

Patientsäkerhetsberättelse för vård- och omsorgsnämndens verksamheter år 2024



Datum: 2025-02-10
Ansvarig för innehållet: Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Diarienummer: VON/2024:78-8.2.3
Fastställd: Vård- och omsorgsnämnden 2025-02-27, § 19

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens lednings-system för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

Inledning	2
Sammanfattning	4
Framåtblick	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Resultatmål	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Stödfunktioner för god patientsäkerhet	9
Informationssäkerhet	10
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
Agera för säker vård	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Har vården varit säker	14
Öka riskmedvetenhet och beredskap	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	15
Säker vård här och nu	15
Är vården säker idag	15
Riskhantering	16
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelse och synpunkter och klagomål	16
Allvarliga avvikelser/risk för allvarliga avvikelser samt lex Maria	19
Avvikelse från kommunen till regionen/annan vårdgivare	20
Avvikelse från regionen/annan vårdgivare till kommunen	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	21
Övergripande mål	21
Resultatmål	21
Strategier och utmaningar	21
Bilaga 1 - Egenkontroll	23
Bilaga 2 - Palliativa kvalitetsindikatorer, resultat per indikator redovisas ovan tabellform	27

Sammanfattning

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

Basala hygienrutiner och klädregler har följts under året som egenmätning. Hygienronder av vårdhygienisk expertis sker på särskilda boenden, vilket genererar förbättringsområden på enhetsnivå. Inför året infördes även vårdhygienisk egenkontroll på enhetsnivå för särskilt boende och hemtjänsten.

Patientsäkerhetsdialoger i samverkan mellan särskilda boenden för äldre och ansvarig vårdcentral har genomförts på de flesta enheter. Resultatet är sammanställt och resulterar i att omvårdnadspersonal ska ingå i teamarbetet med legitimerad personal vid läkarronder. Arbets sättet som syftar till att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på särskilda boenden för äldre.

En omställning till Nära Vård pågår där förhållningssättet som avser en personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet och samverkan mellan vårdgivare och patient är central. Omställningen kräver förändrat arbetssätt från organisation till personcentrering.

Framtagande av lokal handlingsplan samt struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet för ökad patientsäkerhet pågår och fortsätter.

Framtagande av års hjul är genomfört för legitimerad personal och chefer.

Överenskommelsen om kommunal hälso- och sjukvård förtydligar uppdragen och omfattningen av vårdgivarens ansvar i samverkan mellan kommuner och region Sörmland. Införandet av överenskommelsen har påbörjats enligt införandeplan, beräknas följas upp under april och bedöms fortsätta under året.

Framåtblick

Under år 2025 kommer det huvudsakliga patientsäkerhetsarbetet att bestå i införandet av lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet samt fortsatt arbete med införandet av digital strategisk planering, prognos, analys och verksamhetsrapportering/utföljning.

Läkemedelshantering och säkerställande av att patienter erhåller medicinsk behandling av läkemedel behöver förbättras och är ett prioriterat område med bland annat utvärdering och analys av infört system för digital signering (år 2022) samt åtgärder utifrån utföljning av delegeringsprocessen. Brister av giltiga ordinationshandlingar från region Sörmland gällande för läkemedel är en övergripande identifierad patientsäkerhetsrisk. Samverkansarbete fortsätter mellan MAS/MAR-nätverket, Läkemedelscentrum och Patientsäkerhetsenheten i region Sörmland i syfte att säkerställa giltiga ordinationshandlingar.

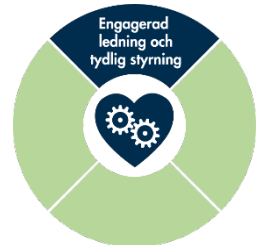
Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att nå nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet att "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada" har arbetet med en lokal handlingsplan påbörjats för ökad patientsäkerhet, handlingsplanen planeras vara färdigställd kvartal ett 2025.

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)¹ ska systematiskt samarbeta med patientsäkerhetsfrågor mot god och säker vård. Förvaltningen har styrande dokument som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdens område. I analysarbetet utifrån resultat av analysverktyget har det framkommit att ansvarsfördelningen behöver bli tydligare och kvaliteten förbättras. För att kunna genomföra det bedöms behov av ökat stöd och utbildning till ledningsfunktioner samt organisatoriska möjligheter för arbetet.



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 88 %, 391 unika personer har fått minst en riskbedömning. Resultatet har ökat jämfört med förra årets resultat 65%.

Indikator

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

Resultat

I samtliga åtta korrekta hygiensteg utgörs andelen av resultatet 58%. Resultat har minskat från förra årets resultat 66%.

¹ Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvar för rehabilitering förkortas MAS. I professionen/uppdraget ingår båda ansvaren

Indikator

Personer i ordinärt boende som är anslutna² till hemsjukvården som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområden utförts, andel %.

Resultat

Resultat 11 %, 20 unika personer har fått minst en riskbedömning. Resultatet har ökat sedan förra årets resultat 0 %.

Organisation och ansvar

Hög patientsäkerhet är beroende av ett välfungerande teamarbete med engagemang från personal inom hela förvaltningen i samarbete med läkare från region Sörmland.

Nämnden ansvarar och är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen³ med ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller lagens krav på god vård. Nämnden ansvarar för att ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten och med stöd av systemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Nämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och följer upp och utvärdera dessa. Nämnden som vårdgivare ansvarar för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att all personal har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslag ansvarar övergripande för att vård- och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter samt styrande dokument. I ansvaret ingår att säkerställa resurserns användning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

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. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) utreder och följer upp allvarigare händelser i verksamhet som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. På delegation från nämnden ansvarar MAS för anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). MAS deltar i ledningsgrupp för kvalitet, analysgrupp för avvikelser, kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

MAS ansvarar även för att:

- den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- styrande dokument finns för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen⁴
- beslut om delegering och att ansvaret för att vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten

² Tidigare inskrivna i hemsjukvården, hänvisning till *Överenskommelse Hälso- och sjukvård i samverkan, region Sörmland och Sörmlands kommuner* (NSV24-0057-1).

