



# Patientsäkerhetsberättelse

## Division social omsorg

Carina Bark

Verksamhetschef hälso-och sjukvård



## Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	5
Stödfunktioner .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Verktyg för uppföljning .....	9
Uppföljning genom egenkontroll .....	9
Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet.....	10
Samverkan med Läkarorganisation .....	10
Trygg hemgång och effektiv samverkan .....	11
Nationella kvalitetsregister.....	12
Habilitering/rehabilitering .....	15
Samverkan för att förebygga vård skada.....	15
Samverkan mellan patient och närstående.....	16
Riskanalys/riskbedömningar.....	16
Informationssäkerhet och dokumentation .....	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	18
Resultat av rapporterade avvikelser .....	18
Avvikelser från Region Sörmland till Hälso- och sjukvården 2019.....	20
Klagomål och synpunkter .....	21
Sammanställning och analys .....	21

## Inledning

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag (2010:659). Patientsäkerhet i denna lag handlar ytterst om skydd mot vårdskada.

En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetsberättelsen är till för att få en inblick i arbetet att genom ständiga förbättringar erbjuda god och säker vård.

Socialstyrelsens beskriver patientsäkerhetsarbetet på följande sätt: "Det arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser". Verksamheten får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Verksamheten får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vad som karakteriserar patientsäkerhetsarbetet är att arbeta förebyggande och att fokusera på verksamhetssystem istället för individen. Patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att skapa säkra system som ska fungera som barriärer.

I denna rapport redogörs för patientsäkerhetsarbetet under 2019 och ger exempel på hur verksamheten arbetar med att förbättra kvaliteten i vården samt vilka delar som behöver utvecklas inom Division Social omsorg.

För att åstadkomma god kvalitet finns lagar, föreskrifter och verksamhetsmål att tillgå.

Kvalitet är att patienten får en god och säker vård, känner trygghet, bevarar och utvecklar det friska, bemöts med respekt för privatliv och personlig integritet, får individanpassad vård, är delaktig, får möjligheter till välbefinnande och välmående och känner meningsfullhet i tillvaron.

### Patientsäkerhet är

- att skydda patienter från att skadas i eller av vården
- att det är en del i det dagliga arbetet
- att kommunikationen är god i alla möten inom vården
- att kontinuiteten i kontakter med vården fungerar
- att patienterna är välinformerade om sin sjukdom, om planeringen och om egenvården.

Patientsäkerhetsarbete handlar även om att på bästa sätt ta hand om de patienter och närstående som trots drabbas av en vårdskada.

De förebyggande fokusområden i patientsäkerhetsarbetet ska innefatta de områden/processer där flest antal återkommande avvikelser inträffar.

En framgångsfaktor för att lyckas i patientsäkerhetsarbetet är att involvera patient, närstående och personal till att delta.

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

**Nämnden** är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** har ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetsförordning. MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ram för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS arbetar fortlöpande med att utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet.

**Verksamhetschefen** enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för att vården inom division social- och omsorg bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

I ansvaret ingår att se till att bemanningen och resursanvändningen är anpassad för att bedriva en trygg och säker vård samt att god patientsäkerhet uppnås.

**Enhetschefen för särskilda boende och hemtjänst** ansvarar för att vården på enheten bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Säkerställa att personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. I ansvaret ingår att se till att bemanning och resursanvändningen är optimal för att bedriva en trygg och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

**Enhetschef för legitimerad personal** ansvarar för att legitimerad personal arbetar utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Ansvarar för att legitimerad personal får god introduktion i arbetet och fördela personalresurser på ett optimalt sätt så att en god patientsäkerhet uppnås.

**Legitimerade personal** har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Arbetet ska följa vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

**Alla medarbetare** har en skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt att rapportera om det finns en risk eller att en vårdskada har inträffat i verksamheten.

## Stödfunktioner

**Inspektionen för vård och omsorg (IVO)** främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

**Patientnämnden** ska vara fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet men kan inte vidta några sanktioner. Varje landsting och kommun ska vara ansluten till en patientnämnd, vi är anslutna till Sörmlands läns patientnämnd. De ska stödja individer och guida vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål.

**Socialstyrelsen** är en myndighet som ta fram och utvecklar statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder och barn och unga. Tar även fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur man lever upp till föreskrifternas krav.

**Smittskydd/vårdhygien** har till uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar i Sörmland. Det sker genom övervakning, information och utbildning.

## Övergripande mål och strategier

### Gemensam nämnd för socialtjänst och vård (NSV),

*”Vi erbjuder hjälpmedel och hjälpmedelstjänster för jämlik folkhälsa som håller god kvalitet. Alla brukare och förskrivare ska vara nöjda med tillgänglighet, bemötande, leveranser och service.”*

Under 2019 genomfördes 23 olika typer av förskrivarutbildningar med 313 deltagare. 58 % kom från regionen och 40% från kommun.

