

# Patientsäker- hetsberättelse 2022

Vård- och omsorgsförvaltningen

Datum: 2023-02-15

Dnr: VON/2022:74-8.2.3

Fastställd av vård- och omsorgsnämnden 2023-02-23, § 25

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård</b> .....	<b>4</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Resultatmål/uppdrag.....	4
Resultat.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Stödfunktioner för god patientsäkerhet, nationellt och regionalt.....	6
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	8
Avvikelsehantering.....	8
Hemsjukvård.....	8
Samverkansprojekt.....	9
Adekvat kunskap och kompetens.....	9
Yrkeskompetens.....	9
Kompetensutveckling.....	9
Bemanning och schemaläggning.....	9
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 tillförlitliga är arbetsprocesser och system.....	13
Säker vård här och nu.....	13
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	14
Avvikelse samt synpunkter och klagomål.....	15
Allvarliga avvikelser/risk för allvarliga avvikelser samt lex Maria anmälan.....	16
Avvikelse från kommunen till regionen.....	17
Avvikelse från regionen till kommunen.....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	17
<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år</b> .....	<b>18</b>
Utveckla en god och säker vård och omsorg.....	18
Säkra dokumentation i patientjournal.....	18
Säkra läkemedelshanteringen inom verksamheterna.....	18
Följsamheten till BHK ska öka.....	18
<b>Bilaga 1 - Egenkontroll</b> .....	<b>19</b>
<b>Bilaga 2 - Palliativ vård - spindeldiagram</b> .....	<b>23</b>

# Sammanfattning

Vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunen är av god kvalitet. Den som erhåller vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet, ges möjlighet till ökad delaktighet och inflytande samt att patientsäkerheten ska stärkas. Patientsäkerhetsberättelsen är utformad i linje med vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet och redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Stärkt patientsäkerhet inom vård och omsorg är ett resultatmål med uppdrag och prioriteringar, år 2022 har varit att utveckla förbättringsarbete kring basala hygienrutiner och klädregler, läkemedelshantering samt samverkan internt och med regionen.

Under året har verksamheterna fortsatt påverkats av smitta och framförallt av covid-19 och arbetet har anpassats efter nya behov, förutsättningar och förändringar. Basala hygien och klädregler samt personlig skyddsutrustning har implementerats i verksamheten på ett nytt sätt.

För att få bättre följsamhet till basala hygien och klädregler har utbildningsinsatser skett, även utbildningar utifrån vårdhygieniskt perspektiv inför och vid inflyttning av nya och/eller renoverade boendeenheter med lokaler och utrustning som möjliggör god hygienisk standard.

Implementeringen av digital signering för hälso- och sjukvårdsinsatser har pågått sedan några år. Målet är att införandet ska vara klart våren 2023 på alla enheter.

Loggningsbara läkemedelsskåp installeras för att säkra läkemedelshantering och spårbarheten, en handlingsplan finns för installationer på alla särskilda boenden för äldre men också i ordinärt boende där framförallt hantering av narkotiska läkemedel sker.

Patienters enskilda behov av mer avancerad hälso- och sjukvård i sitt hem ställer allt högre krav på verksamheterna och arbetssätt samtidigt som vakanser i bemanningen av vård och omsorgspersonal påverkar kontinuiteten och patientsäkerheten. Omställningen till nära vård ställer mycket höga krav på samverkan mellan alla yrkeskategorier utifrån den enskilde patientens behov. Samverkan inom förvaltningen men även mellan förvaltningen och regionen hålls frekvent i syfte att hålla dialogen och kommunikationen aktuell i syfte att patienter ska erhålla en god och säker vård.

# 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 för att ta fram en handlingsplan för ökad patientsäkerhet i kommunen, handlingsplanen ska vara färdigställd under våren 2023.

## 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) ska systematiskt samarbeta i patientsäkerhetsfrågor mot god och säker vård.

## Övergripande mål och strategier

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.

Till medarbetarnas hjälp finns olika verktyg såsom avvikelssystem, synpunktshantering, riskanalyser, internkontroller mm. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna på kommunens intranät. Dokumentation av hälso- och sjukvård genomförs i patientjournal med vårdplaner som fördelas till berörd personal. Utgångspunkten för arbetet är Socialstyrelsens kvalitetsområden för en god vård och omsorg på lika villkor. Det innebär att den hälso- och sjukvård som erbjuds ska vara kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig, jämlik, och effektiv.

I kommunplanen för Katrineholms kommun anges att förvaltningen ska arbeta utifrån det övergripande målområdet en Trygg vård och omsorg där arbetet med att stärka patientsäkerheten är ett av resultatmålen för arbetet. Då ovanstående mål är övergripande och inte mätbara, så mäts detta i form av indikatorer.

## Resultatmål/uppdrag

För 2022 har målområdet följts upp genom följande indikatorerna:

- Äldre på vårdboenden med bedömd risk för fall som har en planerad förebyggande åtgärd (andel %)
- Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler (andel %)
- Rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård som har minst en åtgärd (andel %)
- Brukare som svarar att det är mycket eller ganska lätt att träffa en sjuksköterska på sitt särskilda boende för äldre.

