



Datum
2021-02-19

Handläggare
Jonas Smedbäck
0151-192 15
Jonas.smedback@vingaker.se

Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Inledning	4
3	Organisation och ansvar	5
4	Samverkan för att förebygga vårdskador	7
5	Patienters och närståendes delaktighet	8
6	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
7	Klagomål och synpunkter	9
7.1	Egenkontroll	10
8	Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
8.1	Trygg hemgång och effektiv samverkan	10
8.2	Hygien	11
8.3	Förebyggande arbetssätt	11
8.4	Vård i livets slutskede	11
8.5	Demenssjukdom	12
8.6	Avvikelse	12
8.7	Läkemedelshantering	12
8.8	Munvård	13
8.9	Rehabilitering och hjälpmedel	13
8.10	Dokumentation	13
8.11	Samverkan	14
8.12	Värmebölja	14
9	Risikanalys	14
9.1	Utredning av händelser – vårdskador	14
9.2	Informationssäkerhet	15
10	Resultat och analys	16
10.1	Egenkontroll	16
10.1.1	Avvikelse	16
10.1.2	Klagomål och synpunkter	17
10.1.3	Risikanalys	17
10.1.4	Digital signering	18
10.1.5	Kvalitetsgranskning av läkemedel	18
10.2	Förebyggande arbetssätt	19
10.2.1	Senior alert	19
10.2.2	Demensvård	19
10.2.3	Hygien och smitta	20

10.2.4	<i>Nutrition</i>	20
10.2.5	<i>Palliativ vård i livets slutskede</i>	21
10.3	Sammanfattande bedömning.....	22
11	Mål och strategier för kommande år	23
11.1	Mål	23
11.2	Strategier.....	23
11.2.1	<i>Nära vård</i>	23
11.2.2	<i>Avvikelser</i>	23
11.2.3	<i>Demenssjukdom</i>	23
11.2.4	<i>Förebyggande arbetssätt</i>	23
11.2.5	<i>Dokumentation</i>	23
11.2.6	<i>Hygien</i>	24
11.2.7	<i>Läkemedelshantering</i>	24
11.2.8	<i>Palliativ vård i livets slutskede</i>	24
11.2.9	<i>Övrigt</i>	24

1 Sammanfattning

Detta har genomförts/uppnått under året:

- Antal dagar från utskrivningsklar till hemgång ska inte överstiga 3.
- En hög andel av personalen har genomgått utbildning i Demens ABC.
- Stor del av personalen har genomgått utbildning i basala hygienrutiner.
- Svarat på inkomna klagomål/synpunkter samt avvikelser.
- Genomsnittlig nattfasta ligger under 11 timmar.
- Personal, enhetschefer och kökspersonal fått utbildning av dietist.
- Utbildning i användandet av skyddsmaterial.
- Upprättat förråd för skyddsmaterial.
- Infört digitala mötesformer.

Detta är vi bra på:

- God vård i livets slut.
- Trygg och effektiv samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården.
- Demensvård.
- Samverkan med ansvarig vårdcentral.
- Följsamhet till hygienrutiner.

Detta kan vi förbättra:

- Tydligare dokumentation.
- Bättre rapportering mellan professioner.
- Digital signering.
- Skriva avvikelser och markera inom rätt område.
- Använda aktuella kvalitetsregister.
- Genomföra och dokumentera läkemedelsgenomgångar.

2 Inledning

Vårdgivaren är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts.

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 enligt SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

Syftet med Patientsäkerhetslagen (2010:659) är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Lagen innehåller bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska systematiskt riskbedöma verksamheten för att förebygga vårdskador och utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Patienter och närstående ska informeras och ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren ska till

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Med vårdskada avses i Patientsäkerhetslagen: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Vårdskada indelas i vårdskada och allvarlig vårdskada. Allvarlig vårdskada betyder att patienten fått en skada som är bestående eller att det lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) syftar till att göra regelverket tydligt och överskådligt. Bestämmelser finns dessutom kring utredning och anmälan av vårdskada i två föreskrifter. Det är föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete samt (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria). Vårdgivaren är enligt föreskriften skyldig att utreda alla händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det, alltså även händelser som inte omfattas av anmälningsskyldigheten till IVO. Vårdgivaren ska också snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

3 Organisation och ansvar

Vårdgivare

Vårdgivare i Vingåkers kommun är Socialnämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Patienter ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Verksamhetschef

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård samt rehabilitering svarar för verksamheten och har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. I verksamhetschefens ansvar ingår inte de uppgifter som medicinskt ansvarig sjuksköterska har. I ansvaret ingår att se till att resursanvändningen och bemanningen är optimal för att uppnå en god och säker vård. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en patientsäkerhetsrisk till IVO. Verksamhetschefen ansvarar också för att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens så att de kan utföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS säkerställer att hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet upprätthålls i särskilda boendeformer (SÄBO), dagverksamheter samt i hemsjukvård. I uppgifterna ingår att utarbeta riktlinjer och säkra rutiner för verksamheten. MAS har det övergripande ansvaret för att styrdokument för hälso- och sjukvård följs, att samverkan och samordning med andra vårdgivare sker samt att ge råd och stöd till verksamhetschef, övriga chefer och medarbetare i hälso- och sjukvårdsfrågor. MAS har på delegation av vårdgivaren ansvar för att fullgöra anmälningar enligt Lex Maria till IVO. Det gäller om en patient i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt. MAS ansvarar också för att patienterna får en ändamålsenlig rehabilitering med god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal är legitimerade yrkesgrupper såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter som har sin anställning i kommunen. Till dessa grupper finns också läkare knuten via särskilt avtal samt dietist. Dessa grupper har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och starkt bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls samt att rapportera risker och negativa händelser till MAS och verksamhetschef.