### Arbetsgrupp södra äldre (ASÄ) har gemensamma mål beskrivet i handlingsplanen för 2019.

#### Målområden Trygg hemgång

Gemensamt utveckla samarbetar kring ”Trygg hemgång” enligt den analys som gjordes under 2018.

#### Genomförda åtgärder:

Måndansuppföljningar varje månad mellan kommuner och regionen fram till sommaren, följs genom utskrivningsdagar per månad samt återinskrivningar som finns i prator.

Förslag togs fram till Länsstyrgruppen gällande koordinatörer i samtliga kommuner.

Utbildningar i SIP-stödet har genomförts.

#### **Målområde akuten processen:**

##### **Genomförd åtgärd:**

Uppföljning av rutinen "Direkt hem" genomfördes i alla kommuner.

#### **Målområde proaktiva processen:**

##### **Genomförd åtgärd:**

Hemsjukvården har tillsammans med VC Ekensberg och Åsidan utvecklat arbetet med hembesök av läkare, SIP mm för patienter inskrivna i hemsjukvården.

**Vård- och omsorgsnämndens, VoN**, mål och förväntningar på resultat för 2019, finns beskrivet i de särskilda uppdragen till division social omsorg och i grundkraven.

Särskilt uppdrag 2019 från VoN:

- Säkerställ att det systematiska kvalitetsarbetet genomsyrar verksamheten på alla nivåer.

#### **Åtgärder som rapporterats i BPA:**

Hemtjänsten DSO arbetar efter "Nyköpingsmodellen" för att säkerställa kundernas behov. Fokus är kund/brukare, handläggaren beslutar om insats sen upprättar vi tillsammans med kunden en genomförandeplan. Vi strävar efter att alltid ha ett kundperspektiv, där följer att kunden får de insatser som beviljats. Vi arbetar med etik och bemötande på APT och även i individuella samtal där synpunkter framkommit på hur vi gör. Kunderna har utsedda kontaktpersoner. Vi utgår i från nämndens förfrågningsunderlag för hemtjänsten.

HSO: Arbetar utifrån patientens behov, kartläggning av hälsotillstånd ska göras sen ska detta beskrivas i en hälsoplan för individen vilket stöd och åtgärder som ska genomföras. Vi arbetar med olika kvalitetsregister för att kartlägga patienters behov.

SÄBO: Alla hyresgäster har aktuella genomförandeplaner och som är utifrån deras behov. Utsedda kontaktpersoner och en del utsedda spjutspetsar arbetar aktivt med stöd och att ta fram genomförandeplan där behov och hjälp beskrivs tydligt för att all personal ska arbeta lika.

Nämndens beställning går igenom på ledningslag i alla verksamheter utifrån den sätter verksamheten upp aktiviteter för att uppnå nämndens beställning. Varje enhetschef går även igenom beställningen med medarbetarna på APT/planeringsdag för att fånga upp aktiviteter som kan bidra till förbättring.

Verksamheterna följer kända kunder som är på sjukhus via systemet Prator under deras sjukhusvistelse. Utifrån vilken process kunderna behandlas på sjukhuset (röd, gul, grön) kan vi på ett bättre sätt förbereda verksamheten inför våra kunders hemgång.

Vi har även infört koordinatorroll, som har ansvar att följa att DSO följer riktlinjen för trygg och effektiv utskrivning och är en väg in för regionen.

Verksamhetschef, koordinator har regelbundna avstämningar för att fånga upp utvecklingsområden, även regelbundna avstämningar med myndigheten finns.

Hemsjukvården följer upp antalet SIP som är gjorda och antalet inskrivna i hemsjukvården.

Hemtjänsten har arbetat med att tagit fram gemensamma rutiner och processer för verksamheten, detta finns samlat i platina. Ut i verksamheten för medarbetarna finns dessa rutiner i en "grön" pärm. Rutinerna går igenom på APT med regelbundenhet.

Övriga verksamheter har påbörjat arbete med att identifiera vilka rutiner som finns och vilka som behöver uppdateras, arbete behöver påbörjas med att se över vilka processer som ska kartläggas.

Riskbedömningar görs på individnivå vid varje ny kund. Riskbedömningar görs även vid olika verksamhetsförändringar samt in för sommaren. Detta dokumenteras i handlingsplan i platina.

Avvikelsehantering sker via procapita när det gäller brister i SoL insatser eller hälso- och sjukvård. Enhetschef tar emot samtliga avvikelser som är aktuella för enheten och ansvarar för att avvikelsen skickats till samtliga instanser som bör involveras. Enhetschef utreder och vidtar åtgärder r/t avvikelsen om detta är möjligt/behövligt. Därefter inväntar enhetschef återrapportering från övriga involverade.

Inkomna avvikelser tas upp med berörda och även på APT för att minska risken för att det ska inträffa igen.

Lex Sarah rapportering görs när det finns en risk för allvarlig händelse inträffat i verksamheten. Rutin och process finns för hur detta ska utredas och återkopplas i verksamheten.