³ HSL, 2017:30

⁴ Patientdatalag, 2014:821

- ändamålsenliga och väl fungerande rutiner utifrån Patientsäkerhetslagen⁵.

Verksamhetschefer för verksamheterna har ett helhetsansvar för verksamheten som man ansvarar för, 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 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 legitimerad personal utreda, ta fram åtgärder samt följa upp insatta åtgärder på händelser som rapporteras enligt Patientsäkerhetslagen. Tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal samverka för organisationen och patienternas bästa.

Legitimerad personal arbetar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och har ett yrkesansvar utifrån Patientsäkerhetslagen och ansvarar för att hälso- och sjukvårdarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Legitimerad personal följer de styrande dokument som finns för verksamheten och bidrar till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följer beslutande processer samt rapporterar eventuella risker och avvikelser enligt Patientsäkerhetslagen. Tillsammans med enhetschefer utreda rapporter samt ge förslag på åtgärder för händelser/risk för händelser som inträffat/identifierats. Tillsammans med risk- och preventionsbedömningar för varje patient genomförs och ageras utifrån sin profession som arbetsledare för hälso- och sjukvård i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. 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. Delegerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, rapportera risker och avvikelser enligt Patientsäkerhetslagen samt håller sig informerade om gällande styrdokument.

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.

Ansvarig läkare i primärvården har ett övergripande ansvar för medicinsk vård och behandling. Enheterna samarbetar med läkare som patienten/boende listat sig hos enligt region Sörmlands listningsmodell Hälsoval.

Ledningsgrupp för kvalitet identifierar övergripande trender och mönster utifrån uppföljningar av resultat och analys av resultat vilket ger underlag till systematiskt förbättringsarbete. Del- och helår sammanställs uppföljningsrapporter från verksamheterna vilket sammanställs på helår i patientsäkerhetsberättelsen. Summeringsmöte för lärande och erfarenheter av kvalitetsarbetet

⁵ Patientsäkerhetslagen, 2010;659

sker två gånger per år, syftet är att sprida kunskap inom och mellan verksamhetsområdena från lexärenden. Arbetet utgår ifrån lärande organisationsprocessen⁶.

Analysgrupp för avvikelser följer upp avvikelshantering i verksamheterna utifrån identifierade trender och mönster. Under året har man följt upp avvikelser t ex anmälda lexärenden, oväntade dödsfall, högre allvarlighetsgrader av avvikelser, läkemedelshantering narkotika samt fall med eller utan skada.

Hygienombud bedriver det vårdhygieniska arbetet på enheten/avdelningen tillsammans med enhetschef utifrån styrande dokument. Hygienombud ansvarar tillsammans med enhetschef för att genomföra egenkontroller och utifrån resultat planera och genomföra nödvändiga förbättringsåtgärder.

Tematräffar sker regelbundet på enheterna/avdelningarna med vårdpreventionsarbete utifrån arbetsverktyget Senior alert, syftet är att identifiera risker på individnivå och förebygga vårdskador mota hälsofrämjande och förebyggande med evidensbaserade åtgärder.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (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, FoU⁷ 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.

Läkarmedverkan sker via läkarmedverkansavtal. Uppföljning av avtal sker normalt två gånger per år med involverad personal. Under året har uppföljning och dialog skett tertialvis i syfte att följa upp framtagna åtgärds- och handlingsplaner för förbättringsarbete.

Patientsäkerhetsdialoger på särskilda boenden för äldre har initierats under året enligt framtagna läns-gemensam rutin. Syftet är att årligen genomföra dialoger mellan särskilda boenden för

⁶ Lärande organisation – förutsätter att chefer och medarbetare har förutsättningar att förstå, vilja och möjligheter att lära och utvecklas

⁷ FoU – forskning och utveckling

äldre och respektive vårdcentral som ansvarar för boendet. Utifrån dialogerna förs minnesanteckningar och handlingsplaner tas fram utifrån prioriterade förbättringsbehov som framkommit.

Vårdhygien, Katrineholms kommun har tillsammans med övriga länets kommuner ett ramavtal med Vårdhygien Region Sörmland. Under året har utbildningar i bl. a basala hygienrutiner hållits av personal från Vårdhygien för chefer, hygienombud samt legitimerad personal. MAS/MAR-nätverket har under året haft regelbunden samverkan och avstämning med smittskyddsläkaren gällande frågor som är gemensamma inom området.

MAS/MAR-nätverk inom länets nio kommuner samverkar regelbundet genom fysiska möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor inom MAS/MAR ansvarsområden till exempel patientsäkerhet, avtal och riktlinjer. En utsedd MAS representerar nätverket (Katrineholms kommun) i den nationella samverkanstrukturen *Kommunala kontaktpersoner för patientsäkerhet MAS/MAR*⁸. Samverkan mellan nätverket och region Sörmland sker på olika sätt med representanter från t ex Läkemedelscentrum, Patientsäkerhetsenheten, Tandvården, Hjälpmedelscentralen samt vissa specialistkliniker som är involverade i patientvården.

Avvikelseberapportering inom och mellan kommunen och andra vårdgivare utreds och hantearas/besvaras systematiskt. Samverkan mellan vårdgivarna i utredningar sker framför allt utifrån allvarligare händelser. Planerade och genomförda åtgärder följer upp över tid i syfte att bedöma effekten av framtagna åtgärder.

Kvalitetsråd ska finnas, arbetet har kommit olika långt varför arbetet bedöms fortsätta framöver. Workshops har startats och fortsätter i syfte att stärka kvalitetsarbetet.

Stödfunktioner för god patientsäkerhet

Övergripande stödfunktioner för god patientsäkerhet kan nämnas IVO som svarar för tillsyn och tillståndsprovning vilket syftar till att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter. Socialstyrelsen⁹ utvecklar regler, kunskap och stöd till omsorgen och vården inom olika områden. Folkhälsomyndigheten¹⁰ arbetar mot bättre folkhälsa och ger ut olika nationella allmänna råd och rekommendationer i syfte att bl. a minska smittspridningen. År 2020 genomförde IVO en nationell tillsyn gällande medicinsk vård och behandling för personer boende på särskilda boenden för äldre. Vårdgivaren har sedan dess arbetat med förbättringar utifrån identifierade brister, vilka har följts upp under året och sammanställts i en skriftlig rapport.