Enhetschef

Enhetschefens ansvar är att säkerställa att gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner är kända och efterföljs av all hälso- och sjukvårdspersonal. Enhetschefen ansvarar för att följa upp avvikelser, analysera och vidta åtgärder för att minska eller förhindra vårdskador. Det ska ske tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal. Enhetschefen ska liksom övriga ansvariga i verksamheten arbeta för en hög patientsäkerhet.

Sjuksköterska

I de särskilda boendeformerna och i hemsjukvården finns sjuksköterskor anställda, en del är grundutbildade medan andra har specialistutbildningar. Sjuksköterskan arbetar utifrån ett områdesansvar och i nära dialog med patientens läkare och övriga team. I sjuksköterskans uppdrag ingår att säkerställa att patienten får de läkemedel som är ordinerade samt att övriga hälso- och sjukvårdsbehov lyfts och åtgärdas. Delar av detta arbete sköts via delegering till baspersonal. Hälso- och sjukvårdsuppdrag som lämnas till baspersonal att utföra skickas via vårdplan i verksamhetssystemet.

Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut

Paramedicinsk personal har det yttersta ansvaret för hjälpmedel, specifik rehabilitering med riktad träning och ingår i de team som arbetar nära patienten. Specifik rehabilitering innebär riktad träning som är tidsbegränsad och målinriktad och utförs av arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Baspersonal utför rehabiliteringsinsatser utifrån delegering/instruktion av paramedicinsk personal i vissa fall. Uppdrag skickas till baspersonal via en vårdplan. Paramedicinsk personal genomför regelbundet förflyttningsutbildningar för baspersonal. En utbildning riktar sig särskilt till nyanställda inom Vingåkers kommun. Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel kontrolleras och följs upp enligt de lokala riktlinjer som finns upprättade.

Dietist

Socialförvaltningen köper dietistresurs motsvarande 20% från Katrineholms kommun. Dietisten håller i utbildning för måltidsombud, samverkar med övrig legitimerad personal och enhetschefer, utför bedömningar och ordinerar nutritionsbehandling samt följer upp resultaten. Dietisten ansvarar också för nattfastemätning på särskilt boende (SÄBO). Dietist arbetar mot särskilda boenden i kommunen. Behov av dietist för övrig verksamhet går via remiss till primärvårdsdietist och skickas till samordningssköterska på Vårdcentral där patienten är listad via Prator.

Baspersonal

Baspersonalen är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på uppdrag/delegering av legitimerad personal och utför hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska också medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser och avvikelser. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst.

4 Samverkan för att förebygga vårdskador

Flertalet olika strukturer finns för att främja samverkan och förhindra vårdskador. Läns gemensam struktur för Närvård i Sörmland. Förvaltningen deltar i Styrgrupp för Närvård, Arbetsgrupp Västra Äldre, Beredningsgrupp äldre, Arbetsgrupp västra barn och Arbetsgrupp västra psykiatri och funktionshinder, Beredningsgrupp psykiatri och funktionshinder.

Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har beslutat och fastställt en läns gemensam överenskommelse om Trygg och

effektiv utskrivning från slutenvård. Överenskommelsen ersätter tidigare regelverk om vårdplanering och betalningsansvar. Samordnad individuell planering (SIP) ska utifrån riktlinjerna inledas från sjukhuset inför utskrivning, SIP kan också genomföras i patientens hem. IT-stödet Prator är ett webbaserat system för informationsöverföring och samordnad vårdplanering som ska användas mellan vårdgivarna i Sörmland.

Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland finns som ramavtal sedan upprättas lokalt avtal med ansvarig vårdcentral. Som revideras årligen. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, administration fysiska ronder och hembesök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. Tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt. Dygnet runt finns också tillgång till tjänstgörande sjuksköterska. Avtal finns med Smittskydd/Vårdhygien. Tre hygiensjuksköterskor delar på de kommunala uppdragen i Sörmland. Avtal med Tandvårdenheten i Region Sörmland om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. Avtal med ApoEx om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i särskilt boende, hemsjukvård, bostäder med särskild service och boendestöd. Samverkan med andra vårdgivare vid allvarliga händelser. MAS deltar i nätverk för MAS/MAR i Sörmland.

5 Patienters och närståendes delaktighet

När person flyttar in /blir ansluten till kommunala vård och omsorgen så hålls ankomstsamtal och omvårdnadsplanering där patient/brukare och i många fall även anhöriga deltar.

Ett arbete som bedrivs, och informeras om, i syfte att förebygga vårdskador är användandet av kvalitetsregistret Senior alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Ytterligare ett kvalitetsregister som används är BPSD-registret, och inför registrering i detta så involveras patienter och anhöriga i bedömningar och bemötandepå planer för att minska symptom och behov av begränsningsåtgärder.

6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelse ska rapporteras av den som upptäcker avvikelsen, detta är en skyldighet alla oavsett yrkeskategori har. Kan gälla läkemedel, fallskador, omvårdnad och informationsöverföring samt mycket mer. Lokal rutin finns upprättad för hantering av avvikelser och flödesschema.