I samband med patientsäkerhetsberättelsen redovisas mål och indikatorer för nästkommande år. Patientsäkerhetsberättelsen med indikatorer beslutas av vårdgivaren.

### Resultatmål

#### Indikator

- Äldre på vårdboenden med bedömd risk för fall som har en planerad åtgärd, andel %.

#### Resultat

Vård och omsorgsboende: Resultat 78 %.

Indikator

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

Resultat

I samtliga åtta korrekta steg utgörs andelen av 73 % vilket är en minskning med 5 % sedan förra årets mätning. Antalet mätningar var 539 vilket var en minskning i jämförelse med förra årets mätningantal 548.

Indikator

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

Resultat

Totala andelen avvikelser som har minst en åtgärd utgörs av 81,5 %, resultatet är en minskning från förra årets 94 %.

Indikator

- Äldre som svarar att det är mycket eller ganska lätt att vid behov träffa en sjuksköterska på sitt särskilda boende, andel %.

Resultat

70 % år 2022. Nationella undersökningen har genomförts vartannat år och resultatet var år 2020, 69 %.

## Organisation och ansvar

### *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.

### *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>1</sup> (MAS)<sup>2</sup>*

MAS har tillsammans med verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS ansvarar genom att bevaka och följa upp kvaliteten och säkerheten så den upprätthålls samt utgör ett stöd för verksamheterna och professionerna.

MAS ansvarar för att det finns styrande dokument för anmälningar av vårdskador/risk för vårdskador, hantering av avvikelser, läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS utreder och följer upp 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 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 har man ett samlat ledningsansvar

<sup>1</sup> Delegationsordning för VON från 2022-01-01

<sup>2</sup> Medicinskt ansvarig sjuksköterska förkortas MAS.

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 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.

#### *Legitimerad personal/delegerad personal*

Legitimerad personal ansvarar för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal, enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659. De har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad personal ska tillsammans med enhetschefer samverka för organisationen och patienternas bästa. Delegerad personal ansvarar på samma sätt som legitimerad i de arbetsuppgifter man har delegering för att utföra.

#### *Omvårdnadspersonal*

Omvårdnadspersonal biträder legitimerad personal och utför ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har därmed en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Omvårdnadspersonal arbetar för en god kvalitet genom att förhålla sig till lagar, styrande dokument, värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

### **Stödfunktioner för god patientsäkerhet, nationellt och regionalt**

Socialstyrelsen tar fram och utvecklar regler, kunskap, statistik och stöd till hälso- och sjukvården genom att bl. a ge ut föreskrifter och allmänna råd till vårdgivare och verksamheter. Folkhälsomyndigheten arbetar för en bättre folkhälsa och har under pandemiåren givit extra stöd och vägledning för hur vårdgivarna ska hantera covid-19 t ex.

Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO) har som uppgift att ge tillstånd till vårdgivare att bedriva hälso- och sjukvård samt svarar för tillsyn av densamma. Tillsyn av verksamheter syftar till att medborgarna erhåller vård och omsorg är säker, har god kvalitet och bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter. Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre har genomförts av IVO under år 2022. Vårdgivaren och förvaltningen har under året fått ta del av del redovisningen av resultat på nationell nivå avseende kommunernas hälso- och sjukvård. En uppföljning är planerad av IVO under våren 2023.

Region Sörmland och enheten för Smittskydd/Vårdhygien har till uppgift att förebygga och minska spridning av smittsamma sjukdomar i Sörmland. Samverkan med enheten och kommunen har varit frekvent. Patientnämnden är fristående och bidrar till att höja patientsäkerheten genom att stödja och vägleda invånare i regionen till rätt instans för synpunkter och klagomål.

#### *Samverkan för att förebygga vårdskador*

Strukturen för närvårdssamverkan är central i arbetet och har arbetat fram en struktur för samverkan inkluderat stödjande och styrande dokument.

### *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*

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

### *MAS/MAR nätverk<sup>3</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 via avtal och gemensamma riktlinjer. Under året har ett nytt samverkans forum inrättats mellan MAS, primärvården i västra länsdelen, patientsäkerhetsenheten och Hälsoval. Samverkansträffar syftar till att diskutera gemensamma patientsäkerhetsfrågor i närvårdsamverkan.

### *Avtal och överenskommelser*

Avtal och styrande dokument för samverkan med regionen finns och syftet är att ge en god och säker vård samt undvika vårdskador. Exempel är läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, vårdhygien, tandvården om nödvändig tandvård samt externa kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

### *Intern samverkan*

Inom förvaltningen sker samverkan på olika nivåer och forum. Vårdprevention med riskbedömningar sker varje månad under året där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut deltar tillsammans med omvårdnadspersonal och enhetschef. Även läkare konsulteras och göras delaktiga i resultat av riskbedömningar, åtgärder, planer och uppföljningar för att säkerställa god och säker vård för den enskilde.

Samordnad individuell planering (SIP) sker inom alla verksamheter men behöver utvecklas mellan legitimerad personal och vårdplaneringsteamet i samband med att patient skrivs in- och ut från slutenvården/sjukhus och/eller byter boendeform i den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet är att säkerställa patientens delaktighet och behov av hälso- och sjukvård i processerna.