Inkomna synpunkter på verksamheten besvaras av enhetschefen för berörd enhet och dokumenteras/diarieförs i platina.

Stödpedagoggruppen inom grb/sb och daglig verksamhet har fått en fem veckors påbyggnadsutbildning för att bättre kunna stödja hela verksamhetsområdet i det pedagogiska arbetet med brukare. Ett års hjul har tagits fram för dettas arbete för att kvalitetssäkra systematiken. Planering för motsvarande utveckling inom socialpsykiatrien pågår.

Vi upplever att vi är på gång med det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten. Vi behöver fortsätta med processkartläggning och rutinarbete samt att utveckla hur vi tar lärdom av de avvikelser och synpunkter som inträffar i verksamheten.



## Verktyg för uppföljning

Risk-och avvikelshanteringssystem

Journalgranskning MAS

Kvalitetsregister

Palliativa registret

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

Riskbedömning- Senior alert (munhälsa, fall, trycksår, nutrition och blåsdysfunktion/inkontinens)

Socialstyrelsens och SKL:s öppna jämförelser

Hygienronder

Extern granskning av läkemedelshantering (avtal med farmaceut)

Läkemedelsgenomgångar i samverkan med läkarorganisationen

Klagomål och synpunkter

## Uppföljning genom egenkontroll

Under året gör MAS uppföljning av verksamheten och olika områden samt åiterrapporterar detta till vårdgivaren och verksamheten. Verksamheten arbetar med de förbättringsområden som framkommer i rapporterna och de övriga egenkontrollerna som görs i verksamheten.

Uppföljningar som är genomförda under 2019 av MAS är:

- Journalgranskning Se rapport
- Uppföljning av läkarsamverkan
- Uppföljning av avvikelshantering
- Uppföljning sommaren

Övriga egenkontroller som verksamheter har gjort under 2019:

- Riskbedömning inför sommarbemanning
- Nattfastemätning
- Självskattningar av basalhygien
- Uppföljningar av delegeringar
- Hygienronder i verksamheten
- Loggkontroller
- Uppföljningar av signeringslistor
- Läkemedelsgenomgångar

- Prioritering av indikatorer för fördjupad analys – ÖJ äldreomsorg, ÖJ kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsens enhets- och brukarundersökning 2019 (Hälso- och sjukvården och hemtjänsten)

### **Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet**

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet under 2019.

### **Samverkan med Läkorganisation**

Lokala avtal finns för samverkan med de som har läkaransvaret för våra särskilda boendeformer och för de som är inskrivna i hemsjukvården. Avtalen reglerar hur samverkan ska ske mellan läkaren och verksamheten, vem som är patientansvarig läkare och tidpunkter för läkarens besök.

De beskriver även hur informationsflödet för läkarinsatser mellan slutenvården ska vara till de olika kommunala verksamheterna, både planerade och akuta insatser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer årligen upp läkaravtalen enligt fastställd mall (Bilaga 3 i avtalet, Uppföljning av läkarmedverkan i den kommunal hälso- och sjukvården) som rapporteras till regionen.

Enhetschefer och legitimerad personal har fått information om de uppdaterade avtalet.

Olika samverkansmöten finns mellan verksamhetschef för läkare och division social omsorg på olika nivåer som träffas regelbundet för att följa upp samverkan mellan varandra.

### **Rutin för intern samverkan mellan verksamhetschef, enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, legitimerad personal och omvårdnadspersonal.**

Samverkansmöten har startats upp under hösten 2019 med divisionschef, verksamhetschefer och MAS, för att på övergripande nivå se över samverkan och identifiera förbättringsområden för att uppnå en god patientsäkerhet i verksamheten.

Rutinen intern samverkan är känd hos enhetschefer och legitimerad personal, som har haft en längre anställning i kommunen. Fortfarande är den inte lika känd hos nya chefer och legitimerad personal, introduktionen behöver bli bättre kring detta.

Det är viktigt med en god samverkan/samarbete för att kunna ta tillvara varandras kompetens och på så sätt kunna bedriva en god, säker vård och omsorg.

## Trygg hemgång och effektiv samverkan

Arbetet med att implementera den läns gemensam riktlinje ”Trygg hemgång och effektiv samverkan” har fortsatt under 2019. Målsättningen med den är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

Alla verksamheter arbetar efter tre processer:

- **Grön process**  
Patient som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som innan sjukhusvistelsen eller som har mindre nytillkomna insatser som inte behöver startas samma dag som hemgång.
- **Gul process**  
Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång.
- **Röd process**  
Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser.

Kommunen och regionen använder sig av ett IT-stöd, Prator för samordnad planering. Prator fungerar som meddelandehanterare mellan slutenvården, primärvården, psykiatrisk öppenvård och kommunerna.

Efter sommaren införde division social omsorg på prov rollen koordinator. Syfte och mål med rollen är:

Division social omsorg har som målsättning att brukare/patienter kan avsluta sin vistelse inom slutenvården så snart som möjligt efter att läkare meddelat utskrivningsklar.