Respektive enhetschef har ansvar för att följa upp och avsluta avvikelser.

MAS utreder, vid behov, och sammanställer avvikelserna samt anmäler allvarliga avvikelser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid allvarlig vårdskada gör MAS en händelseanalys tillsammans med enhetschef och personal. Efter

analysen tas en åtgärdsplan fram med åtgärder, ansvarsfördelning och uppföljningsplan. Återkoppling till be-rörd enhet och områdeschef/verksamhetschef enligt HSL.

7 Klagomål och synpunkter

Klagomål som inkommer från patienter och anhöriga besvaras av enhetschef. Klagomål som inkommer via patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg besvaras av verksamhetschef och MAS. Utredning av händelsen ska påbörjas snarast och återkopplas till den enhet som berörs. Patient, anhöriga, patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg får återkoppling efter utredning. MAS rapporterar till Socialnämnden och chef för Socialförvaltningen.

Förvaltningschefs ansvar är att säkerställa att det finns befintliga rutiner för att hantera synpunkter och klagomål. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera avvikelser enligt SoL, LSS och HSL, missförhållanden eller risk för missförhållanden. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Enhetschefs ansvar innefattar att hantera synpunkter, klagomål och avvikelser enligt SoL, LSS och HSL.

Verksamhetschef för HSL är övergripande ansvarig för händelseanalys och avvikelshantering enligt HSL. MAS är ansvarig för att genomföra händelseanalys och hantera allvarliga avvikelser som berör HSL. Att göra utredningar av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.

7.1 Egenkontroll

Internkontroller	Omfattning	Källa
Nattfasta	1-2ggr/år	Dietist
Hygienrund	2 enheter/år	Extern Hygiensköterska Protokoll
Avvikelser	2ggr/år	Avvikelsehanteringssystem externa avvikelser
Extern kvalitetsgranskning av läkemedel	Årligen	Rapport från granskare
Synpunks- och klagomålshantering	Årligen	Patientnämnden, IVO, inkomna klagomål och synpunkter
Granskning genomförandeplaner	Årligen	Enkäter
Punktprevalensmätning basala hygienrutiner	Årligen	Intern observation
Språkbrister i vården	Riktad internkontroll	Risk- och händelseanalys

8 Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

8.1 Trygg hemgång och effektiv samverkan

Återrapporering månatligen av närvårdscoordinator gällande snitt på utskrivningsklar-dagar. Tätt samarbete och samverkan med Vingåkers Vårdcentral för att både göra utvärdering och revidering av lokalt läkarmedverkansavtal. Nästan alla utskrivningsplaneringar, eller SIP'ar, genomförs digitalt med slutenvården.

UK dagar 2020									
Månad	Eskilstuna	Flen	Gnesta	Katrineholm	Nyköping	Oxelösund	Strängnäs	Trosa	Vingåker
<i>Januari</i>	0,16	0,94	0,82	0,19	1,5	0,46	0,31	0,2	0,12
<i>Februari</i>	0,09	0,78	0,23	0,33	0,63	0,81	0,35	0,14	0,16
<i>Mars</i>	0,07	1,05	0,51	0,4	1,14	1,25	0,2	0,16	0,31
<i>April</i>	0,12	0,54	0,29	0,37	0,48	1,44	0,14	0,58	0,2
<i>Maj</i>	0,05	0,33	0,52	0,32	0,27	1,23	0,09	0,34	0,1
<i>Juni</i>	0,14	0,57	2,66	0,47	0,25	0,31	0,1	0,12	0,58
<i>Juli</i>	0,16	0,75	3	0,2	0,22	0,57	0,25	0,25	0,37
<i>Augusti</i>	0,22	0,31	0,23	0,74	0,14	0,8	0,08	0,22	0,23
<i>September</i>	0,1	0,5	0,09	0,15	0,1	0,39	0,22	0,25	0,16
<i>Oktober</i>	0,1	0,51	0,6	0,12	0,34	0,55	0,13	0,36	0,07
<i>November</i>	0,09	0,62	0,3	0,52	0,62	0,6	0	0,59	0
<i>December</i>	0,10	0,5	0,36	0,1	0,27	0,7	0,06	0,35	0,15
<i>Snitt respektive kommun</i>	0,12	0,62	0,80	0,33	0,50	0,76	0,16	0,30	0,20

8.2 Hygien

All personal erhåller information om gällande rutiner och riktlinjer för hygien och arbetskläder.

Genomförande av utbildningsinsatser i basal hygien för omvårdnadspersonal.

Planerat genomförs hygienrund på utvald enhet årligen. Detta har dock inte blivit utförd under senaste året på grund av hög belastning på vårdhygien relaterat till pågående pandemi. Hygiensjuksköterska haft mycket kort besök i verksamheten för att diskutera i samband med avslutad smittspårning.

Flertalet reviderade och nytillkomna rutiner för att förbättra hygienarbetet. Framkommit under rådande pandemi.

8.3 Förebyggande arbetssätt

Inom verksamheterna genomförs olika samverkansformer, teamträffar/brukarmöten/APT'er och dyligt, för att främja det tvärprofessionella arbetet och följa upp hälso- och sjukvårdsbehovet. Dessutom syftar dessa möten till att klargöra hur patienten/brukaren önskar få hjälp med sin omvårdnad och vara delaktig.

Kvalitetsregister som används i detta syfte är Senior Alert. Däremot har arbetet med kvalitetsregister varit haltande under pandemin och behöver förbättras.