Digitala verktyg behöver användas mer frekvent i samverkan både internt och externt för att möjliggöra patienten som medskapare i vård och omsorg samt medicinsk behandling.

---

<sup>3</sup> MAS/MAR-nätverk, nio kommuners medicinskt ansvariga sjuksköterskor inkluderat en medicinskt ansvarig för rehabilitering

## Informationssäkerhet

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

Under året har vård- och omsorgsförvaltningen infört inloggning med användarnamn och lösenord med möjlighet att logga in med e-legitimation och engångskod. Införande av digital signering av medicinlistor pågår, vilket syftar till säkrare medicintilldelning och spårbarhet.

### *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. Åtgärdsplaner för framtagna risk- och konsekvensanalyser följs upp och åtgärdas kontinuerligt. Exempel på handlingsplaner som är framtagna utifrån risk- och konsekvensanalysarbete berör personlig assistens samt hälso- och sjukvårdsinsatser där insatser framöver utförs av vårdgivare som har tillstånd från IVO<sup>4</sup> att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna. Översyn av hemtjänstområden inom äldreomsorgen i syfte att möta nära vård.

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

Rutin för loggning i verksamhetssystemet finns och loggningskontroller sker. NPÖ<sup>5</sup> loggas systematiskt då all legitimerad personal har tillgång till alla patientjournaler utifrån arbetet 24h/dygn och inga avvikelser har identifierats under perioden. All personal har fått tillgång till utbildning i informationssäkerhet och dataskydd.

### *Stöd till närstående*

Anhörigcentralen erbjuder individanpassat stöd vilket sker på olika sätt t ex vägledning, förmedling av kontakter, samtal, utbildningar, friskvårdsaktiviteter, föreläsningar m.m.

## En god säkerhetskultur

Vård- och omsorgsförvaltningens ambition är ett arbetsklimat som främjar en god Patientsäkerhet i vården och omsorgen. Under året har värdegrunden

Ett arbete med stärkt patientsäkerhet är påbörjad under året och arbetet ska utmynna i en handlingsplan för vidare arbete. Arbetet utgår ifrån SKR<sup>6</sup> arbetsverktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete. I och med arbetet mäts säkerhetskulturen inom förvaltningen på ett systematiskt sätt och förbättringsområden identifieras.

## 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. Över tid har avvikelsehanteringen varit underrapporterad men en ökning har skett av antalet rapporterade avvikelser under år 2022. 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<sup>7</sup> för att systematiskt sprida erfarenheter, åtgärder och förebyggande strukturer för ett arbete som ger goda resultat.

## Hemsjukvård

I Katrineholm finns framtaget en rutin för in- och utskrivningsprocessen i hemsjukvården i samverkan med de fyra vårdcentraler som kommunen samverkar med. Antalet inskrivna patienter i hemsjukvården varierar mer nu än tidigare. Vid mätningen sen höst var antalet inskrivna 277 patienter fördelade över alla hemsjukvårdsområden i kommunen.

---

<sup>4</sup> IVO – Inspektionen för vård och omsorg, tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård

<sup>5</sup> NPÖ – nationell patientöversikt

<sup>6</sup> SKR – Sveriges Kommuner och Regioner

<sup>7</sup> Summeringsmöten – sker terminsvis där enheternas kvalitetsråd och chefer deltar



## Samverkansprojekt

Ett samverkansprojekt "Elsas hälsa" har fortsatt under året inom västra länsdelen i Sörmland. Syftet har varit att stärka vårdkedjan utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Arbetet har bl. a resulterat i ökad förståelse för vårdgivarnas utmaningar och hälso- och sjukvårdspersonalens arbete, bl. a har arbetet resulterat i bakre läkarstöd och en början till att prova olika digitala lösningar för samverkan kring patienten. Samverkansprojektet avslutades under sen höst för att ingå i det fortsatta arbetet med omställningen till nära vård.

## 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 patientsäkerhetsarbetet gällande bl. a avvikelshantering/synpunkter och klagomål, lagstiftningar, basal hygien och personlig skyddsutrustning, ergonomi, dokumentation, läkemedelshantering. Fysiska och digitala utbildningar är framtagna och tillämpas i introduktionsarbetet. Patientsäkerhetsarbetet diskuteras på APT<sup>8</sup> kopplat till revidering av rutiner, egenkontroller samt årliga genomgångar av riktlinjer och rutiner. I viss mån följs patientsäkerhetsarbetet upp via medarbetarsamtal.

### Kompetensutveckling

För att höja grundkompetensen i kommunen erbjuds exempelvis vårdbiträden att delta i "Äldreomsorgslyftet" alternativt validera sina kunskaper för att få undersköterskekompetens, två personal blev färdigutbildade undersköterskor förra året. Fyra medarbetare startade utbildningen till specialistundersköterska inom demens och välfärdsteknologi och några fortsätter studierna under 2023. Ett antal språkambud har utbildats och ska tillsammans med chef arbeta med språkutvecklande arbetsplatser till medarbetare som behöver. Totalt har 86 medarbetare gått webbutbildning inom palliativ vård och 141 har gått likande utbildning inom demens.