- Säkerställa att divisionen har rutiner och arbetsprocesser som ger en effektiv, trygg och säker hemgång för brukare/patienter.
- Koordinera insatser och därmed säkra vårdprocessen för brukare/patienter i syfte att undvika onödiga fördröjningar inför utskrivning och risker för återinläggningar.
- Främja att varje medarbetare har kunskaper om riktlinjen trygg hemgång och effektiv samverkan och ta ansvar för sin del i denna.
- Säkerställa att berörda professioner samarbetar över organisationsgränserna för att ta tillvara varandras kompetenser.

Koordinator har divisionens mandat att arbeta övergripande och påtala förbättring till berörda så att processen trygg och effektiv följs. Koordinatören har rapporterat till verksamhetschef för hälso-och sjukvård via regelbundna avstämningar.

## Resultat av dagar utskrivningsklara för 2019



Källa: Prator

## Nationella kvalitetsregister

### BPSD registret

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) arbetet under 2019, har haft en nystart. Två nya certifierade BPSD-utbildare har utbildats, demenssjuksköterskan och en fysioterapeut.

En rutin för att arbeta med BPSD-registret inom division social omsorg har upprättats. Syftet var att beskriva arbetet med BPSD-registret samt att tydliggöra varje yrkeskategoris ansvarsområde, administratörsutbildningens upplägg samt hur arbetat ska fortskrida på enheterna.

Större vikt läggs nu på implementeringsprocessen genom att de enheter som utbildar administratörer även nu erbjuds en tretimmars grundutbildning i demens, bemötande och information om BPSD-registret för all personal på enheten. Detta för att studier visat på att implementeringsprocessen blir hjälpt av att all personal har samma grundläggande kunskapsnivå.

De som under året utbildat administratörer var Myntans demensavdelningar, dagverksamheterna Villan och Kattugglan samt demensteamet (hemtjänsten).

Myntans demensboende har även varit delaktig i processen att tydliggöra implementering och arbetssätt.

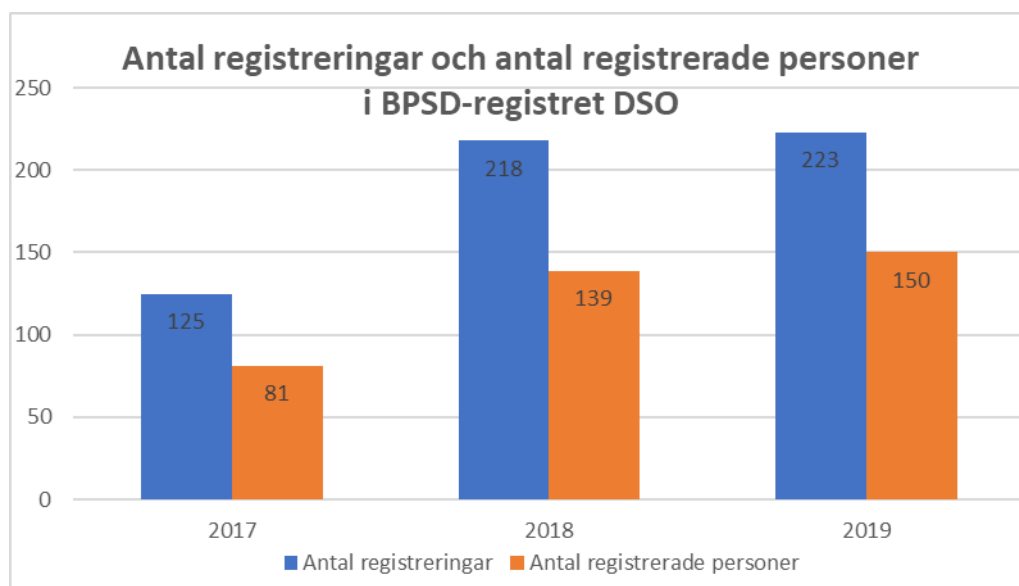
En till två enheter utbildas vid varje tillfälle och en viktig förutsättning är att de olika yrkesprofessionerna utbildas samtidigt. Efter genomgången administratörsutbildning erbjuder de certifierade utbildarna stöttning till enheterna i

implementeringsprocessen. Detta genom att uppmana personal och enhetschefer att ta kontakt vid behov samt att erbjuda administratörsträffar.

*Se bilaga 1. Processflöde för BPSD enligt den nya rutinen inom division social omsorg*

Uppföljning av arbetssättet och rutinerna ska göras under våren 2020.

Det har skett en ökning av antal registreringar och antal registrerade personer i BPSD, vilket är positiv utveckling som vi kommer att fortsätta följa.