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. Många av vårdgivarens styrande dokument utgår från dessa.

Folkhälsomyndigheten är en nationell myndighet som arbetar mot bättre folkhälsa och ger ut olika nationella allmänna råd och rekommendationer i syfte att minska smittspridning, bibehålla hälsa etcetera.

⁸ SKR är sammankallande

⁹ Socialstyrelsen är en myndighet

¹⁰ Folkhälsomyndigheten är en nationell myndighet

Nationella patientsäkerhetsarbetet har övergått från SKR till Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Ett genomförandestöd och verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete finns publicerat från året. Det interna arbetet med framtagande av lokal handlingsplan för stärkt patientsäkerhet utgår ifrån Nationella handlingsplanen och analysverktyget.

Informationssäkerhet

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 saknas resultat för under året men bedöms som ett viktigt utvecklingsområde.

Risk- och konsekvensanalysarbete ska utföras 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 ska tas fram och följs upp samt åtgärdas kontinuerligt. I samband med förvaltningens organisationsförändring under året har risk- och konsekvensanalyser skett men bedöms som ett övergripande förbättringsområde vid både större och mindre förändringar. Utbildningsinsatser bedöms behövas.

Anhörigcentralen riktar sig till anhöriga i förebyggande och hälsofrämjande syfte. Samtalsgrupper, stöd på olika sätt och erfarenhetsutbyte med mera har erbjudits inom Anhörigcentralen.

Strålskydd

Förekomst av medicinsk exponering förekommer inte i verksamheterna.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Social- och omsorgsförvaltningens ambition är ett arbetsklimat som främjar säkerhet i vården och omsorgen, att personalen är engagerad i säkerhetsarbetet vilket ger sitt uttryck genom att identifiera säkerhetsrisker och påtala dessa, att åtgärder vidtas och följs upp. Evidensbaserad praktik och arbetssätt ska grunda sig på vetenskaplig baserad kunskap så att 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 förra året har säkerhetskulturen och stärkt patientsäkerhet i förvaltningen påbörjats, arbetet är dock försenat på grund av bland annat att förvaltningen haft en äldre version av Office/Excel vilket inte varit kompatibelt med SKRs¹¹ analysverktyg. Arbetet ska utmynna i en lokal handlingsplan för vidare arbete med prioriterade fokusområden. I och med arbetet har

¹¹ SKR – Sveriges Kommuner och Regioner

säkerhetskulturen identifierats inom förvaltningen på ett systematiskt, evidensbaserat sätt och fokusområden identifieras.

Fokusområden som är identifierade 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 och utredning av negativa händelser ska utgå 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.

En överenskommelse om hur hälso- och sjukvården ska ske i samverkan mellan region Sörmland och Sörmlands kommuner¹² har tagits fram att gälla från och med senhösten. Syftet är att skapa gemensam struktur för samverkan mellan vårdgivarna, för att stärka patientsäkerheten och skapa förutsättningar för personcentrerad vård med patienten som medskapare. En implementeringsplan finns framtagen med överenskommelsen och en arbetsgrupp arbetar utifrån planen, utvärdering planeras till april månad 2025.

Adekvat kunskap och kompetens

All personal ska erhålla fullgod introduktion vid nyanställning samt att språktester genomförs i linje med vårdgivarens ledningssystem. Tills vidare anställda ska årligen ha medarbetarsamtal med närmaste chef för att upprätta och utvärdera personlig kompetensutvecklingsplan. Arbetet sker systematiskt.



Yrkeskompetens och kunskapsutveckling har skett för omvårdnadspersonal i huvudsak, vilket sammanfattas i punktform:

- Kurs i yrkes-/vårdsvenska utifrån fem olika omvårdnadsteman
- Undersköterskeutbildning, kompletterande kurser till undersköterska och specialistundersköterskeutbildning har skett och pågår under år 2025
- Hälso- och sjukvårdsombud är utsedda inom två hemtjänstenheter
- Förflyttningskunskap har genomförts
- Diabetesutbildning har genomförts
- Digital signering
- Dokumentation och utbildning till dokumentationsombud.

En workshop för framför allt legitimerad personal inom hemsjukvården i ordinärt boende har skett under december månad, utifrån *Överenskommelse Hälso- och sjukvård i samverkan, region Sörmland och Sörmlands kommuner* samt tillhörande implementeringsplan. Utifrån uppföljning av tillfället, bedöms behovet fortgå under år 2025.

¹² *Överenskommelse Hälso- och sjukvård i samverkan, Region Sörmland och Sörmlands kommuner*, www.regionsormland.se

Bemanning och schemaläggning ska planeras efter den enskildes behov av vård och omsorg, yrkeskompetens är även kopplat till planeringen. Hälso- och sjukvårdsinsatser kräver legitimerad personal samt delegerad personal för arbetsuppgifter utifrån den enskildes behov. Hur bemanning och schemaläggning tillämpas samt hur arbetet sker för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete sker, finns inte beskrivet. Bedöms som utvecklingsområden.

Patienten som medskapare

Patienter, närstående och brukare inbjuds 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 vården, omvårdnaden och den medicinska behandlingen. En rutin för hur personalen samarbetar med närstående inom ordinärt boende och särskilt boende för äldre, är framtagen vilket bedöms som ett bra exempel på det förbättringsarbete som behöver genomföras på bredden.



För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert om hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner. Brukarråd eller anhörigträffar förekommer men varierar under året inom verksamheterna.

Att involvera patient/närstående vid avvikelser bedöms vara ett större förbättringsområde då flertalet avvikelser saknar informationen utifrån händelsen. Patienter och närstående har ofta bra synpunkter som kan vara till hjälp i förbättringsarbetet.