Flera sjuksköterskor har under året avslutat sin specialistutbildning. För att möta behovet av kompetens och kompetensutveckling inom förvaltningen har en nyinrättad tjänst som utbildningssköterska prövats under året och utvärderingen är positiv vilket medför att tjänsten är permanentad. Patientsäkerheten skulle troligtvis öka i och med en utveckling av KTC<sup>9</sup> i syfte att säkerställa redskap för utbildningar då behovet är alltför stort för att träna på person. Utvecklingen av arbetssättet behöver diskuteras vidare inom förvaltningen.

### Bemanning och schemaläggning

Schemaläggning och bemanning 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 samt följa upp delegeringar. Bemanning och schemaläggning sker även utifrån identifierad vårdtyngd specifikt inom äldreomsorgen.

---

<sup>8</sup> APT - arbetsplatsträff

<sup>9</sup> KTC – kliniskt träningscenter

## **Patienten som medskapare**

Patienter, närstående och brukare erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet på olika sätt t ex vid inflyttning på särskilt boende där vårdplaner skapas utifrån den enskildes behov och önskningsar, in- och utskrivning i hemsjukvård, samordnad individuell plan, avvikelshantering etc. 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. Senaste åren har interna utbildningsinsatser skett för all personal i värdegrundsarbete vilket även fortsätter på arbetsplatsträffar på alla nivåer inom förvaltningen.

# Agera för säker vård

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Egenkontroll syftar till att säkra verksamhetens kvalitet t ex 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>10</sup> innebär att skador i vården kan undvikas och att alla garanteras en säker vård. Senior alert används som ett arbetsredskap och identifierade risker genererar vårdplaner för den enskilde.

## Basala hygienrutiner och klädregler<sup>11</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. Det är framförallt hygienrutinerna och handhygien före omvårdnadsarbetet som behöver förbättras. I analysen framgår även att man har slappnat av i följsamheten till hygienrutinerna i och med att beslut om pandemi avslutades. Utbildningsinsatser för hygienombud och chefer har genomförts under året och kommer att fortsätta. Utbildningar i samband med nyinflyttning på nybyggd/renoverad enhet sker då ny medicinteknisk utrustning kräver förnyade vårdhygieniska arbetsätt i syfte att erhålla god hygienisk standard. Arbetet fortsätter med utökning av PPM<sup>12</sup> mätningen till två gånger per år.

## Patientjournal och granskning

Granskning av patientjournaler genomförs av Hälso- och sjukvårdsverksamheten, målet är två journaler per legitimerad personal och år. Totalt har 110 patientjournaler granskats av förväntade 160. Resultat påvisar förbättringar med fler uppdaterade vårdplaner där respekt för patientens integritet framgår. Kommande år planeras arbete med markörbaserad journalgranskning i hemsjukvården tillsammans med en vårdcentral, syfte att identifiera och mäta skador och kvalitetsbrister i vården.

## KVÅ koder<sup>13</sup>

Totalt har 737 antal koder registrerats enligt Socialstyrelsens statistik under januari till september månad. Förra året var antalet koder 123 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>14</sup> och KVÅ sedan 2019 och interna utbildningsinsatser har skett kontinuerligt sedan dess. Arbetet fortsätter så KVÅ koderna kan följas och användas i utvärderingen av hälso- och sjukvårdens insatser.

## Läkemedelshantering

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

<sup>10</sup> Senior alert – evidensbaserat arbetsverktyg för vårdprevention

<sup>11</sup> Basala hygien och klädregler - BHK

<sup>12</sup> PPM – Punktprevalensmätning dvs mätning utförs samtidigt under bestämd tid

<sup>13</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>14</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>15</sup>. Andel som hämtat ut olämpliga läkemedel i Sörmland är 5,7 % och i Katrineholm 7 %, Sörmland ligger dock bland de fem bästa länen i Sverige<sup>16</sup>.

## Delegering

Delegeringsprocessen och dess styrdokument har uppdaterats där språkstest med godkänt prov i Sva 1<sup>17</sup> krävs för att personal ska ha reell kompetens att påbörja delegeringsprocessen med utbildning i läkemedelshantering och kunskapsprov.

## 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 föreslår man framtagande av handlingsplan gällande fyra förbättringsområden, vilket kommer ske kommande år.

## Apotekare i vård- och omsorg

Apotekare i regionen har arbetat i projektform med genomförande av fördjupade läkemedelsgenomgångar, patientsamtal och rådgivning i läkemedelsfrågor. Apotekare har deltagit på ronder med hemsjukvården, särskilt boende och kortvårdsenheten. Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar har ökat från år 2021 (56) till 2022 (104). Kommande år fokuseras apotekarnas arbete i första hand på patienter som skrivs in- och är inskrivna i hemsjukvården där behovet av fördjupade läkemedelsgenomgångar identifierats utifrån ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv.