Källa: BPSD-registret

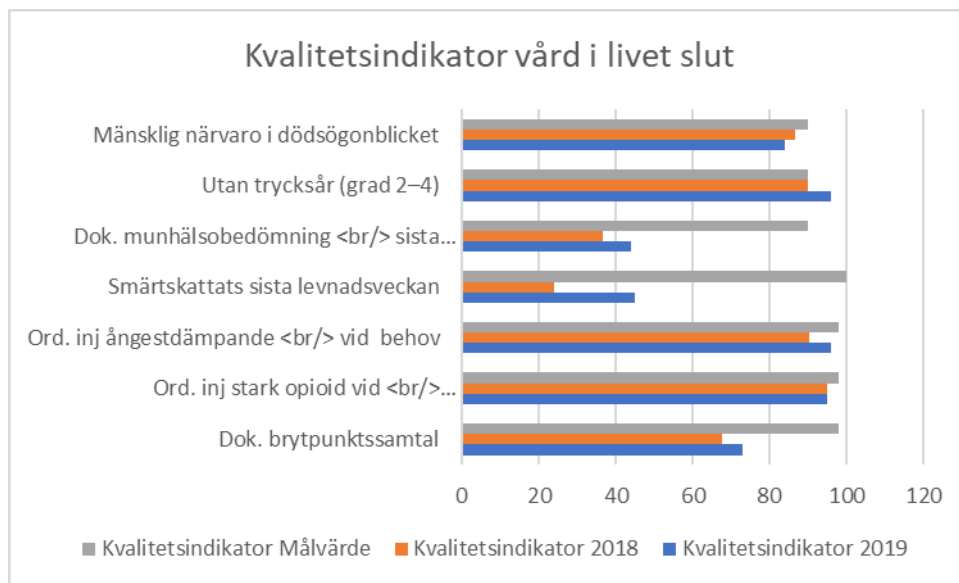
BPSD	Andel 2019	Andel 2018	Andel 2017
Personer som har olämpliga läkemedel	24 %	29 %	27 %
Personer som verkar smärtfria	68 %	60 %	67 %
Personer som har en bemötandeplan	100 %	82 %	67 %
Personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	100 %	74 %	76 %

Källa: BPSD-registret

Här ser vi en positiv utveckling av att arbeta systematiskt med BPSD-registret.

### Palliativa registret och vård i livet slut

För att patienten ska få bra vård vid livets slutskede är det viktigt med god samverkan mellan personal, patient, anhöriga och läkarorganisationen. Till stöd för ökad kvalitet vid livets slutskede deltar verksamheten i stödverktyget palliativa registret som innefattar tydlig vårdplanering.



Källa: Palliativa registret, Nyköping kommun.

Vi ser flera förbättrade resultat kring flera av kvalitetsindikator för vård i livet slut men en liten minskning av mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

### Senior alert – riksbedömningar

Att systematiskt arbeta med riskbedömningar på individnivå i Senior alert främjar den vårdpreventiva processen.

I Senior alert ingår det att göra riskbedömningar och vidta åtgärder för personer inom följande fem områden: trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdusfunktion.

Alla fem områden hänger samman, om en person har problem med munhälsa äter man mindre, får därmed i sig mindre näring och risken för att ådra sig ökad skörhet ökar risken för att falla.

Senior alert	2016	2017	2018	2019 (1/1–30/6)
Antal unika personer registrerade	202	159	310	333

Källa: Senior alert

Äldreboende 246 antal unika registrerade personer första halvåret 2019.

Demensboende 87 antal unika registrerade personer första halvåret 2019.

Verksamheterna har gjort en klar förbättring med att registrera personer i kvalitetsregistret Senior alert.

Rutin framtagen en arbetsgrupp som kommer att implementeras i hela division social omsorg under 2020.

Rutinen tydliggör tillvägagångssättet vid bedömning, åtgärder, registrering och uppföljning samt klargör ansvarsfördelningen mellan de olika professionerna.

### **Habilitering/rehabilitering**

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar med förskrivningsprocessen. De bedömer patientens behov av hjälpmedel, provar ut och följer upp. De utbildar och instruerar personal i, förflyttningsteknik och praktisk handledning av personal i hjälpmedelshandtering och rehabiliterande/hälsofrämjande förhållningssätt.

Det finns även möjlighet till individuell träning/ behandling av fysioterapeut och arbetsterapeut. Arbetet ska leda till att förbättra livskvaliteten och sträva efter att bevara funktionen hos patienten.

Det finns rutiner i verksamheten kring medicintekniska produkter, alla produkter som hyrs från hjälpmedelscentralen besiktas och servas av deras tekniker. Produktinformation lämnas alltid ut i samband med utlämnade av medicinskt tekniska produkter.

Rehabiliterade och hälsofrämjande arbetssätt behöver utvecklas mera i verksamheten. Det är viktigt att all personal har kunskap om hälsofrämjande förhållningssätt. Det finns framtaget utbildningsmaterial kring detta på IN som verksamheten kan använda sig av.

### **Samverkan för att förebygga vård skada**

Samverkansmöten har skett regelbundet under 2019 mellan kommunen och de olika vårdgivarna för att följa upp samverkan och avtalen.

