

# Patientsäkerhetsberättelse för Trosa kommun År 2023



Datum 2024-03-20

Ansvarig för innehållet Medicinsk ansvarig sjuksköterska Trosa kommun

Diarienummer

## Inledning

Utformningen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

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

Syftet med att använda sig av samma mall är att belysa önskvärd struktur över arbete med patientsäkerhet i Trosa kommun och involvera hela Vård och omsorgskontoret att utgå ifrån denna struktur vid allt patientsäkerhetsarbete. Även den framtagna handlingsplanen för ökad patientsäkerhet följer samma struktur och har en direkt koppling mellan patientsäkerhetsberättelsen. Under 2023 har det tagits fram en handlingsplan som utgår från de identifierade nationella fokusområdena för God och säker vård överallt och alltid.

*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 upprättas årligen, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| SAMMANFATTNING .....  | 4  |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....                | 5  |
| Systematiskt patientsäkerhetsarbete.....                          | 5  |
| Engagerad ledning och tydlig styrning .....                       | 6  |
| Övergripande mål och strategier.....                              | 6  |
| Organisation och ansvar.....                                      | 6  |
| En god säkerhetskultur .....                                      | 9  |
| Adekvat kunskap och kompetens .....                               | 9  |
| Patienten som medskapare .....                                    | 10 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....  | 10 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador .....                        | 12 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer.....                | 13 |
| Säker vård här och nu.....  | 14 |
| Stärka analys, lärande och utveckling.....                        | 15 |
| Avvikelse.....  | 16 |
| Klagomål och synpunkter .....                                     | 18 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap.....                            | 18 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....              | 19 |
| BILAGA 1 – Översikt egenkontroll gällande hälso och sjukvård..... | 21 |
| BILAGA 2 - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler .....   | 22 |
| BILAGA 3 – Senior Alert .....                                     | 23 |
| BILAGA 4 – Palliativa registret.....                              | 24 |
| BILAGA 5 – Utskrivningsklara patienter (UK dagar) .....           | 25 |
| BILAGA 6 – Avvikelse hälso och sjukvård.....                      | 26 |

## **SAMMANFATTNING**

Under 2023 har verksamheten återigen försökt hitta tillbaka till arbete som fick stå tillbaka under pandemin. Framgångsrikt arbete med att vaccinera alla patienter som velat bli vaccinerade med sammanlagt två doser under året har troligen lett till att vi inte haft någon större smittspridning i våra verksamheter. Flera av uppsatta mål för verksamheten under 2023 har antingen uppfyllts eller att plan finns när arbetet ska börja, vilket bör ses som framgång trots rådande förhållanden och utmaningar som verksamheten prövats för under året. En viss struktur över patientsäkerhetsarbetet kommer att skapas framöver i och med framtagande av den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har gjort ett gott arbete utifrån de förutsättningar vi haft för att uppnå god patientsäkerhet under 2023.

### **Viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten**

- Utbildning av undersköterskor i praktiska vårdmoment
- Arbete med kontinuiteten både bland legitimerad - och omvårdnadspersonal
- Medverkande i olika kvalitetsregister för det preventiva arbetet
- Omfattande översyn av delegeringsförfarande, struktur, rutiner och kvalitetssäkring
- Framtagande av lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet
- Omfattande insatser kring BPSD utbildning och implementering
- Struktur över Klinisk träningscenter (KTC), utbildningssamordnare
- Framgångsrikt vaccinationsarbete med både vår och höstdoser
- Omfattande åtgärder kring påtalade brister från IVO och tillsyn som genomfördes på säbo

### **Framtiden – inriktning för ökat patientsäkerhetsarbete**

Verksamheten har för avsikt att fortsätta arbeta med uppsatta mål för att uppnå god patientsäkerhet med god kvalitet. Dessa mål ska uppnås genom följande arbete:

- Struktur över kompetenshöjande insatser, interna och externa utbildningar av både omvårdnadspersonal och legitimerad personal
- Implementering av den lokala handlingsplanen i patientsäkerhet
- Förflyttning av kompetens så att varje profession ska kunna arbeta på toppen av sin kompetens
- Fortsatt medverkande i olika nationella mätningar såsom PPM, Svenska HALT samt olika kvalitetsregister som Senior Alert, BPSD, SveDem och Palliativa registret
- Systematiskt arbete med avvikelshantering med tydlig struktur
- Digital läkemedelssigenering, erbjuda digitala hembesök
- Införa läkemedelsautomater
- Dokumentera enligt ICF struktur, implementera nytt journalsystem för legitimerad personal
- Aktivt arbete med planerade åtgärder efter IVO:s tillsyn av SÄBO.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (se sid 2. för en helhetsbild).