8.4 Vård i livets slutskede

Svenska Palliativregistret används för att utvärdera arbetet kring den sista tiden i livet. Detta för att finna områden som behöver utvecklas inom verksamheten. Tyvärr har även detta register använts betydligt mindre under rådande pandemi och behöver på nytt startas upp igen.

Nu finns även möjlighet för närstående att få inloggning till närståendekenäten och göra sin bedömning av livets sista tid.

Kommunen har inte längre någon representant i Palliativa Rådet. Därutöver är Rådets utformning och placering i närvårdsstrukturen under pågående arbete så viss osklarhet finns hur råden kommer fortsätta fungera, enskilt eller som del av de nya lokala programområdena.

8.5 Demenssjukdom

Arbetet utgår ifrån ”Länsgemensamt program för vård och omsorg vid demenssjukdom i Sörmland” som reviderats i slutet av 2019. En omstart har gjorts kring arbetet med BPSD och utbildning och instruktion har hållits med personal. I syfte att minska beteende- och psykiska symtom vid demenssjukdom. Därutöver har skattning/åtgärdsplaner och bemötandeplaner börjat upprättas hos personerna med demenssjukdom.

Kvalitetsregistren som används är BPSD och Svedem.

Demens-ABC ska planerat genomföras av all omvårdnadspersonal.

Nollvision är med i tanken för att undvika onödiga tvångs- och begränsningsåtgärder.

Påbörjat revidering av lokalt handlingsprogram vid demenssjukdom som ska precisera arbetet i Vingåkers Kommun. Detta har för närvarande pausats på grund av rådande omständigheter i samband med Covid-19.

8.6 Avvikelser

Uppföljningar sker på arbetsplatsträffar, brukarmöten eller teamträffar beroende på vilken form som används. Utredning leds av ansvarig enhetschef och berörd/behövd inblandade professioner.

Kan lämnas vidare till enhetschef för HSL om det berör legitimerad personal.

Kan lämnas vidare till ledningsstöd om det är misstanke om Lex Sarah.

Kan lämnas vidare till MAS om det är misstanke om Lex Maria.

Utredningar och anmälningar lyfts till Socialnämnden för information och vid beslut om att ärende ska anmälas skickas detta vidare till IVO.

8.7 Läkemedelshantering

Lokala läkemedelsrutiner ska revideras vid behov, minst årligen. Detta har blivit haltande på grund av pågående pandemi samt försenad publicering av det nya läkemedelshäftet ”Läkemedelshantering i Sörmland” som nu är färdigt december 2020.

Extern kvalitetsgranskning angående läkemedelshantering genomförs årligen.

Arbete pågår med att implementera digital signering. Vart avbrutet på grund av tekniska svårigheter och pandemi men är nu lyft igen.

Förenklade läkemedelsgenomgångar ska utföras, lämpligen vid årskontroll eller nyinskrivning/inflytt. Syftet med dessa är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen för äldre. Vid hög användning av läkemedel eller kvarvarande läkemedelsrelaterade besvär så kan en fördjupad läkemedelsgenomgång genomföras.

Information angående antal genomförda läkemedelsgenomgångar har eftersökts i verksamheten och via Vårdcentralen Vingåker. Dock kan inte säkra data angående detta erhållas. Många förenklade läkemedelsgenomgångar har genomförts men mycket få fördjupade. Data från Vårdcentralen är inte kodad som läkemedelsgenomgång och blir då inte möjlig att utgå ifrån. Med stor sannolikhet har merparten av patienterna/brukarna inom verksamheten erhållit förenklad läkemedelsgenomgång, dock saknas kodningen. Detta är ett förbättringsområde att titta närmare på för att säkerställa genomgångarna.

8.8 Munvård

Överenskommelse med Region Sörmland är under revision gällande munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

Under 2020 genomfördes 56 munhälsobedömningar inom Vingåkers Kommun. Detta var de 67.5% av de som tackat ja till munhälsobedömning. Totalt tackade 83 ja och 114 nej. Dessa siffror inkluderar även LSS och Eget boende (N3 och N4).

Om vi endast ser på särskilt boende var det 42 av de 43 som tackat ja som fick munhälsobedömning mao 97.7%.

8.9 Rehabilitering och hjälpmedel

Viktigt att avvikelser skrivs när träningar inte blir utförda. Detta är en ordinerad behandling likt läkemedel. Viss utbildning/instruktion har hållits gällande korrekt hantering av hjälpmedel.

Avtalen för hjälpmedlen i Vingåkers Kommun går via Hjälpmedelscentralen.

8.10 Dokumentation

Behov av att upprätta rutin för granskning av patientjournal.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) ska vårdgivaren regelbundet granska att hälso- och sjukvårdens personalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar. Denna granskning ska sedan presenteras i patientsäkerhetsberättelsen.

8.11 Samverkan

Samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas när insatser behövs från flera vårdgivare. Detta kan även innebära delat ansvar.

Här finns ett stort förbättringsområde när det gäller inskrivning i hemsjukvård. När och hur ansvar överflyttas till den kommunala vården.

8.12 Värmebölja

Arbete genomförts enligt tidigare rutiner.

Flera kylfläktar blivit installerade/inköpta i verksamheten. Dessa har då använts enligt rekommendationer från folkhälsomyndigheten och smittskydd på grund av samtida pandemi.

9 Riskanalys

Risk för vårdskada ska rapporteras som en avvikelse.

Risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen bedöms i standardiserade riskbedömningsinstrument i kvalitetsregistret Senior alert. Vid risk ska en bedömning av möjliga orsaker göras och åtgärder sättas in. Detta arbete behöver förbättras.

MAS har, tillsammans med en tillsatt arbetsgrupp, genomfört en riktad intern kontroll inom området språkförbistringar. Kontrollerna har genomförts i form av granskning samt händelse- och riskanalys.

Utöver denna riktade kontroll enligt nämndplan så har riskanalyser gjorts angående verksamheternas arbete i samband med Corona-pandemin för äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen.

Vidare så har analys gjorts för hur säkra besök kunnat genomföras i verksamheten och även kring förvaring av brandfarliga vätskor.

9.1 Utredning av händelser – vårdskador

Tre händelseanalyser har genomförts gällande inträffade avvikelser.

1. Avvikelse som inneburit risk för utebliven medicinsk behandling.
Analys: Bristande kontroll enligt rutin. Bristande kommunikation. Brist i administrering.
Åtgärder: Individuella förtydligande samtal med omvårdnadspersonal samt legitimerad personal. Återtagning av delegeringar. Skriftliga förtydliganden.
Beslut: Skickad till IVO. Inväntar återkoppling.
2. Avvikelse som inneburit brist i kommunikation och brist i bedömning angående hjälpmedel.

Analys: Brist i kommunikation vid upptäckt av sår. Brist i åtgärd från legitimerad personal. Brist i bedömning av patientens hjälpmedelsbehov.
Åtgärd: Individuella förtydligande samtal med legitimerad personal.
Förtydligande kring ansvarsfördelningen gällande madrasser.
Kompletterad checklista vid nyanställd sjuksköterska.
Beslut: Skickad till IVO, är avslutad enligt beslut från IVO.

3. Avvikelse som inneburit brist i kommunikation och fel i behandling mot obstipation.

Analys: Brist i kommunikation, dokumentation och behandling. Bristfälligt samarbete mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
Utebliven information i journalen. Felaktig behandling gällande laxerande läkemedel.

Åtgärd: Tydliggöra vikten av att dokumentera. Samtal om ansvaret att följa ordination och kontrollera mot gällande ordination. Förtydligat att inget får skrivas på signeringslistor om inte sjuksköterska gör detta och signerar och dokumenterar.

Beslut: Skickad till IVO. IVO har begärt komplettering. Komplettering är skickad till IVO. Inväntar återkoppling.

9.2 Informationssäkerhet

Informationssäkerhet ska sedan år 2017 finnas med som en del i patientsäkerhetsberättelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården trädde i kraft 1 mars 2017.

Ytterligare bestämmelser om innehållet i en patientsäkerhetsberättelse finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ledningssystemet är att genom systematiskt och fortlöpande arbete utveckla och kvalitetssäkra genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Dataskyddsförordningen, GDPR (General Data Protection Regulation) trädde i kraft den 25 maj 2018 och ersatte personuppgiftslagen (PUL). GDPR syftar till att skydda den enskildes grundläggande rättigheter, särskilt rätten till skydd av personuppgifter.

MAS har inte genomfört granskning av patientjournaler enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40).

Detta borde dock genomföras och arbete är påbörjat för att skapa rutin och mall för denna granskning. Sedan borde detta även lyftas in i internkontrollplanen. Vore även lämpligt att internkontrollplanen innehöll ärende att kontrollera så riktlinjer gällande i förvaltningen är aktuella och uppdaterade.

MAS har inte kunnat reviderat befintliga riktlinjer under rådande omständigheter.

Loggkontroll har genomförts av journaler.

10 Resultat och analys

Hur har året sett ut baserat på tillgängliga data och kontroller.

10.1 Egenkontroll

Här presenteras den interna kontrollen från flera olika system.

10.1.1 Avvikelser

Andra halvåret 2020 har sammanlagt 786 avvikelser registrerats i verksamhetssystemet. Detta är en ökning på knappt 200 avvikelser från första halvåret. Ungefär två tredjedelar har angivet lagrum, 506 (64,4%). 264 (33,6%) avvikelser har markerats tillhöra Hälso- och Sjukvården (HSL), medan 223 (28,4%) avvikelser angetts tillhöra Socialtjänstlagen (SOL) och 19 (2,4%) uppges beröra Lagen och särskilt stöd och service (LSS). För resterande avvikelser, 280 (35,6%), finns inget lagrum angivet. Detta innebär att avvikelserna i högre grad, än tidigare, är markerade vilket lagrum de tillhör. Första halvåret 2020 rapporterades 607 avvikelser.

Avvikelserna skrivs i verksamhetssystemet Treserva. Det är åtgärderna som anges och vilka uppföljningar som görs som behöver lyftas fram i det systematiska kvalitetssäkerhetsarbetet. Rör avvikelserna omvårdnad eller medicinska aspekter inom hälso- och sjukvården, eller hjälpmedel och medicintekniska produkter ska legitimerad personal inom hälso- och sjukvården informeras om avvikelser. Allvarliga avvikelser ska även informeras direkt till MAS och/eller ledningsstöd vilket inte alltid, men oftast, sker. Utredning kan behöva inledas omgående för vissa avvikelser och här finns ett tydligt förbättringsområde eftersom risk finns att utredningsstart drar ut på tiden. Denna risk är stor om avvikelsen inte framkommer till MAS när den skrivs.