Samverkansgrupper som finns mellan olika vårdgivare och verksamheter för att förbättra och förebygga vården är:

- Arbetsgrupper inom områdena äldre, psykiatri och funktionsnedsättning inom ramen för närvårdsarbetet.
- Samarbete med Landstinget angående NPÖ
- Samarbete med landstingets smittskydd/hygien. Utbildning för vårdpersonal och enhetschefer i hygien
- Samarbete med Landstingets läkemedelskommitté i frågor såsom "äldre och läkemedel", läkemedelsgenomgångar m.m.
- Samarbetsmöten primärvård/kommunen
- Arbetsgrupper för trygg och säker vård genom hela patientprocessen

- Hälsoval
- Länsövergripande MAS - nätverk.
- Länsövergripande arbetsgrupper inom olika områden till exempel diabetes, nutrition, suicid.

### **Samverkan mellan patient och närstående**

Hälso-och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Patient lagen trädde i kraft 2015 1 januari, syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet.

Verksamheterna arbetar med att göra patienten delaktig i vården genom att:

- Vara delaktiga vid SIP
- Delaktiga vid mål och planering av rehabilitering/träning/vård och behandling
- Delaktiga vid beslut och val av hjälpmedel
- Anhöriga blir ett stöd och hjälp för patienten vid egen träning
- När ny patient blir aktuell för verksamheten gör legitimerad personal en bedömning av vilket behov av hälso-och sjukvård som finns och planerar åtgärder för detta.
- Om behoven av åtgärder är långvariga ska en hälsoplan upprättas och följas upp av legitimerad personal.

### **Risakanalys/riskbedömningar**

Risakanalys görs på individnivå via de olika kvalitetsregister och bedömningsinstrument som finns i journalsystemet som ska användas i verksamheten.

Verksamheten har gjort olika riskbedömningar som tex, inför sommarbemanningen, inför jul och nyårsbemanningen samt inför olika förändringar i verksamheten. Arbetet med att göra riskbedömningar har kommit igång och vi behöver fortsätta att utveckla och förbättra detta.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har utförts av apotekare i verksamheten under året tillsammans med läkemedelssansvarig sjuksköterska och MAS.

Alla lokala läkemedelsrutiner ska vara aktuella och uppdateras vid förändringar och behov.

### **Informationssäkerhet och dokumentation**

Verksamheten har rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller.



Åtkomstkontroller görs med regelbundenhet i verksamheten, ansvarig enhetschef granskar loggar.

Under sommaren gjorde medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) en granskning av utvalda patientjournaler som var skrivna av sjuksköterskor enligt granskningsmall som även sjuksköterskorna har använt vid egenkontroll.

Svagheter i journalföringen som MAS identifierade var:

- Aktuellt samtycke saknades i 83 journaler som granskades
- Namngiven aktuell omvårdnadsansvarig sjuksköterska saknades i ca 25 % av de granskade journalerna.
- 40 % i de granskade journalerna saknade namngiven ansvarig läkare
- Dokumenterad avstämning med patient/närstående av hälsoplaner saknades.
- Anteckningar i verksamhetssystemet utförda av omvårdnadspersonalen är generellt bristfällig.

De åtgärder som MAS föreslog för att öka patientsäkerheten i dokumentationen var:

- Specifik inskolning i dokumentation enligt ICF.
- Att ansvarig sjuksköterska under inskolningen träffar alla de patienter som hen är omvårdnadsansvarig för samt inhämtar samtycke.
- Fortlöpande utbildning/stöd
- Tydlig efterfrågan/uppföljning från verksamheternas chef att journalföring prioriteras.

Åtgärder som Division social omsorg har genomfört under hösten 2019 för att förbättra journalföringen är:

- Genomfört utbildning/genomgång av ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) föreläsare från Mälardalens högskola, omfattning två halvdagar och deltagare sjuksköterskor i verksamheten.
- Utbildningens innehåll är syftet med att använda ICF, genomgång av modellen, ICF omfattning och struktur.
- Rehab gruppen har dokumentationsgrupp som aktivt arbetar med utvecklade av journalföring.
- På yrkesspecifika yrkesmöten med sjuksköterskor diskuteras journalföringen och enhetschef efterfrågar hur arbetet går med att förbättra journalföringen.
- Aktualiserat de webbstöd som finns för journalföringen i Assistenten, påbörjat genomgång gemensamt av dessa på yrkesspecifika möten med sjuksköterskor.

- Utformat ny rutin för journalföring som kommer att implementeras under 2020.
- Påbörjat riskanalys av hantering av utskrifter av avslutade journaler
- Dokumentations grupp för sjuksköterskor kommer att startas upp under 2020.
- Dialog med Mälardalens högskola om vikten av att de tar in ICF i sin sjuksköterskeutbildning.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare är skyldig att rapportera avvikelser som inträffar i verksamheten. Att rapportera avvikelser är en viktig del i förbättringsarbetet och för att förhindra att större vårdskador inträffar.