## 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 karies<sup>18</sup>, tandlossning och om behandlingsbehov finns för slemhinna och protes. Totala antalet munvårdsbedömningar har under året ökat med 27, övrig statistik är ungefär lika som förra året, se tabell. I förhållande till antalet berättigade personer till munhälsobedömningar och utförda munhälsobedömningar (53%) är förskrivningen av munhälsointyg ett förbättringsområde för biståndshandläggare och legitimerade sjuksköterskor. Utbildningsinsatser behöver ske utifrån grundläggande tandvård som är en del av omvårdnaden och i det hälsofrämjande arbetet. Deltagandet i Folktandvårdens grundutbildning till omvårdnadspersonal har varit lågt i kommunen. Webbutbildningar finns även att delta i via Socialstyrelsen vilket kan vara ett annat alternativ för kompetensutbildning, viktigt är dock att man kan följa upp kompetensutvecklingen som egenkontroll framöver. Även uppdatering av T99webb<sup>19</sup> behöver göras i syfte att få med alla enheter, ansvariga chefer och antal boendeplatser, vilket pågår första kvartalet 2023.

---

<sup>15</sup> Äldre – mer än 75 år

<sup>16</sup> Källa- [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se)

<sup>17</sup> Sva 1 – svenska som andraspråk, gymnasieutbildning

<sup>18</sup> Karies – tandskador/hål i tänderna

<sup>19</sup> I T99webb – registrerar utfärdare underlag för tandvårdskort. Kommunansvarig administrerar uppgifter om särskilda boenden och personer som har rätt att utfärda underlag för tandvårdskort.

### Antal munhälsobedömningar och medelålder hos de bedömda personerna

	Katrineholm	Sörmland
Antal munhälsobedömningar	253	2 185
Medelålder	86	85
Kan äta normalkost, andel i %	80	71
Andel helt tandlösa, andel i %	13	14
Bra munhygien, andel i %	51	54
Registrerade vårdbehov*	53	46

\* Omedelbart behov av tandvård i någon form. Källa: Tandvårdsenheten 2023-01-16

### Boenden för äldre

Vård- och omsorgsförvaltningen har identifierat och fastställt behov av boendeplatser inom vård- och omsorgsboende. En boendeplan för byggnation och renoveringar är framtagen för framtida behov där kraven på vårdgivaren gällande god hygienisk standard har en stor betydelse vid om- och nybyggnationerna. I arbetet konsulteras MAS och Vårdhygien i region Sörmland för att säkerställa att kraven uppfylls.

### Tjänstens utförande

Pandemin har bidragit till att 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>20</sup>. För att använda digitala möten på ett patientsäkert sätt mellan vårdgivarna används region Sörmlands system Cisco. Informations- och utbildningsmaterial samt filmer har skapats internt. Det har också hämtats från nationell nivå för att sprida kunskap och kompetensutveckling både gällande hantering av covid-19 samt hur skyddsutrustning ska hanteras. Socialstyrelsen erbjuder kurser och utbildningar via sin utbildningsportal, t.ex. basala hygienrutiner, introduktion till arbete i vård och omsorg och grundläggande utbildning om munhälsa och munvård.

### Tillförlitliga och säkra system och processer

#### Hur tillförlitliga 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. Läkartidverkan 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. En handlingsplan kommer att tas fram utifrån identifierade förbättringsområden internt eller/och i samverkan med vårdcentral.

Läkemedelsavvikelse är vanligaste avvikelsen 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 planeras ske under år 2023.

### Säker vård här och nu

Det mest identifierade riskområdet är bemanning och kontinuitetsproblem. Antal inhyrd personal har ökat totalt men i slutet av året har antalet minskat. För att säkerställa kunskapsnivån hos omvårdnadspersonalen ställs högre krav på legitimerad personal och delegerad personal<sup>21</sup>, samverkan/information och dokumentation. Legitimerad personal behöver vara närvarande i hälso- och sjukvården i större utsträckning och ge mer stöd till omvårdnadspersonalen så att

<sup>20</sup> Sekretess säkert digitalt kommunikationsverktyg

<sup>21</sup> Delegerad personal – reellt kompetent personal som utför hälso- och sjukvård via delegerad arbetsuppgift

god och säker vård erhålls av den enskilde vårdtagaren. Läkare behöver också konsulteras mer flitigt för att ge medicinska stöd till kommunens legitimerade personal. Patienter från slutenvården övergår till kortvårdsplatser i alltför hög grad innan patienten är medicinskt färdigbehandlad/utskrivningsklar från sjukhus, vilket medför att medicinska utredningar överlämnas till närvården.

Här finns patientsäkerhetsrisker då verksamheten inte är planerad för medicinska utredningar och/eller specialistvård. En översyn av verksamheten är planerad för att säkerställa patientsäkerheten.

Vid revisorernas granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter har det konstaterats brister i vårdkedjan. Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat en handlingsplan med syfte att förbättra processerna.

Samsjuklighet finns inom verksamheten och kompetens inom psykiatri finns inte i tillräcklig utsträckning för att hantera dessa brukare/patienter. Behovet av insatser ökar från alla yrkeskategorier inom förvaltningen men även samverkan med regionens specialistvård.

Målet är att arbeta patientsäkert med ökad samverkan för att möta upp det ökade behovet.

### **Riskhantering**

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

Arbetet med inskaffandet av loggningsbara läkemedelsskåp i boendes lägenheter samt i akut- och buffertförråd pågår. Även loggningsbara läkemedelsskåp planeras införas i ordinärt boende där hälso- och sjukvården ansvarar för specifikt narkotiska läkemedelspreparat. Syftet är att kunna spåra läkemedelshanteringen när läkemedelsskåp används i kombination med kvalitativa och täta egenkontroller.