Agera för säker vård

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. Egenkontroller ingår som ett ålagt uppdrag i det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom vårdgivarens ansvar. Egenkontroller med resultat och analys av resultat samt åtgärder för förbättringsåtgärder redovisas i bilaga 1.

Nära Vård, en organisatorisk omställning vilken syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. Nära vård kräver en hälso- och sjukvård som är flexibel och som är anpassningsbar till kort- och långsiktiga förändringar i förhållanden med bibehållen funktionalitet. Samverkan behöver utvecklas än mer för att möta vårdbehoven framledes. Uppdraget Nära Vård har sitt ursprung från Regeringen och Sörmlands län har genomfört projekt med projektledare för en gemensam målbild som sträcker sig till 2035. Varje kommun har därefter en lokalt utsedd processledare med syfte att fungera som kanal för informationsflöde. Förvaltningen behöver arbeta vidare med Nära Vård på lokal nivå för att på sikt genomsyra fler verksamheter. Internt och externt arbetar man dessa frågor och driver arbetet fortsatt framåt med implementering av både omställning och aktiviteter.

Läkemedelshantering ska årligen beskrivas i en lokal rutin för varje enhet som hanterar läkemedel, lokala rutinen godkänns av MAS. Läkemedelshanteringen följs upp årligen via extern apoteksgranskare, resultat av granskningen redovisas i separat skrivelse/rapport.

Antalet apotekare i vården som genomför fördjupade läkemedelsgenomgångar har minskat under året pga. region Sörmlands besparingskrav. Trots reduktion av apotekare har resultat för patienter boende på särskilda boenden för äldre ökat något med resultatet 22 och för patienter inskrivna i hemsjukvården är resultatet 19.

Länsövergripande riktlinje gällande för *Trygg hemgång och effektiv samverkan* har reviderats i samverkan¹³. Uppföljning har skett efter utifrån framtagna rutiner för arbetet inom äldreomsorgen, resultatet påvisade behov av revidering av rutinen vilken ska omfattas av hela förvaltningens verksamheter. Arbetet pågår.

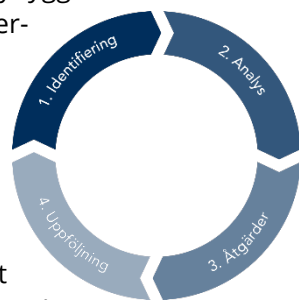
Delegeringsprocessen har följts upp och sammanställts i en rapport. Rapporten är beslutad att användas som arbetsmaterial för vidare arbete utifrån utveckling- och kvalitet i syfte att säkerställa god och säker vård. Åtgärderna bedöms ligga med fokus på följsamhet till styrande dokument, bedömning av reell kompetens, områdesansvar för legitimerad personal samt praktisk utbildning inför samt uppföljning av delegeringar.

Tillgång till ett kliniskt träningscentrum skulle säkerställa det pedagogiska praktiska arbetet med undervisningar som behövs för att säkerställa god och säker vård. Inom delegeringsprocessen behöver särskilt fokus läggas på läkemedelshantering så att patienterna erhåller ordinerade läkemedel som en del av den medicinska behandlingen.

¹³ Riktlinje samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården, gäller från och med 15 maj 2024, www.regionormland.se

En boendeplan för byggnation och renoveringar är beslutad för kommande år 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. Arbetet enligt boendeplanen fortgår utifrån planering.

Strategier och åtgärder, mål och områden för egenkontroller mot ökad patientsäkerhet som genomförts under året beskrivs i bilaga 1. Ett fortlöpande förbättringsarbete, bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete vilket finns framtaget och beskrivet i vårdgivarens ledningssystem¹⁴ för kvalitet. Arbetet bedöms behöva lyftas fram i det systematiska arbetet för att tydliggöras praktiskt och genomförbart.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Inom förvaltningen finns fungerande digitalt stöd för avvikelshantering, vilket används i samtliga verksamheter internt. Utvecklingsområde bedöms vara att öka kvaliteten på utredningar samt säkerställa kunskap och kompetens inom området hos all personal.

Har vården varit säker

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska utredas och följs upp av involverade verksamheter själva utifrån ansvarsnivå. MAS deltar utifrån behov och/eller övertar utredningen efter bedömning om allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada.

Under året har en analysgrupp för avvikelser samverkat för uppföljningar av avvikelser utifrån olika teman, syftet är att följa hanteringen av avvikelser. Teman som figurerat under året har varit exempelvis läkemedelshantering av narkotika, fall med skada, handläggningstid, anmälda avvikelser som lexärenden, trycksår. Bedömningen är att arbetet behöver fortsätta för att säkerställa hanteringen samt att utbildningsinsatser behövs för de som både anmäler och hanterar avvikelserna på verksamhetsnivå. Arbetsgruppen behöver även utökas med representant/utredare från Hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Flera händelser har under året utretts av MAS gällande vårdskada alternativt risk för vårdskada. Flera utredningar har genererat åtgärdsplaner. Fyra utredningar har genererat anmälan till IVO som allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada. Några synpunkter och klagomål har ankommit vårdgivaren via IVO vilka är besvarade. Inga avvikelser är noterade från Patientnämnden region Sörmland.

¹⁴ Ledningssystem för kvalitet, Vård och omsorgsförvaltningen Dnr: VON/2021:75-012

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Riskmedvetenhet finns i verksamheterna men man behöver utveckla samverkan och användandet av befintliga verktyg i processen även mellan verksamheterna mot god och säker vård. Förvaltningsövergripande arbete med stärkt patientsäkerhet, förväntas resultera i ökad medvetenhet och beredskap på alla nivåer. Vidare bedöms verksamheterna arbeta med resiliens¹⁵ och anpassa, planera för en hälso- och sjukvård som är flexibel och kan anpassas både kort- och långsiktigt vid förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet så att t.ex. patienter erhåller god och säker vård.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Arbete har påbörjats och pågår framöver inom förvaltningen med att ta fram tydliga strukturer för patientsäkrare vård t ex via års hjul för legitimerad personal och chefer. Det behövs uppföljning, utvärdering, och analys som synliggör läget och ger ett kunskapsunderlag till det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Identifierade prioriterade områden för förbättringar är till exempel följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, hygienronder som egenkontroller, delegeringsprocessen samt läkemedelshantering.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag

Säker vård här och nu omfattas mestadels interna egenkontroller. Se bilaga 1 för resultat, analys och förbättringsåtgärder av egenkontrollerna. Vårdprevention bedöms som ett förbättringsarbete då antalet genomförda bedömningar ligger på samma nivå som tidigare år. Arbetet har inte kommit igång enligt önskvärd omfattning utifrån antalet brukare som bor och vistas i vårdgivarens ansvarsområde. Organisatoriska hinder har beskrivits vilka behöver identifieras och åtgärdas för att nå mål, indikatorer och styrande dokumentets omfattning av vårdpreventionen.