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska rapporteras via det digitala avvikelshanteringssystemet och uppföljning ska ske regelbundet. Enhetschefen ansvarar för att händelsen analyseras, åtgärdas, följs upp och att återkoppling sker till berörda parter.

Med vårdavvikelse avses en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för patienten.

Rapportering av avvikande händelser är ett sätt att förbättra kvalitén och säkerheten i vården. Avvikelsen ska i första hand fokusera på vad som inträffat och inte vem som varit inblandad.

Allvarigare händelser ska anmälas till MAS för bedömning och eventuellt anmälan om Lex Maria.

## Resultat av rapporterade avvikelser

### Läkemedelsavvikelser inom division social omsorg

Verksamhet	2019	2018	2017	2016	2015
Äldreboenden	805	617	476	403	408
Hemtjänst	364	259	167	225	230
Korttidsboende	31	27	21	14	13
Bostad med särskild service	182	176	130	93	125
Boendestöd	1	8	8	3	11
Personlig assistans	5	2	10	1	5

Hemsjukvård	2	1	1	7	1
<b>Totalt:</b>	<b>1371</b>	<b>1090</b>	<b>813</b>	<b>776</b>	<b>793</b>

Källa: Verksamhetssystem Procapita.

Verksamheterna har blivit bättre på att rapportera vårdavvikelser som inträffar. Inkomna avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar, några verksamheter har regelbundet avstämning med legitimerad personal för att gå igenom inkomna vårdavvikelser som in träffar.

Två allvarliga avvikelser har utretts och anmälts som Lex Maria under 2019 till IVO av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### Fall avvikelser (avvikelser där någon oavsiktligt har fallit)

I verksamheten sammanställs samtliga fallavvikelser oavsett vad fallet berott på. Det kan bero på brist i insatsen (Sol.) eller en konsekvens av vård och behandling (HSL).

Verksamhet	2019	2018	2017	2016	2015
Äldreboenden	1218	1228	1322	1055	1129
Hemtjänst	333	296	260	168	71
Korttidsboende	122	132	104	108	105
Bostad med särskild service	70	63	41	19	39
Boendestöd	3	-	0	0	0
Dagvård	3	1	1	2	0
Personlig assistans	6	11	10	1	5
Hemsjukvården	1	-	1	1	0
<b>Totalt:</b>	<b>1756</b>	<b>1731</b>	<b>1738</b>	<b>1354</b>	<b>1349</b>

Källa: Verksamhetssystem Procapita, enheter som inte tas med för 2018 är boendestöd och hemsjukvården.

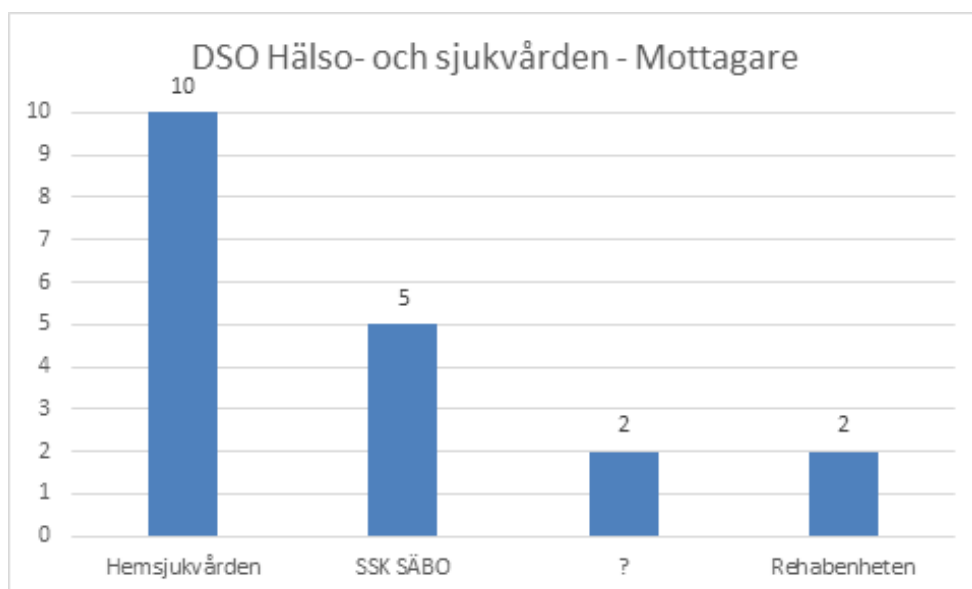
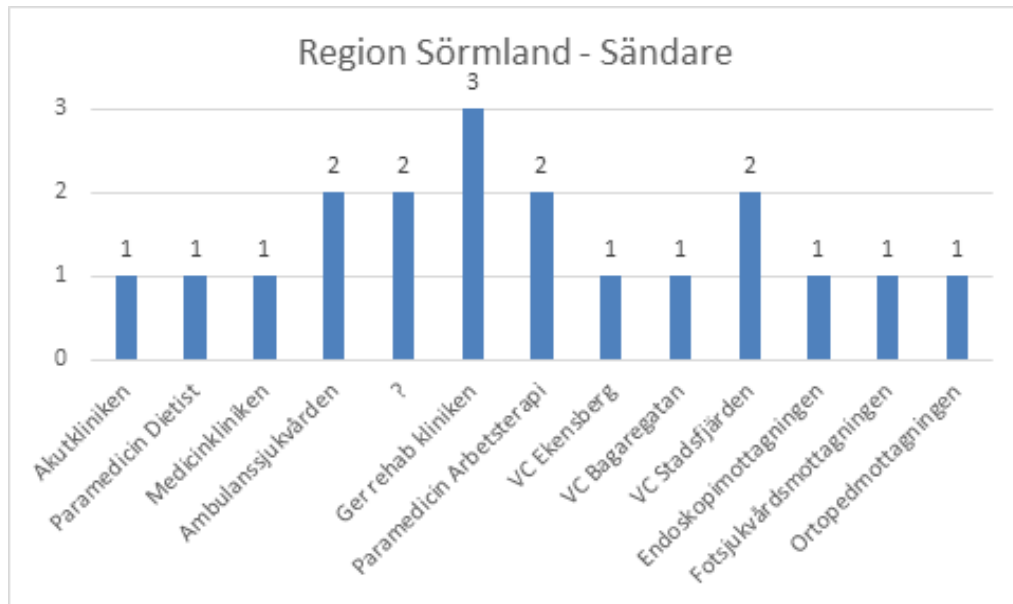
Fall avvikelserna tas upp på forum där åtgärder för patienten planeras, tex hälsokonferenser, vårdplaneringar, SIP.