Verksamheterna har under året arbetat med olika risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner utifrån pandemin, smitta och smittspridning. Arbetssättet har implementerats på ledningsnivå och används mer frekvent även i andra sammanhang efter behov. Samma arbetsätt 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 hanterar och sprider övergripande lärande- och utveckling i syfte att händelsen inte ska ske igen. Resultaten av allvarliga avvikelser och utredningar presenteras övergripande under summeringsmöten<sup>22</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.

Språktester genomförs och syftet är att säkerställa förståelse av t ex styrande dokument, information, ordinationer och journaler vilket är en viktig del i att stärka patientsäkerheten. Språktest inför delegeringsprocessen är ett uttryckt krav för all personal med reell kompetens.

---

<sup>22</sup> Summeringsmöte – verksamheternas kvalitetsråd deltar och delges summerade erfarenheter utifrån allvarliga avvikelser och Lex Maria anmälningar

## 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 för året 4 339 vilket är en ökning från förra årets 3 897. Av dessa avvikelser är 3 610 (2 689 år 2021) bearbetade och avslutade, 591 (990 år 2021) är ej bedömda. Några enheter har större problem med hanteringen av avvikelser än övriga varför man under året har fått stöd i hanteringen av avvikelser från medarbetare på Förvaltningskontoret. Totalt sett har avvikelserna ökat i antal, vilket ses som positivt dvs att personalen anmäler avvikelser. Risktänkande i verksamheten samt avvikelser med risk för vårdskada är dock fortfarande ett utvecklingsområde. Antal anmälda avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område är 1 524 vilket är en minskning från förra årets antal 1 862. Hälso- och sjukvården står för 35 % av totala antalet avvikelser. Av dessa avvikelser är 182 ej bedömda vilket är en minskning från förra årets antal (422). Flest avvikelser berör aktiviteten läkemedel vilka utgör totalt 1 118 avvikelser och vanligast är kategorin uteblivet läkemedel. Fall med skada är 216 av totala antalet fall (1 298) och fall med skada med bedömningen av allvarlighetsgrad betydande eller katastrofal är totalt 14.

Under året har tre synpunkter och klagomål inkommit via Patientnämnden. Vanligaste är brister i bemötande, samverkan och omvårdnad.

### Förvaltningskontoret

Förvaltningskontorets avvikelser inkluderar Hälso- och sjukvårdsverksamhetens avvikelser vilka till störstadelen berör legitimerad personal. Dessa har minskat till 135 (170 år 2021). Av dessa är 82 avvikelser bearbetade och avslutade och 12 saknar bedömning. Avvikelseaktiviteterna är i fallande storleksordning och redovisas i antal enligt tabell;

Aktivitet	Antal 2022
Läkemedel	125
Insatser/omvårdnad	53

Åtgärder	Antal 2022
Arbetsplatsdiskussion	57
Kontakt sjuksköterska	30

### Äldreomsorg (särskilt boende äldre och stöd i ordinärt boende)

Avvikelser inom äldreomsorgens verksamheter gällande för hälso- och sjukvård är 947 vilka berör delegerad personal mestadels. 95 dvs 10% av avvikelserna saknar bedömning uppdelade på; 27 hemtjänst, 68 hemsjukvård och 68 särskilt boende äldre. Fall utan skada totalt 1 233 under året vilka har skett på; särskilt boende 783 och i ordinärt boende 450 varav cirka 277 är patienter inskrivna i hemsjukvård. Redovisningen sker för att få en jämförelse med fall med skada per verksamhet. Resultat: Redovisade fall totalt sett är mycket till antalet och har ökat från förra året (1 151). 173 brukare i hemtjänst/ordinärt boende som fallit ska rapporteras till ansvarig vårdcentral för vidare bedömning och åtgärder i fallpreventionsarbetet. Analys: Arbetet med vårdprevention har fortsatt under året. Arbetet sker i arbetsverktyget Senior alert och grundar sig på evidensbaserat, hälsofrämjande och preventionsarbete som gör skillnad för den enskilde. Det är skillnad på hur många avvikelser man har och hur bearbetningen sker på de olika enheterna.

Avvikelseaktiviteterna redovisas i fallande ordning enligt tabell:

Aktivitet	Antal 2022
Läkemedel	663
Insats/omvårdnad	319
Fall med skada	82

Åtgärder	Antal 2022
Arbetsplatsdiskussion	284
Kontakt sjuksköterska	190

#### *Externa utförare, LOV-företagen*

Totalt antal avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område vilka berör delegerad personal mestadels är 57, av dessa är 58 bearbetade och avslutade (inkluderat år 2021). Inga ej bedömda avvikelser finns kvar. Dessa finns redovisade i den totala statistiken.

#### *Funktionsstöd*

Avvikelser inom Funktionsstöds verksamheterna gällande för hälso- och sjukvård är 385 (436) inom Funktionsstödsverksamheten vilka till största delen berör delegerad personal. 75 dvs 19,5% av avvikelserna saknar bedömning. Avvikelseaktiviteterna redovisas i fallande ordning enligt tabell:

Aktivitet	Antal 2022
Läkemedel	330
Avsaknad av dokumentation	12
Fall med skada	4

Åtgärder	Antal
Arbetsplatsdiskussion	161
Kontakt med sjuksköterska	28

#### **Allvarliga 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 13 utredningar genomförts utifrån allvarliga avvikelser. 3 av dessa har medfört allvarlig vårdskada vilka resulterat i lex Maria anmälan till IVO.