Granskning av patientjournaler och vårdplaner bedöms som ett förbättringsarbete då antalet granskningar inte når målet. Utifrån resultat 90% granskade journaler ryms inte analys av resultat och fortsatt förbättringsområden. Hälso- och sjukvårdsverksamheten påtalar dock att man ser ett lärperspektiv i egenkontrollen i sig samt att journalgranskningarna ska öka. Styrande dokument för journalgranskningen behöver revideras för att förtydliga mål och syfte med granskningarna/egenkontrollerna.

¹⁵ 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.

Delegeringsprocessen behöver följas i syfte att patienter ska erhålla sin medicinska behandling. Resultat för avvikelser inom läkemedelsområdet samt resultat av genomlysningen av delegeringsprocessen talar för större förbättringsområden enligt bedömning.

Följsamheten till basala hygien och klädregler behöver förbättras i syfte att god hygienisk standard ska uppnås så vården blir säkrare. Resultatet av PPM¹⁶ mätningen i samtliga åtta hygiensteg har sjunkit i andelar sedan år 2021.

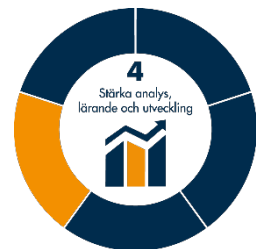
Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Bedömningen är att förbättringsarbete behövs övergripande, en plan för att införa arbete med riskanalyser kopplat till patientsäkerheten inom samtliga verksamheter behöver tas fram under året. Utifrån statistikresultat av avvikelser gällande för vårdskador är dessa underrepresenterade vilket genererar riskområde i sig.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Det finns ett pågående arbete inom förvaltningen som behöver utvecklas gällande systematiskt förbättringsarbete. Utvecklingsområden finns främst inom analys av resultat där åtgärder och lärdomar behöver återkopplas i större utsträckning än idag.

Avvikelser och synpunkter och klagomål

Interna avvikelser. Totalt har 5418 (4961 år 2023) avvikelser anmälts under året. Av dessa är 2184 avvikelser inom lagrummet hälso- och sjukvård. I jämförelse med förra året har totala antalet avvikelser ökat med 457. Ej bearbetade/avslutade avvikelser är 952 vilket är en ökning i jämförelse med förra årets 799. Några enheter har större problem med hanteringen av avvikelser än andra varför visst stöd har givits. Totalt har avvikelserna ökat i antal, vilket ses som positivt det vill säga att personalen anmäler avvikelser. Risktänkande i verksamheterna samt avvikelser med risk för vårdskada bedöms vara ett större utvecklingsområde, då avvikelser som är anmälda inom området är få. Inom avvikelsestatistik ingår även synpunkter och klagomål, vilka ska registreras och hanteras i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet.

Vanligaste avvikelseområdet inom hälso- och sjukvårdens område är läkemedel med 48%, där hälften av läkemedlen uteblivit dvs patienten har inte fått läkemedel som ordinerats som medicinsk behandling.

¹⁶ PPM – punktprevalensmätning, en metod för att kontrollera hur väl personal följer basala hygienkrav och rutiner vid måttillfället

Hälso- och sjukvård

Vanligaste avvikelseområde redovisas i fallande ordning

Avvikelseområde	Antal
Läkemedel	1 058
Insatser/omvårdnad	328
Fallskada	134
Dokumentation/information	91
Fysisk miljö, utrustning och teknik	86

Vanligaste orsaksområde för läkemedel redovisas i fallande ordning

Avvikelse läkemedel	Antal
Läkemedel, uteblivet	520
Läkemedel, signeringslista	92
Läkemedel, brist narkotika	90
Läkemedel, fel förvarat/hanterat	88
Läkemedel, fel tidpunkt	57
Läkemedel, fel rekviderat eller uteblivet	36
Läkemedel, felaktig dosering	35
Läkemedel, fel dokumenterat/förvarat	30
Läkemedel, Läkemedelslista/ordinationshandling	25
Läkemedel, fel iordningställt	25
Läkemedel, förväxling	25
Läkemedel, insulin	19
Läkemedel i vårdövergångar	5
Läkemedel, fel plåster	5
Läkemedel, Blodförtunnande	3
Läkemedel, avsaknad av godkänd lokal rutin	2
Läkemedel, fel injektion	1
Totalsumma	1 058

Vanligaste vårdskada

Avvikelse fallskada	Antal
Fallskada, totalt	134
övrig fallskada, hud och mjukdelsskada	122
varav Fraktur/spricka i skelett	12

Vanligaste åtgärden

Åtgärd	Antal
Kontakt sjuksköterska	455
Utbildning/information i arbetsplatsforum	389
Enskilt samtal	199
Andra trygghetsskapande åtgärder för patient	112
Utbildning/information i arbetsplatsforum, kontakt med sjuksköterska	67

De flesta hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs av delegerad personal. Totalt har tre delegeringar dragits in under året.

