäkerheten ser ut och vilka orsaker som finns bakom vårdskador och faktorer som påverkar säkerheten. Resultat, analys och kontinuerligt förbättringsarbete av egna arbetet syftar till lärandeperspektivet. Patient och närstående-perspektivet utgör en central del i området.

Arbetet fortsätter därefter utifrån övriga tre fokusområden med sina teman. Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete utgörs även av teman som engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten (närstående) som medskapare.

Det förebyggande arbetet är centralt för att skapa en trygg omsorg och vård. Att arbeta förebyggande med flera vårdpreventiva åtgärder<sup>20</sup> samtidigt<sup>21</sup> mot säkrare vård bedöms behöva öka på individnivå. Teamets betydelse för patientsäkerheten bedöms också behöva förbättras i syfte att arbeta hälsofrämjande och personcentrerat för att minska risk för vårdskada.

Kommande år fortsätter arbetet med uppföljningar av åtgärder, planerade åtgärder, genomförda åtgärder utifrån Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn av hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen.

---

<sup>19</sup> Agera för säker vård, Handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Socialstyrelsen 2020.

<sup>20</sup> Arbeta förebyggande

<sup>21</sup> Identifiera risk för trycksår, fall, undernäring, ohälsa i mun och blåsdysfunktion i arbetsverktyget Senior slert

# Bilaga - Egenkontroll

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
<b>Nationella kvalitetsregister</b>  - Vårdprevention	År/delår	393 (319) unika personer har fått riskbedömningar. 92% med riskbedömning med risk, 88% har åtgärdsplan vid risk 65 % (72%) utförda åtgärder vid risk.	I förhållande till antalet beslut om säbo <sup>22</sup> boende, brukare på kortvård och antal säbo platser samt inskrivna patienter i hemsjukvården är antalet riskbedömningar lågt per unik person då rutinen även beskriver att riskbedömningarna ska göras 2 ggr/år samt vid inflyttning.	Alla enheter arbetar strukturerat, systematiskt och synliggör resultat på avdelnings-, enhets- och verksamhetsnivå. Tätare uppföljning med egenkontroll varje kvartal.	Resultat i S.a <sup>23</sup> - inlägg i Stratsys <sup>24</sup> per månad för rapportering av resultat och analys av resultat.	Sätta resultat i förhållande till boendeplatser, insatser i hemsjukvård samt personer som visats på kortvård under perioden.	Senior alert
- Trycksår	Noll tolerans mot trycksår	33% (35%) riskbedömning med risk. Utfall 22 trycksår på 21 personer.	Bra att upptäcka kategori 1 tidigt för att sätta in åtgärder. Vanligast lokalisering är ryggslut.	Som ovan	Som ovan	Utifrån riskbedömningar och behov bör alla patienter erhålla en vårdplan för förebyggande av trycksår.	

<sup>22</sup> Säbo - särskilt boende

<sup>23</sup> S.a - senior alert

<sup>24</sup> Stratsys - administrativt uppföljningsverktyg

katrineholm.se

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- Undernäring	Risk för undernäring ska identifieras och förebyggas.	55% (56%) riskbedömningar med risk. Utfall; 135 personer hade BMI <22. 136 personer hade ofrivillig viktninskning.	Bakomliggande orsaker är sjukdom, mer än 11 timmars nattfasta, annan orsak	Koppla undernäring till nattfastan och arbeta preventivt och hälsofrämjande. Utbildningsinsatser	Som ovan	Utifrån riskbedömningar och behov bör alla patienter erhålla en vårdplan för förebyggande av undernäring utifrån målet. Kontakt med dietist enligt rutin efter bedömning.	
- Fall	Fall och fallskador ska förebyggas	77%, Utfall; 135 (105) personer har sammanlagt fallit 337 gånger. Vanligaste tiden för fall är klockan 12-18. Bakomliggande orsaker till fall är nedsatt balans och rörelsemönster, sjukdom och läkemedel som ger ökad fallrisk.	Alltför få erhåller fallriskbedömning i relation till personer som har insatser inom vård och omsorg. Alla boende och inflyttade ska erhålla riskbedömning två ggr/år enligt rutin.	Arbeta vårdpreventivt enligt gällande styrdokument, teamsamverkan krävs	Som ovan	Personer >65 år som bor, är inskrivna i hemsjukvården och vistades på kortvårdsplats och nyinflyttade ska erhålla riskbedömning minst två ggr/år enligt rutin.	