Det pågår en förflyttning av vården i hela landet där primärvården ska vara navet för denna förflyttning. Alltmer avancerad hälso och sjukvård utförs idag inom den primärvård som även kommunerna har ansvar över. För att möta dessa förändringar och samtidigt säkerställa en god och säker vård behöver patientsäkerhetsarbetet stärkas och utvecklas på alla nivåer.

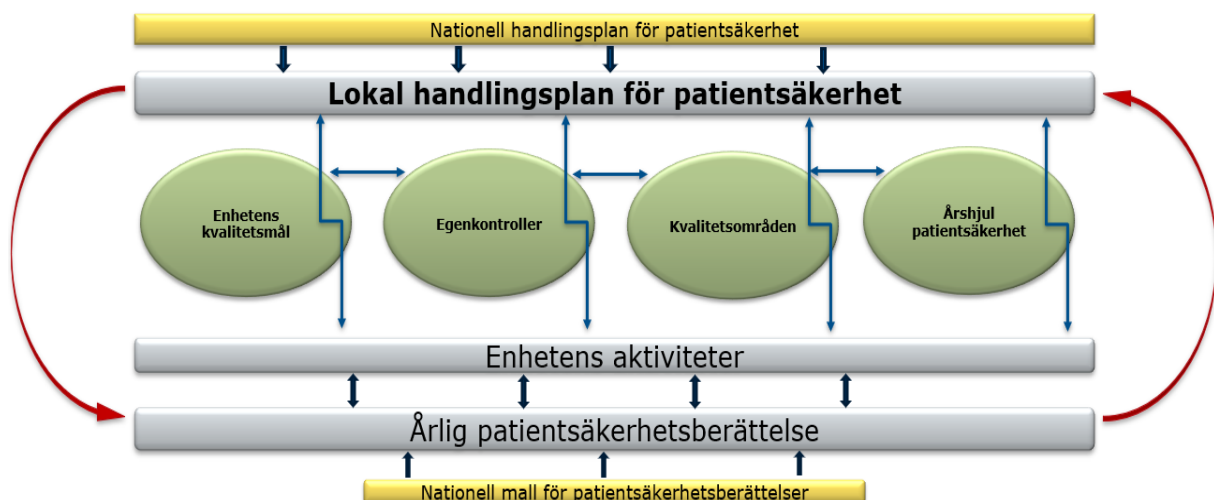
## Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Enligt SOSFS 2011:9 ska varje vårdgivare aktivt arbeta med att skapa systematik i arbete med patientsäkerhet. Målet under 2023 har varit att ta fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet inom vård och omsorg i Trosa kommun. Syftet med en lokal handlingsplan för patientsäkerhet har varit att utifrån vård och omsorgskontorets bedömningar av nuläget och behov av utveckling identifiera gemensamma mål, områden för aktiviteter samt hitta viktiga principer som ska vägleda verksamheten i att kunna fatta viktiga beslut. Tidigare saknade vård och omsorgskontoret ett strukturerat arbete inom patientsäkerhet varför denna handlingsplan ska ses som en ram för fokuserat utvecklingsarbete inom hela vård och omsorgskontoret i Trosa kommun. Handlingsplanen bygger på en nulägesanalys. Den utgår ifrån de områden som identifierats under analysen som bedömdes ha ett stort strategiskt värde för att kunna genomföras inom hela verksamheten. Den inkluderar även pågående arbeten som behöver fortsatt fokuseras på.

Denna handlingsplan ska vara av dynamisk karaktär och följas upp årligen i verksamheten. Prioriterade områden som tagits fram under analysen ska inkluderas i verksamhetsplaner och arbete behöver ske aktivt under hela året. Vid framtagande av nulägesanalysen har enhetschefer från hemtjänst, hemsjukvård, särskilda boenden samt funktionshinderområdet medverkat, men även representant från legitimerad personal där Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) lett arbetet. Prioriterade områden har tagits fram i samråd med enhetschefer för utförarverksamheter samt godkänts av vård och omsorgschefen. Framtagen handlingsplan gäller för perioden 2024–2026, därefter görs en ny nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet. Strukturbild nedan över lokal handlingsplan.

Vision: *Stärkt patientsäkerhet och god kvalitet genom säker vård och omsorg med patienten som medskapare*  
Mål: *Vård och omsorg i Trosa kommun ska genomsyras av en god patientsäkerhetskultur*

KUJIVIL



## 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. Vid framtagande av den lokala handlingsplanen visade analysarbetet att kunskapen om patientsäkerhet behöver stärkas på flera ledningsnivåer. De identifierade prioriteringar handlar om att ta fram grundläggande utbildning inom patientsäkerhet för ledningen, skapa förutsättningar för enhetschefer till fortbildning samt kännedom om ansvaret som medföljer rollen och initiera till analysdagar med ledningsgruppen. Analysen påvisade också att vilja i verksamheten finns att lära nytt och ta ansvar vilket ses som en positiv förutsättning till fortsatt arbete.



### Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §*

Vård och omsorgsnämnden har totalt sex övergripande mål som berör kompetens, nöjdhet, trygghet, personal, ekonomi samt miljö. Framtagna mål påverkar indirekt patientsäkerheten i flera avseenden när det bland annat gäller kompetens, trygghet och nöjdhet.

| Verksamhetens uppdrag  | Aktivitet   |
|--|---|
| Personal som arbetar inom vård – och omsorgskontoret ska ha rätt formell kompetens | Öka andelen med formell kompetens<br>Öka antalet specialistundersköterskor<br>Kortare fortbildningar för personal<br>Öka utnyttjande av KTC |
| Vårdtagare ska känna sig trygga i sitt hem med stöd                                | Införa välfärdsteknik och följa den framtagna handlingsplanen för införande av välfärdsteknik   |
| Vårdtagare ska vara sammantaget nöjda med vård och omsorgskontoret i Trosa kommun  | Rätt insats utförd i rätt tid och även uppföljd i rätt tid  |

### Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

#### Vård och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden i Trosa kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att detta integreras med de befintliga systemen för budget- och verksamhetsplanering. Detta innebär ansvar för att verksamheten är organiserad och ges förutsättningar i syfte att upprätthålla god kvalitet och hög patientsäkerhet.

#### Vård och omsorgschefs ansvar

I Trosa kommun är det vård och omsorgschef som är lagstadgad verksamhetschef för hälso- och sjukvård (HSL). Vård och omsorgschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom vård och omsorg. Ansvaret avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården som främjar kostnadseffektivitet.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

I varje kommun ska det enligt HSL 11 kap 4§ finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beskrivs att MAS ansvarar för att patienten får en ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att beslut om att delegera ansvar för hälso och sjukvårdsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering och att rapportering enligt 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659) utförs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder alla allvarliga händelser inom vård och omsorg som gäller hälso- och sjukvård efter delegation av nämnden.

### **Enhetschef**

Enhetscheferna i verksamheten är ansvariga för att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom sin respektive enhet och vård och omsorgschefen har ansvaret för att leda och fördela enhetschefernas arbete, samordna, följa upp och initiera förändringar.

### **Legitimerad personal**

Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med vårdtagare. Vårdtagaren ska visas omtanke och respekt. Legitimerad personal ansvarar för att anmäla avvikelser, medverka i utredning samt vidta nödvändiga åtgärder för avvikelser som berör hälso och sjukvård.

### **Delegerad hälso och sjukvårdspersonal**

All personal inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser i verksamhetssystemet. Samtlig personal har också en skyldighet att följa uppsatta riktlinjer så att en patientsäker verksamhet kan upprätthållas. Delegerad omvårdnadspersonal som utför delegerade hälso och sjukvårdsuppgifter omfattas av hälso och sjukvårdslagen (HSL).

### **Patientnämnden**

Om vårdtagare eller närstående vill framföra ett klagomål till vårdgivare kan denne vända sig till patientnämnden. Patientnämnden fattar inga medicinska beslut, men kan hjälpa och stödja patienter i att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren. De klagomål som kommer in till patientnämnden framförs till vårdgivaren som genom sin utredning av klagomålet kan hitta åtgärder för att förbättra verksamheten.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

Samverkan förekommer både internt och externt och är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdskador. Hur samverkan går till regleras i diverse samverkansdokument och överenskommelser genom bl a:

- Läns gemensam struktur för Närvård i Sörmland där verksamheten deltar i olika arbetsgrupper
- Smittskydd och vårdhygien, bl a bekostnad av hygiensjukskötersketjänster
- Kvalitetsgranskning läkemedel från Svensk Dos AB
- Palliativ vård, läns gemensam rutin
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning.
- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso och sjukvården mellan Region Sörmland och kommunerna i Sörmland.
- Samordnad vårdplanering, rutiner kring utskrivningsprocessen.
- MAS/MAR nätverk där alla Sörmlands kommuner är representerade
- Lokal samverkan mellan vårdcentral, specialistsjukvården SSIH och kommunen
- Uppsökande tandvård, riktlinjer för munhälsobedömningar samt utbildning för personal.

- Samverkan Forskning och utveckling (FOU)
- Nära vård – samverkan mellan lokala processledare

När det gäller den externa samverkan på lokal nivå saknas det fortsatt samverkan kring patienter som tillhör psykiatri. Det förekommer samverkan idag på länsnivå i tex arbetsgruppen för psykiatri och funktionshinder. Informationen och arbetssätt bedöms ha svårt att nå ut i verksamheten pga att det behövs en lokal förankring också kring dessa patientgrupper. Bedömningen är att dessa patienter riskerar att inte få en sammanhållen vård.