Under hösten 2020 har tre ärenden anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Därutöver har två avvikelser utretts inför eventuell anmälan till IVO som Lex Sarah men i utredningarna beslutades att inte gå vidare med dessa.

Det har varit 12st avvikelser som varit riktade mot annan vårdgivare. Alla är inte besvarade ännu.

Ett fåtal avvikelser har inkommit mot kommunen och alla är besvarade.

2020 Andra halvåret	2020 %	2020 Första halvåret	2020 %	2019 Andra halvåret	2019 %	
20		16		10		Annan händelse
26		13		21		Arbetsrutiner
1		1		3		Bemötande
12		3		5		Dokumentation
241	30,7	191	31,5	198	32,4	Fall
9		6		8		Hjälpmedel
7		13		2		Information/kommunikation
288	36,6	236	38,9	213	34,9	Läkemedel
2		4		1		Nutrition
26		24		25		Omvårdnad
107	13,6	77	12,7	97	15,9	Ospecificerad
0		0		2		Resa
0		2		2		Stöld
1		1		1		Träning
38		11		18		Utebliven insats/besök
5		5		4		Våld och övergrepp
3		3		1		Vård och behandling
0		0		0		Vårdplaneringsprocessen
0		1		0		Vårdrelaterade infektioner
786		607		611		Totalt antal avvikelser

10.1.2 Klagomål och synpunkter

Inga klagomål har inkommit från Patientsäkerhetsnämnden.

Inga klagomål har inkommit via IVO.

18st klagomål och synpunkter har inkommit till verksamheten under 2020 och alla är besvarade.

10.1.3 Riskanalys

Genom riktade interna kontroller samt övriga riskanalyser vid behov kan verksamheten upptäcka utvecklingsområden och undvika risker. Åtgärder som identifieras kan innebära förändring av arbetssätt, struktur i verksamheten eller behov av annan investering.

10.1.4 Digital signering

Då arbetet med digital signering är återupptaget är förhoppningen att kunna börja använda detta under 2021. MAS och Ledningsstöd samt IT arbetar med frågan.

10.1.5 Kvalitetsgranskning av läkemedel

Extern granskning av läkemedelshanteringen sker årligen inom kommunens enheter av farmaceut, både inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen. Nuvarande avtal gällande kvalitetsgranskning av läkemedelshandling mellan Vingåkers kommun och ApoEx AB gäller sedan 1 juli 2017. Men är nu under ny upphandling.

Utifrån avtalet ska årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshandling ske i de enheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshandling utifrån Socialstyrelsens författningar, läkemedelskommitténs häfte Läkemedelshandling i Sörmland, december 2020 samt enhetens lokala rutiner. Varje enhet skriver sin egen åtgärdsplan som enhetscheferna ansvarar för att åtgärda och följa upp i samarbete med sjuksköterskorna.

Årets kvalitetsgranskning har inte innefattat en kontroll av patienters läkemedelsskåp eller akut- och buffertförråd för att minska rörelsen inom verksamheten på grund av samtida pandemi. MAS följer upp samtliga enheter efter ett halvår.

Fokusområden för årets kvalitetsgranskning har varit; lokala instruktioner, handhygien, städning i läkemedelsskåp, narkotika och avvikelser. De flesta av åtgärdsförslagen från 2019 var genomförda, kvarvarande följde med till åtgärdsplanen för 2020.

- Ansvar och lokala rutiner: Finns på varje enhet. När rutinerna uppdateras ska informationen vara riktad mot aktuell verksamhet och göras mer tillgänglig.
- Narkotika i Akut- och buffertläkemedelsförrådet: Fanns förbrukningsjournal där narkotikakontroll inte gjorts enligt rutin varje månad. Förbättringsförslag är att skriva avvikelse när detta inte genomförs och att dubbelsignera vid överföring till ny förbrukningsjournal.
- Förvaring – personbundna läkemedel: Vid övertagande ska läkemedel förvaras inlåsta tillsammans med dokumentationen. Endast delegerad personal och sjuksköterska ska ha tillgång till detta. Förbättringsförslag är att lämpliga läkemedelsskåp ska installeras där det saknas. Lås med

spårbarhet bör användas. Aktuella läkemedelsrutiner för beställning, förvaring och kassation ska finnas.

- Narkotika – Personbundna läkemedel: Säkerställa att kontroller görs enligt rutin samt att rutin finns för acceptabel mängd narkotika i läkemedelsskåp.
- Hygien: God uppfyllelse av kraven och följsamhet till rutiner. Behöver säkerställas att hjälpmedel finns för att hantera läkemedel på säkert sätt, som handskar. Att tydliggöra vad städning av läkemedelsskåp innebär.
- Avvikelser: Viktigt att avvikelserna skickas till rätt person och att kod för avvikelse skriven används på signeringslistor.

Övriga och mer detaljerade resultat redovisas separat till Socialnämnden och inte i sin helhet här i patientsäkerhetsberättelsen.

10.2 Förebyggande arbetsätt

Vilka områden är aktuella och hur arbetar verksamheten med sitt förebyggande förhållningssätt.

10.2.1 Senior alert

Riskbedömningar utförs med stöd av Senior Alert och följs upp på enhetsnivå vad det gäller trycksår, undernäring, munhälsa och fall. Sjuksköterskor och paramedicinsk personal samarbetar med baspersonal kring riskbedömningar.

Detta arbete har dessvärre prioriterats bort under rådande pandemi och behöver återupptas igen.