Beskrivning av typ av avvikelser/lex Maria samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt/planeras ge effekt

Allvarliga avvikelser/ lex Maria	Genomförda förbättringar som haft effekt
Fallskada	Revidering av styrande dokument för vårdprevention Implementering av vårdpreventionsarbete och styrande dokument, internt och externt.  Utbildnings- och kompetenshöjande insatser.  Översyn av rutin för rörelselarm och skötsel/underhåll av larm.
Patienten fick inte ordinerade läkemedel	Utbildnings- och kompetenshöjande insatser. Ansvar och kompetens. Förtydligande av hälso- och sjukvårdsuppdrag inom kommunal verksamhet. Förtydligande av dokumentation och vårdplan i patientjournal.
Patienten fick suboptimal vård och omsorg samt behandling	Genomförda och planerade åtgärder är inte uppföljda.

### Avvikelser från kommunen till regionen

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

Totalt 53 avvikelser är skrivna till regionen (25 svar har erhållits) vilka till största delen berör brister i informationsöverföring, medicinskt tekniska hjälpmedel i utskrivningsprocessen från länets sjukhus.

### Avvikelser från regionen till kommunen

Totalt 17 (15) avvikelser har kommit till kommunen från regionen (13 svar har givits), dessa berör informationsöverföring och samverkan, brytpunktsamtal, palliativ vård samt uteblivna munvårdsbehandlingar. Ett större förbättringsområde är att genomföra planerade åtgärder som planerats varför avvikelser hanteras och följs upp mer kontinuerligt på Hälso- och sjukvårdsmöte mellan MAS och hälso- och sjukvårdsverksamheten.

### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Hälso- och sjukvårdsverksamheten har tillsatt 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>23</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>23</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

Utifrån analys av årets resultat har kommande utmaningar identifierats som mål och indikatorer. Mål, indikatorer, åtgärder och aktiviteter ingår som egenkontroll vilka behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård. Vissa mål är inte genomförda från år 2022 varför målen fortsätter.

I kommunplanen för Katrineholms kommun anges att förvaltningen ska arbeta utifrån det övergripande målområdet en Trygg omsorg och vård där arbetet med god patientsäkerheten är ett av resultatmålen för arbetet. För att uppnå resultatmålet god patientsäkerhet så prioriterar förvaltningen under 2023 följande förbättringsområden och aktiviteter.

Utöver egenkontrollerna som utförs årligen enligt riktlinjer har förvaltningen valt att arbeta utifrån dessa förbättringsområden:

## **Utveckla en god och säker vård och omsorg**

- Genomföra slumpmässigt utvalda verksamhetsuppföljningar i dialog.
- Utveckla arbetet och sammanställa skador och vårdskador i hemsjukvården i samverkan med närvården och namngiven vårdcentral

## **Säkra dokumentation i patientjournal**

- Alla patienter inskrivna i hemsjukvården och med beslut om kortvårdsplats, ska ha en dokumenterad samordnad individuell plan (SIP) i patientjournal där patientens deltagande framgår.
- Alla ska ha aktuella vårdplaner (<1 år) där det framgår att patient/närstående är delaktig i utformningen av vården och omsorgen.
- Dokumentation i patientjournal sker enligt KVÅ koder.

## **Säkra läkemedelshanteringen inom verksamheterna**

- Digital signering av läkemedel ska kvalitetssäkras och följas upp.
- Skapa säkra rutiner för att säkerställa god och säker vård i det interna vårdplaneringsarbetet kopplat till reviderad läns-gemensam riktlinje. Arbetet fortsätter år 2023.

## **Följsamheten till BHK ska öka**

- Genomföra slumpmässigt utvalda hygienronder på särskilt boende för äldre
- Genomföra utbildningsinsatser på chefsnivå och för övrig personal.

# Bilaga 1 - Egenkontroll

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
<b>Nationella kvalitetsregister</b> - Vårdprevention	År/delår	319 unika personer har fått riskbedömningar. 92% med riskbedömning med risk, 84% har åtgärdsplan vid risk 72% utförda åtgärder vid risk. År 2021 var andelen 92%. Alla arbetar inte med vårdprevention. Totalt sett är resultatet en minskning jämfört med föregående år, utförda åtgärder vid risk har dock ökat 1%.	I förhållande till antalet beslut om säbo <sup>24</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>25</sup> - inlägg i Stratsys <sup>26</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	35% riskbedömning med risk. Utfall 42 trycksår på 26 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>24</sup> Säbo - särskilt boende

<sup>25</sup> S.a - senior alert

<sup>26</sup> Stratsys - administrativt uppföljningsverktyg

katrineholm.se

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- Undernäring	Risk för undernäring ska identifieras och förebyggas.	56 % riskbedömningar med risk. Utfall; 117 personer hade BMI <22. 127 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	78%, Utfall; 105 personer har sammanlagt fallit 338 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.	
- Munhälsa	Alla som har behov ska erhålla munvårdsbedömning enligt gällande rutin	Riskbedömningar med risk är 41%, 200 av 486 har identifierad risk för munhälsa/ohälsa i mun. 126 personer hade risk för ohälsa i munnen av grad 2-3.	Alla brukare som vistas och bor inom VOF får inte munvårdsbedömning utifrån sitt omvårdnadsbehov	Alla brukare på särskilt boende för äldre som bor på särskilt boende för äldre ska erhålla munvårdskort och munvårdsbedömning (utifrån egen önskan). Alla enheter bör genomföra grundläggande munvårdsutbildningen/år.	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.	