Äldreomsorg (särskilt boende äldre, stöd i ordinärt boende, dagverksamhet, LOV internt¹⁷)

Antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser för äldreomsorgen är 1 476, varav 159 avvikelse är redovisade som kombinerade avvikelse från lagrummen HSL/SoL¹⁸. Vanligaste avvikelsområde är läkemedel med 714, fall 372, insatser/omvårdnad 198 samt läkemedel, brist narkotika. Avvikelserna har återrapporterats i ett jämnt flöde under året. En analys av resultat har genomförts kring trender och mönster inom området vård och omvårdnadsrelaterat där fall utan skada och läkemedel är fortsatt de största kategorierna som rapporteras.

Bakomliggande orsaker identifieras som:

- bristande följsamhet till delegeringsprocessens styrande dokument
- brister i läkemedelsförvaring
- brister i hantering/följsamhet till ordinationsunderlag/giltiga läkemedelslistor¹⁹ och signeringslistor
- fall sker främst utifrån patienterna/brukarnas individuella sårbarhet.

Åtgärder som pågår och planeras är:

- följsamhet till styrande dokument gällande delegeringsprocessen utifrån bl a reell kompetens hos baspersonal
- följsamhet till styrande dokument och lokala rutiner för förvaring, hantering av ordinationsunderlag/giltiga läkemedelslistor.

Avvikelse, vanligast	Antal
Läkemedel, uteblivet	378
Fall med skada	111
Läkemedel, brist narkotika	67

Äldreomsorg (stöd i ordinärt boende/hemsjukvård, LOV extern²⁰)

Antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser för äldreomsorgen extern LOV utförare är 63, varav två avvikelse är redovisade som kombinerade avvikelse från lagrummen HSL/SoL. Vanligaste avvikelsområde är läkemedel med 31, insatser/omvårdnad 9 samt dokumentation 5. Man påtalar att alla medarbetare har kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelse och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Avvikelserna tas upp och diskuteras med områdesansvarig sjuksköterska (även övrig leg. personal) på samverkansmöten och arbetsplatsträffar för att utreda vilka åtgärder som behöver vidtas för att undvika upprepning. Avvikelserna diskuteras alltid i kvalitetsrådet.

Avvikelse, vanligast	Antal
Läkemedel, uteblivet	16
Läkemedel, signeringslista	3
Läkemedel, läkemedelslista/ordinationshandling	2

¹⁷ LOV – valfrihetssystem för hemsjukvård/hemtjänst, delas in i intern och extern utförare

¹⁸ HSL/SoL – Hälso- och sjukvårdslag och Socialtjänstlagen

¹⁹ Ordinationsunderlag/giltiga läkemedelslistor avses utskrivna och/eller signerade av ordinerande läkare och/eller Läkemedelslista Dos

²⁰ LOV – valfrihetssystem för hemsjukvård/hemtjänst, delas in i intern och extern utförare

Funktionsstöd (särskilt boende, daglig verksamhet, korttidsvistelse)

Antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser för funktionsstöd är 510, varav 36 avvikelser är redovisade som kombinerade avvikelser från lagrummen HSL/LSS²¹. Vanligaste avvikelseområde är läkemedel med 249, insatser/omvårdnad 117 samt fall med skada 13.

Avvikelser, vanligast	Antal
Läkemedel, uteblivet	116
Läkemedel, signeringslista	54
Läkemedel, fel förvarat/hanterat	28

Allvarliga avvikelser/risk för allvarliga avvikelser samt lex Maria²²

MAS hanterar och utreder allvarliga avvikelser/risk för allvarliga avvikelser. Under året har cirka 20 allvarliga händelser utretts vilka har genererat åtgärds- och handlingsplaner i förbättrande syfte. Hälso- och sjukvårds ärenden, synpunkter och klagomål inkommande från IVO hanteras²³ också.

Lex Maria	Konsekvens av händelsen	Bakomliggande orsaks- och förbättringsområden som identifierats
Hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.	Patienten erhöll inte ordinerat läkemedel ²⁴ vid akut situation.	Organisation/omgivning. Kommunikation/information. Procedurer, rutiner och riktlinjer. Utbildning och kompetens
Hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.	Brister i läkemedelshanteringen, patienten erhöll inte ordinerat läkemedel ²⁵ under en period.	Organisation/omgivning. Kommunikation/information Procedurer, rutiner och riktlinjer. Utbildning och kompetens.
Hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.	Patienten hade inte fått vård enligt vårdplaner och ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder enligt ordination.	Organisation/omgivning. Kommunikation/information. Procedurer, rutiner och riktlinjer.
Har medfört allvarlig vårdskada.	Fall i samband med utprovning av personlyft, lyftbygeln lossnar från lyftbågen.	Åtgärder pågår.

²¹ LSS - LSS är en lag som ger rätt till insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer med vissa funktionshinder.

²² Lex Maria – anmäls till tillsynsmyndigheten IVO gällande hade kunnat medföra allvarlig vårdskada/har medfört allvarlig vårdskada

²³ IVO – Inspektionen för vård och omsorg, hälso- och sjukvårdens tillsynsmyndighet

²⁴ Potent läkemedel – kraftfullt/viktigt

²⁵ ”

Avvikelser från kommunen till regionen/annan vårdgivare

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

Totalt 103 avvikelser är skrivna från kommunen till i huvudsak regionen vilket är en ökning från förra årets 96. Avvikelserna berör informationsöverföring, läkemedel, medicinsktekniska hjälpmedel i utskrivningsprocessen från slutenvård, kommunikation och information i samverkan med vårdcentraler, palliativ vård/brytpunktsamtal. Ingen avvikelse har klassats som allvarlig vårdskada. Några avvikelser berör vårdgivarens anmälan enligt Lex Maria.

Avvikelser från regionen/annan vårdgivare till kommunen

Totalt 30 avvikelser vilket är en minskning från förra årets 40. Avvikelserna berör informationsöverföring och samverkan, uteblivna insatser med flera. Ingen avvikelse har klassats som allvarlig vårdskada. Bevakning och hantering av externa avvikelser bedöms behöva följas upp systematiskt på samma sätt som interna avvikelser i analysgrupp för avvikelser, syftet skulle vara att följa upp hantering, handläggningstid, resultat, analys och åtgärder. Styrande dokument för analysstöd vid sammanställning och analys av avvikelser finns att använda vid analysprocessen, vilken är en bra hjälp att använda i arbetet.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Enligt statistik för avvikelser finns mycket få avvikelser anmälda utifrån risk för händelser. Bedömningen grundar sig på analyser av antalet avvikelser, resultat i palliativa registret, Senior alert med flera underlag. Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhets-sammanhang beskrivs detta som resiliens.



Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Övergripande mål

Trygg omsorg och vård.

Resultatmål

God patientsäkerhet inom vård och omsorg.

Strategier och utmaningar

Patientsäkerhet är en aktivitet och ska vara förekommande och kvalitativ i alla verksamheterna och patientsäkerhetsarbetet behöver utvecklas och stärkas. Nära Vård omställningen är omfattande och tar tid, liksom systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vi är utifrån dessa två utmaningar i början av en omställning som kräver engagemang, kompetens, resurser och förändringskraft.

En lokal handlingsplan är under framtagande och är en början med arbetet stärkt patientsäkerhet, fokusområdena 2 och 4 med vardera 5 teman är prioriterade utifrån analysverktyget, därefter fortsätter arbetet utifrån övriga tre fokusområden med sina teman. Fokusområde 2 och 4 handlar övergripande om:

2. Att skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga processer i samverkan, processer som är framtagna utifrån bästa tillgängliga kunskap för en god och säker vård samt med hänsyn till patientens egen förmåga. Temaområdet kan vara till exempel verktyg och metoder samt arbetssätt för ett patientsäkert arbete, tillförlitliga och säkra processer i samordning och informationsdelning mellan aktörer.

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. Temaområden kan vara till exempel lärande från analyser och det egna arbetet, spridning av kunskap och lärdomar.

Det förebyggande arbetet är centralt för att skapa en trygg omsorg och vård. Att arbeta förebyggande med flera vårdpreventiva åtgärder samtidigt mot säkrare vård bedöms behöva öka på individnivå. Hinder i organisationen mellan verksamheterna behöver elimineras då arbetet ska utgå ifrån personcentrerat förhållningssätt och inte från organisation. Vidare utifrån Nära Vårdperspektivet är hälsofrämjande arbete prioriterat vilket genereras som resultat i det förebyggande arbetet.

Följsamheten till BHK²⁶ har fallande resultat sedan år 2021. Åtgärder bedöms behövas framför allt på enhetsnivå. Egenkontroller med hygienronder inom särskilt boende för äldre samt hemtjänsten är infört utifrån förra årets resultat av PPM mätning, totalt finns i år 13 resultat att ta del av. Mätning av Svenska HALT är också en del i arbetet då man mäter vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilda boenden. Arbetet är ett stöd i det lokala kvalitetsarbetet i

²⁶ BHK – basala hygien och klädregler

samverkan med Vårdhygien och primärvården region Sörmland. Mätningen finns med som egenkontroll men resultat saknas för året. God hygienisk standard är en utmaning och arbetet bedöms vara behov av förbättringar för resultat, analys av resultat och vidare åtgärder.

Bilaga 1 - Egenkontroll

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Nationella kvalitetsregister	Förebygga vårdskador och garantera en säker och lika vård	391 (393) ²⁷ unika personer har fått riskbedömningar. 93% med riskbedömning med risk, 88% har åtgärdsplan vid risk 76 % (65%) utförda åtgärder vid risk.	I förhållande till antalet boende vi årsskiftet "594" platser samt inskrivna patienter i hemsjukvården "230" 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. Utbildnings-insatser för alla yrkeskategorier utifrån S.a anvisningar	Resultat i S.a ²⁸ - inlägg i Hypergene ²⁹ 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 (S.a)
Trycksår	Noll tolerans mot trycksår	35% (33%) riskbedömning med risk. Utfall 34 trycksår på 26 personer.	Bra att upptäcka kategori 1 tidigt för att sätta in åtgärder.	Som ovan	Som ovan	Utifrån riskbedömningar och behov bör alla patienter erhålla en vårdplan för förebyggande av trycksår.	S.a
Undernäring	Risk för undernäring ska identifieras och förebyggas.	57% (55%) riskbedömningar med risk. Utfall; 131 personer hade BMI <22. 137 personer hade ofrivillig viktminskning.	Bakomliggande orsaker är sjukdom, mer än 11 timmars nattfasta, avvikande ätbeteende och läkemedelsbehandling.	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.	S a

²⁷ Siffror i parentes beskriver år 2023 resultat

²⁸ S.a – senior alert

²⁹ Stratsys – administrativt uppföljningsverktyg

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Fall	Fall och fallskador ska förebyggas	74%, Utfall; 138 (135) personer har sammanlagt fallit 381 gånger. Vanligaste tiden för fall är klockan 12-18. Bakomliggande orsaker till fall är, sjukdom och läkemedel som ger ökad fallrisk. Nedsatt balans och förvirring, oro.	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.	S.a
Munhälsa	Alla som har behov ska erhålla munvårdsbedömning enligt rutin	Riskbedömningar med risk är 54% (49%), 205 av 610 har identifierad risk för munhälsa/ohälsa i mun. 115 personal har erhållit munvårdsutbildning under året, vilket är en ökning från 2023.	Alla personer som vistas och bor/har insatser har inte erhållit munvårdsbedömning utifrån sitt omvårdnadsbehov	Alla personer som bor och vistas/har insatser ska erhålla munvårdsbedömning. Alla enheter genomför grundläggande munvårdsutbildning årligen.	Följs via statistik från Tandvården Region Sörmland årligen. Utbildningsinsatser per enhet följs i Hypergene delår.	Alla enheter genomför munvårdsutbildning till personalen utifrån erbjudande från tandvården. Alla bistånds-handläggare och legitimerade sjuk-sköterskor har behörighet att skriva intyg.	S.a och Tandvården Region Sörmland
Blåsdysfunktion	Diagnos, behandling, omvårdnad och rätt förskrivning av inkontinensmaterial	Riskbedömningar med risk är 100%, (0). 7 av 7 personer har identifierad risk. 4 av 7 personer med risk fick basal utredning för blåsdysfunktion. 7 använder inkontinensskydd, 6 har urinläckage, 4 har svårigheter att tömma urinblåsan.	Bra att man på kortvårdsenheten kommit igång med arbetet. Arbetet behöver ske även för övriga brukare med problem med blåsans funktioner.	Inkontinens sjuksköterska ska finnas inom säbo äldre och driva arbetet på säbo äldre i linje med styrande dokument	Följs i Hypergene, månadsvis/delår på enhetsnivå.	Alla personer som flyttar in på särskilt boende för äldre ska erhålla basal utredning utifrån 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.	S.a