	2019	2020
Antal riskbedömningar	122 (100%)	24 (100%)
Antal riskbedömningar med risk	108 av 122 (89%)	20 av 24 (83%)
Antal åtgärdsplaner vid risk	72 av 108 (67%)	16 av 20 (80%)
Utförda åtgärder vid risk	61 av 78 (78%)	11 av 16 (69%)

10.2.2 Demensvård

Befintlig lokal handlingsplan för vård vid demenssjukdom ska revideras för att gå i linje med nya länsgemensamma planen.

Registret Svedem är ett kvalitetsregister för personer med demenssjukdom. Registrering startar vid utredning och diagnos. Uppföljningar sker årligen på vårdcentral eller inom särskilt boende.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) - registret bidrar till

- Ökad livskvalitet
- Implementering av nationella riktlinjer
- Personcentrerad omvårdnad
- Teamarbete och tydliga mål

- Kvalitetssäkring genom uppföljningar
- Tydliggöra vårdtyngd och bidra till verksamhetsutveckling

37 registreringar är genomförda i BPSD. Detta skulle behöva utökas.

10.2.3 Hygien och smitta

Hygiensjuksköterskorna i Region Sörmland samarbetar med kommunernas MAS. Uppdraget är att vara en expertfunktion som kan bidra med stöd, handledning inom området vårdhygien och utbildning. Arbetet innefattar också utredning vid smittutbrott, riskbedömningar, kvalitetsuppföljning och utvecklingsarbete inom hygienområdet. Varje enhet har hygienombud som tillsammans med enhetschefen har i uppdrag att bevaka att basala hygienrutiner följs.

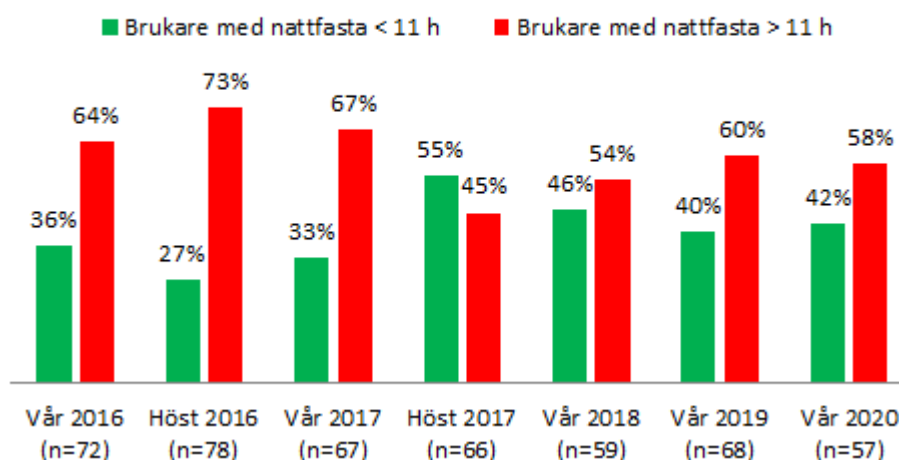
Hygiensjuksköterskan från regionen ska planerat utföra en hygienrond per år tillsammans med enhetschef och hygienombud. Detta har inte blivit genomfört under 2020 på grund av rådande arbetsbelastning för hygiensjuksköterskorna under pandemin.

10.2.4 Nutrition

Risken för framför allt undernäring hos äldre och funktionsnedsatta är ett högt prioriterat område som följs regelbundet via kvalitetsregistret Senior Alert. Nattfastemätningar har tidigare utförts två gånger per år på särskilt boende för äldre (SÄBO) och rapporteras till Socialnämnden. Detta är under diskussion och kan komma att ändras.

Under 2020 finns endast data från mätning under våren, genomfördes under mars månad. Dietist har sammanställt resultatet för nattfastemätning.

Nattfasta 2016-2020



Diagrammet visar nattfastemätningen på SÄBO uppdelat i längre och kortare tid än 11 timmar. Den röda stapeln visar lång nattfasta och den gröna stapeln visar nattfasta under 11 timmar. Målnivån för 2020 och även den slutliga målnivån på

11 timmar har uppnåtts i mätningen för året då genomsnittligt antal timmar uppgår till 10 timmar 39 minuter.

Sammanställning av medelvärdet för samtliga avdelningar år 2016 – 2020

År	Vår	Höst
2016	11 tim 4 min (11:07 h)	11 tim 50 min (11:53 h)
2017	11 tim 28 min (11:47 h)	10 tim 43 min (10:72 h)
2018	10 tim 59 min (10:98 h)	
2019	10 tim 39 min (10:65 h)	
2020	10 tim 55 min (10:92 h)	

Andel kvinnor och män med nattfasta > eller < 11 timmar våren 2020

Vår 2020	Kvinnor	Män
Lång nattfasta (>11h)	65%	48%
Kort nattfasta (<11h)	35%	52%
Antal brukare	34	23

Vid behov har sjuksköterska kontaktat dietist för bedömning av olika brukares nutritionstatus (näringstatus) och lämpliga åtgärder. Dietist har medverkat på möten och arbetsplatsträffar. Kontinuerliga möten med enhetschefer och sjuksköterskor planeras att fortsätta under 2021 för att kunna fortsätta att förbättra nattfastan och diskutera andra aktuella frågor inom kost och nutrition.