## Avvikelser från Region Sörmland till Hälso- och sjukvården 2019

23 diarietyp avvikelse (ärendetyp 760 Avvikelse).

19 av dessa var till Hälso- och sjukvården i DSO.

För resterande 5 var: 1 till Ansvar och omsorg, 1 till Hållet, 2 till Myndighetsfunktionen och 1 till Myntan.



Avvikelseernas innehåll har handlat om brister i förebyggande av undernäring, att undvika slutenvård, felaktig/utebliven information, informationsbrister om inträffade dödsfall, synpunkter på såromläggning och benlindning.

### Klagomål och synpunkter

Den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens synpunktsblankett.

Ansvarig enhetschef ansvarar för att utreda synpunkt och klagomålet samt återkoppla till den som rapporterat.

Klagomålshanteringen är viktig för att fånga upp felaktigheter och åtgärda dessa.

Patienter och anhöriga ska också informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Sammanställning är gjord för hälso-och sjukvården samt hemtjänsten över inkomna klagomål och synpunkter.

Ärendetyp	Beröm	Klagomål	Förslag	Total
080 Synpunkten - Bemötande	1	13	0	14
081 Synpunkten - Handläggning	0	0	0	0
082 Synpunkten - Tillgänglighet	0	1	1	2
083 Synpunkten - Politiska prioriteringar	0	0	0	0
084 Synpunkten - Information	0	4	0	4
085 Synpunkten - Kvalitet och resultat av utförda tjänster	5	22	1	28
086 Synpunkten - Delaktighet och inflytande	0	0	2	2
087 Synpunkten - Jämställdhet och integration	0	0	0	0
088 Synpunkten - Kostnader och avgifter	0	2	2	4
089 Synpunkten - Miljö och klimat	0	4	0	4
090 Synpunkten - Trygghet och säkerhet	2	9	0	11
091 Synpunkten - Valmöjligheter	0	0	2	2
099 Synpunkten - Övrigt	0	1	0	1
Summering	8	56	8	72

Division social omsorg behöver förbättra att sammanställa inkomna synpunkter klagomål inom området för vård-och omsorg för att kunna göra övergripande analys.

### Sammanställning och analys

Resultat av uppföljning/utvärdering och analys av olika data visar att verksamheterna har förbättrats i en del områden och att det pågår ständigt förbättringsarbete för att uppnå en god patientsäkerhet.

Övergripande utvecklingsområde under 2019 har varit att fortsätta och utveckla genom att införa koordinator för arbetet kring Trygg hemgång och effektiv

utskrivning för att säkerställa att patientprocessen blir så säker som möjligt mellan de olika vårdgivarana.

Verksamheterna ska fortsätta förbättra teamarbetet med de olika kvalitetsregistren som ett förbättringsarbete för att uppnå god patientsäkerhet.

Verksamheterna bör utveckla mera preventiva åtgärder framför allt inom hemsjukvården i samverkan med regionen.

Division social omsorg behöver se över arbetet och rutiner kring avvikelshantering så detta blir ett mera enhetligt arbete inom divisionen.

Fortsätta arbeta med att identifiera viktiga processer och rutiner för verksamheterna så att en god patientsäkerhet uppnås.