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Svenska HALT	Minska vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilt boende. Resultat påvisar även risk och vårdtyngdsfaktorer	0 (182)	-	Alla särskilda boenden inom vårdgivarens ansvarsområde deltar. Arbetet sker i samverkan med MAS, Vårdhygien och Infektionskliniken region Sörmland samt STRAMA ³⁰	Samverkan mot antibiotikaresistens och för rätt medicinsk behandling på olika sätt	Arbeta förebyggande med att identifiera patienters problem med inkontinens och vårdrelaterade infektioner som urinvägsinfektioner per särskilt boende, utifrån ett personcentrerat förhållningssätt mot bättre hälsa.	Folkhälsomyndigheten
Palliativ vård	Syftar till att förbättra vården i livets slut	Antal registrerade dödsfall som registrerats 93. Åtta kvalitetsindikatorer mäts; mänsklig närvaro 78% utan trycksår 90% munhälsobedömning 59% smärtskattning 66% ord., inj ångestdämpande vid behov 98% ord., inj stark opioid vid smärtgenombrott 97% brytpunktsamtal 86% vårdplan 95% Se spindeldiagram bilaga 2.	Sex av åtta kvalitetsindikatorerna utgör förbättringsområden.	Berörda verksamheter arbetar med förbättringsåtgärder i samverkan mellan legitimerad och omvårdnadspersonal. Palliativombud införs inom äldreomsorgen	Uppföljningar per kvartal och år. Utbildningsinsatser krävs.	All personal involveras.	Palliativ registret

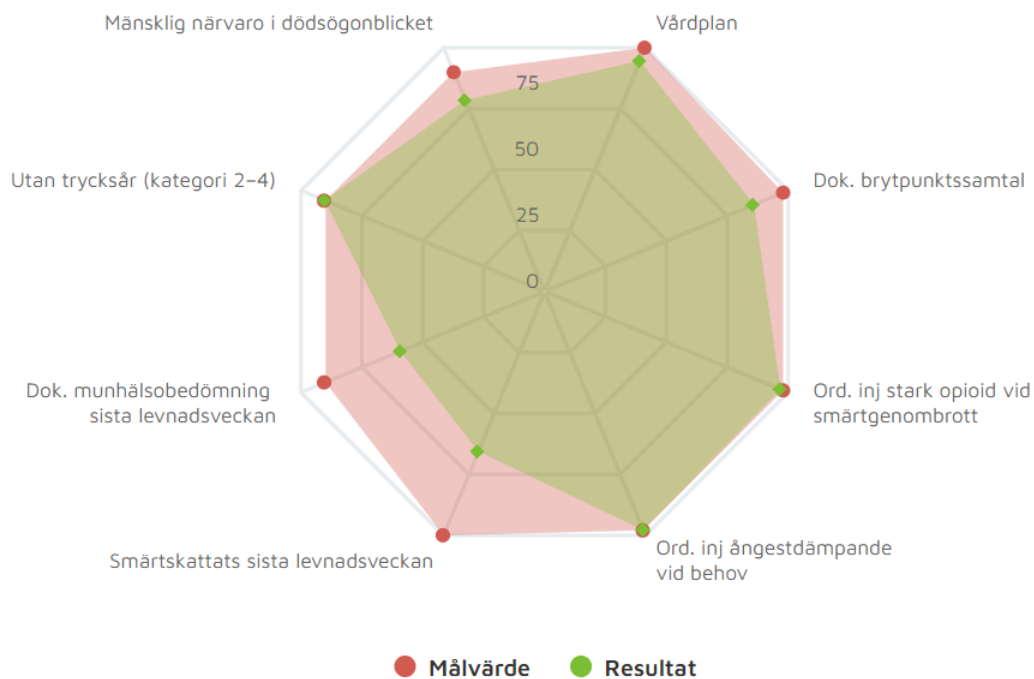
³⁰ STRAMA – Samverkan mot antibiotikaresistens och ge patienten bästa infektionsbehandling, nationell arbetsgrupp

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
BPSD	Kvalitetssäkra vården av personer med kognitiva sjukdomar	Registreringar/skattningar 124 (194)	I jämförelse med förra årets skattningar 194 har resultatet minskat (en enhet har exkluderats från resultatet)	Öka antalet personregistreringar i registret.	Arbeta fram arbetsprocess för arbetet utifrån nationella riktlinjer samt styrande dokument i syfte att öka kvalitet för den enskilde	Alla demensenheter inom särskilt boende för äldre samt enheter som har behov av arbetssättet ska använda sig av personcentrerade och individanpassade åtgärder	BPSD registret
SveDem	Syftar till att förbättra kvaliteten för demensvården. Mäter levnadsbeträffelser, miljöanpassning, bemötande, personcentrerade aktiviteter och läkemedelsförskrivningar	50 uppföljningar är genomförda på två demensboenden; - Lovåsgården - Norrgläntan	Antalet uppföljningar har halverats från förra året (99). Antalet är lågt i förhållande till antal enheter med demensvård	Demensvården kan inte utvärderas på kommunnivå	Utse ansvarig per enhet för kvalitetsarbetet	Antalet uppföljningar av demensutredningar på demensenheterna ska öka och vara relevant i förhållande till antalet demensutredningar under året	SveDem

Bilaga 2 - Palliativa kvalitetsindikatorer, resultat per indikator redovisas ovan tabellform

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12



Källa; Palliativregistret 2025-01-16