Dietist har varit på plats och haft genomgångar med stor del av personalen inom SÄBO. Samt även träffat enhetschefer och legitimerad personal i detta syfte. Även personal tillhörande köksverksamheten har fått utbildning i näringsintag och konsistensanpassning.

Vårens mätning visar att 42 % av brukarna hade en nattfasta kortare än 11 timmar. Detta är en förbättring från förra våren då siffran låg på 40 %.

Genomsnittligt antal timmar var 10,92 timmar.

10.2.5 Palliativ vård i livets slutskede

Den palliativa vården följs kontinuerligt via Svenska Palliativregistret.

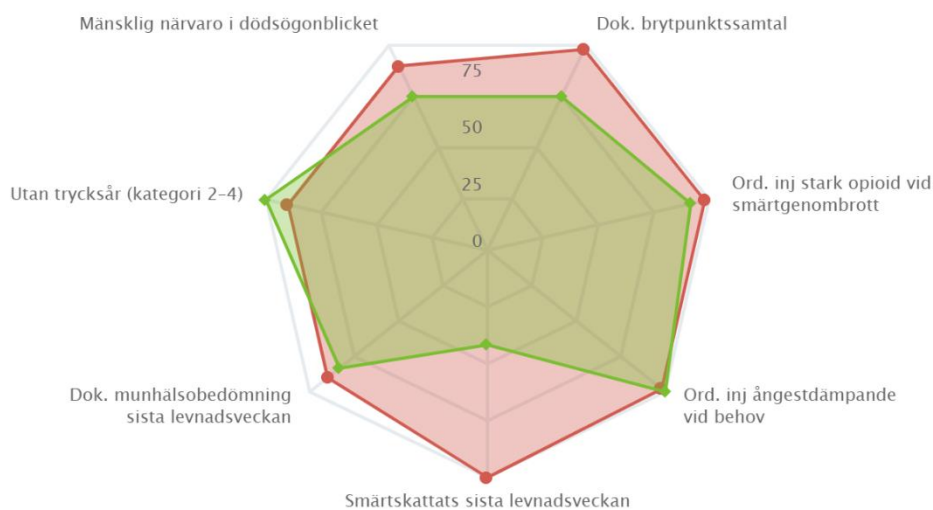
När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. I den palliativa vården ingår även att ge anhöriga stöd i deras sorgearbete. Palliativ vård kommer från det latinska ordet pallium som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen om den döende människan. Den palliativa vården handlar mycket om att se över och stödja hela livssituationen och omfattar alla personer

med sjukdom som inte går att bota. Detta gäller oavsett diagnos eller typ av sjukdom. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonalen kan gemensamt, utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. De kan då gemensamt sätta upp ett mål.

Enligt inrapporterade uppgifter har Vingåker god täckning på kvalitetsindikatorerna i stort. Dock har vi fått sämre resultat gällande smärtskattning. Det gäller då dokumenterad smärtskattning enligt validerat instrument. Detta är ett område som behöver återupptas och förbättras för att säkerställa att behandlingar har önskad effekt.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer i Svenska Palliativregistret

Period 2020-01 – 2020-12



10.3 Sammanfattande bedömning

Under 2020 har verksamheten varit hårt belastad på grund av arbetet med och kring rådande pandemi. Dessutom har bemanningen för sjuksköterskor varit ansträngd. Detta har haft negativ påverkan på flera områden inom patientsäkerheten. Det mest akuta arbetet har prioriterats först.

11 Mål och strategier för kommande år

11.1 Mål

God och säker vård

11.2 Strategier

Fokusområden att arbeta vidare med.

11.2.1 Nära vård

- Försätta arbeta för Trygg hemgång och effektiv samverkan.
- Försätta arbeta med att tydliggöra arbetet vid inskrivning i hemsjukvård.
- Arbeta för att utöka mängden SIP som genomförs.
- Försätta utöka arbetet med Prator eller liknande system.
- Försätta utökandet av användningen av NPÖ som informationskälla.

11.2.2 Avvikelser

- Uppdatera rutin och flödesschema för hanteringen av avvikelser.
- Skapa förtydligande handbok för avvikelser.
- Förbättra arbetet med och uppföljningen av avvikelser.

11.2.3 Demenssjukdom

- Försätta arbetet med registrering i BPSD-registret.
- Förbättra uppföljningar i Svedem.
- Försöka arbeta med att revidera lokala handlingsplanen.
- Öka mängden bedömningar och planer för alla med demenssjukdom.

11.2.4 Förebyggande arbetssätt

- Öka registreringen i Senior Alert.
- Försätta arbeta med dygnfastan och mätning.

11.2.5 Dokumentation

- Pågående upphandling av dokumentationssystem.
- Försätta arbeta med att införa digital signering.

11.2.6 Hygien

- Hygienrond bör genomföras på två enheter.
- Punktprevalensmätningar bör genomföras årligen.

11.2.7 Läkemedelshantering

- Förbättra arbetet med läkemedelsgenomgångar. Framför allt enkla.
- Genomföra fördjupade läkemedelsgenomgångar vid behov.

11.2.8 Palliativ vård i livets slutskede

- Lämpligt att fler genomgår Palliation ABC på Demenscentrum.
- Öka registreringen i Palliativregistret.
- Öka omvårdnadspersonalens delaktighet i registreringar i registret.
- Förbättra dokumentationen kring smärtskattning sista tiden i livet.

11.2.9 Övrigt

- Skapa rutin för granskning av patientjournal.
- Fortsätta arbetet kring språkförbistringar i vården.