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- Munhälsa	Alla som har behov ska erhålla munvårdsbedömning enligt gällande rutin	Riskbedömningar med risk är 49%, 189 av 586 har identifierad risk för munhälsa/ohälsa i mun. 57 personal har erhållit munvårdsutbildning under året, vilket är en minskning från 132 år 2022.	Alla brukare som vistas och bor/har insatser har inte erhållit munvårdsbedömning utifrån sitt omvårdnadsbehov.	Alla brukare med behov och som bor, vistas/har insatser ska erhålla munvårdskort och munvårdsbedömning (utifrån egen önskan). Alla enheter ska genomföra grundläggande munvårdsutbildningen/år. Alla biståndshandläggare har fått utbildning och tillgång till T99webb.	Följs i Stratsys, delår och rapport från Folk-tandvården	Alla enheter genomför munvårdsutbildning till personalen. Omfattning 1h och ges digitalt. Alla ssk och biståndshandläggare har behörighet att skriva intyg för munhälsoundersökningar av tandvården.	
- Blåsdysfunktion	Diagnos, behandling, omvårdnad och rätt förskrivning av inkontinensmaterial	0 bedömningar är genomförda under året		Inkontinens sjuksköterska ska finnas inom säbo äldre och driva arbetet på säbo äldre i linje med styrande dokument	Följs i Stratsys, delår och rapport från Folk-tandvården	Alla personer som flyttar in på särskilt boende för äldre ska erhålla undersökning och diagnos efter problem. Ska kunna följas i patientjournal utifrån status, hälsohistoria och vårdplan efter problem där utredning och diagnos kan följas. Arbetet sker i samverkan med ansvarig läkare då provtagning ingår i undersökningen samt att diagnos ställs.	

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- SveDem <sup>25</sup>	Tertial/ år	99 uppföljningar är genomförda på tre säbodemens boenden Dufvegården, Norrgläntan och Lövåsgården.	Antalet uppföljningar har ökat med 49 i jämförelse med förra året. Antalet är lågt i förhållande till antal enheter och boendeplatser.	Demensvården kan inte utvärderas på kommunnivå. Tätare uppföljning behövs.	Utse regionkontaktperson. Ansvar och uppgift. Samverkansformer inom närvården	Antalet uppföljningar av demensutredningar på demsenheterna ska öka och vara relevant i förhållande till antalet demensutredningar under året.	SveDem
- Svenska HALT. Omfattas av säbo äldre enheter.	År	182 (204) inkluderade vårdtagare på 19 särskilda boenden, varav 4 kortvårdsboenden. 3% vårdtagare med bekräftad infektion förvärvad på SÄBO. Typ av infektion; 2,2% hudinfektion	Antal vårdtagare med pc-behandling <sup>26</sup> 11% Riskfaktor; 1. Urinkateter 2. Trycksår 3. Andra sår  Vårdtyngds-indikator; 1. Desorienterad 51% 2. Inkontinens 50,5% 3. Rörlighet 31%	Bearbetning av resultat med förslag på åtgärder gällande inkontinensutredningar vid inflyttning på säbo äldre i samverkan med ansvarig läkare och ssk.  Bearbetning av resultat och analys med förslag på åtgärder på enhetsnivå	Samverkan STRAMA mot antibiotikaresistens planeras med "antibiotika smarta leg, ssk i projektform.	Arbeta förebyggande med att identifiera patienters problem med inkontinens per boende, utifrån ett hälsoperspektiv. Arbetet sker i samverkan med ansvarig läkare	Senior alert
- Palliativ vård	Kvartal/år	Antal rapporterade dödsfall 135, varav väntade dödsfall 110. Exempel: Brytpunktsamtal 77 Smärtskattning 67 Vårdplan 95 För fler kvalitetsindikatorer; Se spindeldiagram	Sex av åtta kvalitetsindikatorerna utgör förbättringsområden	Berörda verksamheter arbetar med förbättringsåtgärder i samverkan mellan legitimerad- och omvårdnadspersonal. Palliativombud införs inom äldreomsorgen.	Uppföljningar av Palliativregistrets redovisande resultat på APT möten, kvartalsvis. Utbildningsinsatser krävs.	All personal involveras.	Palliativ registret

<sup>25</sup> SveDem – Svenska Demensregistret, nationellt kvalitetsregister för kognitiva sjukdomar

<sup>26</sup> Pc – penicillin/antibiotika

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
		sida 24, urval; visar särskilt boende och kortvårdsplats.					
- BPSD	År/ Tertial	Registreringar/ skattningar 194 (201)	I jämförelse med förra årets skattningar 201 har resultatet minskat (en enhet har exkluderats från resultatet)	Öka antalet personregistreringar i registret.	Uppdatering av administratör/ansvarig demenssjuksköterska på kommunnivå	Alla demensenheter inom särskilt boende för äldre samt enheter som har behov av arbetssättet ska använda sig av personcentrerade och individanpassade åtgärder	BPSD registret

# Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12