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- 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 Folkandvården	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.	
- SveDem <sup>27</sup>	Tertial/år	50 uppföljningar är genomförda på två säbodemens boenden Norrgläntan och Lövåsgården	Antalet uppföljningar har minskat med 8 i jämförelse med förra året. Antalet är lågt i förhållande till antal 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

<sup>27</sup> SveDem – Svenska Demensregistret, nationellt kvalitetsregister för kognitiva sjukdomar

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- Svenska HALT	År	204 inkluderade vårdtagare på 18 särskilda boenden, varav 2 kortvårdsboenden. 4% vårdtagare med bekräftad infektion förvärvad på SÄBO. Typ av infektion; 27,3% ÖLI <sup>28</sup> 25% hudinfektion 18,2% UVI <sup>29</sup> 11 % oklar feber	Antal vårdtagare med pc-behandling <sup>30</sup> 3% Riskfaktor; KAD, trycksår, sår och kirurgi Vårdtyngds-indikator; inkontinens varav 134 är kvinnor och 70 män	Bearbetning av resultat med förslag på åtgärder gällande inkontinensutredningar i samverkan med ansvarig läkare och ssk.	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	Kvalitetsindikator; Inget målvärde uppnås för indikatorerna. Se separat spindel-diagram (bilaga 2)	Alla kvalitetsindikatorerna utgör förbättringsområden	Hälsa- och sjukvårdsverksamheten behöver arbeta med förbättringsåtgärder i samverkan med övriga verksamheter. Handlingsplan tas fram på HSL <sup>31</sup> möte och presenteras för övriga verksamheter.	Uppföljningar av handlingsplan i relation till kvalitetsindikatorer på HSL möten. Utbildningsinsatser krävs.	Kvalitetsindikatorer. Hälsa- och sjukvården involverar övriga verksamheter i arbetet för att säkra och förbättra god vård i livets slut. All personal involveras.	Palliativa registret
- BPSD	År/ Tertial	Registreringar/ skattningar 201	I jämförelse med förra årets skattningar 243 har resultatet minskat (en enhet har exkluderats från resultatet)	Öka antalet personregistreringar i registret.	Uppdatering av administratör på kommunnivå i registret	Alla demensenheter inom särskilt boende för äldre samt enheter som har behov av arbetssättet ska använda sig av personcentrerade och individanpassade åtgärder	BPSD registret

<sup>28</sup> ÖLI - övre luftvägsinfektion

<sup>29</sup> UVI - Urinvägsinfektion

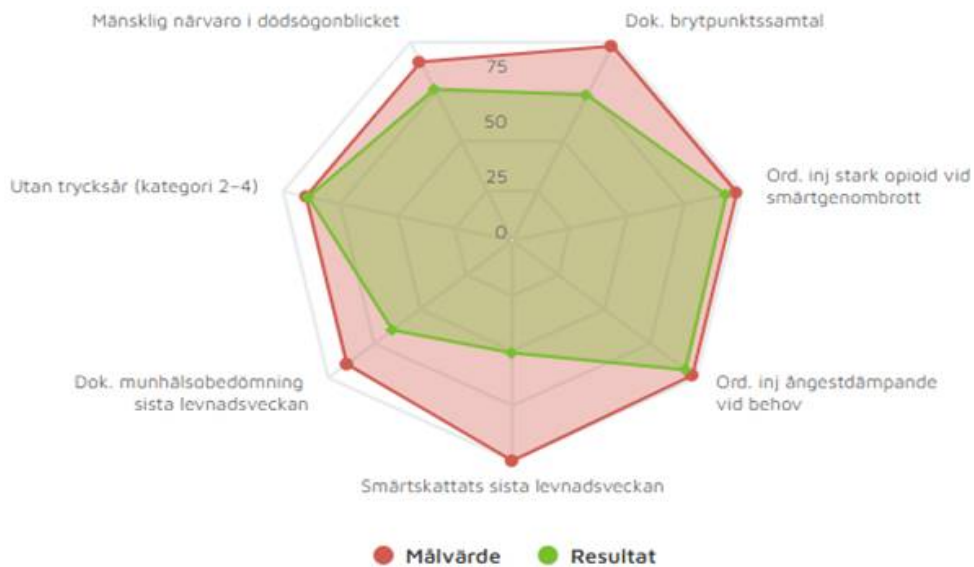
<sup>30</sup> Pc - penicillin/antibiotika

<sup>31</sup> HSL - Hälsa- och sjukvårdsmöten med MAS

# Bilaga 2 – Palliativ vård – spindeldiagram

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2023-01



This is a mod

Källa palliativa registret 2023-01-17