Den interna samverkan inom vård och omsorg behöver också utvecklas för att förebygga vårdskador. I och med flera omorganisationer internt med olika team som inte har förutsättningar att arbeta tätt med varandra uppstår patientsäkerhetsrisker. Det har under året gjorts ett omtag inom detta område för att tex legitimerad personal ska kunna arbeta med sina team i hemtjänsten där ansvarsområdena förtydligas. Detta har krävt en del organisationsförändringar samt schemaförändringar för personalen.

Vid framtida förändringar av team behöver hänsyn tas till hur hela teamet påverkas av en förändring, dvs all legitimerad personal, omvårdnadspersonal men även biståndshandläggare. Syftet bör alltid vara att bibehålla en god kontinuitet i teamet så att förutsättningar ska finnas för den nära vården och gemensamma planeringen kring insatser som rör individen. Målet ska vara att alltid genomföra risk och konsekvensanalyser vid förändringar som berör verksamheten och som kan påverka patientsäkerheten. Denna åtgärd har även identifierats vid framtagande av den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

I Trosa kommun finns det en övergripande informationssäkerhetspolicy som tydliggör ansvarsfördelningen. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Inom vård och omsorg förs patientjournalen i verksamhetssystemet Treserva och varje gång en journal läses registreras aktiviteten och därmed finns möjligheten att hämta ut loggar för aktiviteter. Förutom i verksamhetssystemet finns även tillgång till att läsa Region Sörmlands patientjournaler via Nationell patientöversikt (NPÖ) vilket förutsätter att patienten är inskriven i hemsjukvård och att samtycke från vårdtagaren har inhämtats. Verksamheten har även en rutin för loggkontroll som beskriver vad som behöver kontrolleras samt ansvarsfördelningen. Denna rutin behöver verksamheten vara bättre på att följa då det sällan utförs några sådana loggkontroller. Ansvaret för loggkontroll åligger enhetschefer som med hjälp av systemförvaltare kan få fram begärda loggar i verksamhetssystemet.

GDPR ombud har genomfört ett stort arbete med att klassa verksamhetens dokumentation samt alla system som hanteras inom verksamheten. Detta har lett till att det finns en bra systematik när det gäller vad som ska förvaras samt vad som inte får sparas. Det är alltid en risk att hantera patientjournaler och personuppgifter på papper. Verksamheten har idag fortsatt många aktiviteter där pappershantering förekommer och därmed risker för personuppgiftsincidenter. Att prioritera digitalisering i alla dess former bör anses vara prioriterat område framöver för att både säkerställa hantering av personuppgifter och effektivisera verksamheten.

Det saknas idag en struktur i verksamheten över användning av mobila enheter och information som hanteras i dessa enheter. Eftersom alltmer av information hanteras mobilt idag behöver verksamheten skapa en robust organisation kring denna del. Flera personuppgiftsincidenter har inträffat under året som berör felaktig hantering av personuppgifter i mobila enheter. Det saknas idag förutsättningar att på ett säkert sätt skicka och ta emot filer mobilt tex på ett sår. Vidare



behöver kunskapen om informationssäkerhet inom hela verksamheten förbättras då det idag saknas kunskap inom vissa områden och kännedom om gällande lagar.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Att skapa tid för lärande och reflektion inom verksamheterna är en god grund för att främja god säkerhetskultur. Vård och omsorgsnämndens övergripande mål när det gäller Hållbart medarbetarengagemang (HME) är ett totalindex på 85. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra varför det är av betydelse att lyfta frågorna inom verksamheten.



Under analysarbetet för framtagande av den lokala handlingsplanen identifierades behov av en regelbundenhet i arbete med säkerhetskulturen. Ett prioriterat område i handlingsplanen blev att verksamheten ska under nästkommande år implementera SKR:s verktyg för säkerhetsarbete, Hållbar säkerhetsengagemang (HSE). Syftet bör vara att skapa dialog inom förvaltningen samt kunna följa upp säkerhetskulturen så som med HME enkäten. När det gäller mer patientspecifika bedömningar kring risker görs det olika typer av riskbedömningar vid anslutande till tex hemtjänst eller hemsjukvård. Enheterna använder sig av arbetsplatsträffar som oftast sker månadsvis för att diskutera tex inträffade avvikelser, risker samt olika händelser. Vidare utför verksamheten risk och konsekvensanalyser när den specialiserade vården ska utföras av den kommunala primärvården. Dessa analyser är till grund om vården bedöms kunna utföras på primärvårdnivå där en god patientsäkerhet alltid eftersträvas.

## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. I verksamheten finns idag behov av att skapa en grund för tex introduktionsutbildningar. Det finns framtagna olika checklistor för introduktion av nya medarbetare där majoriteten av utbildningar som ska genomföras är webbaserade. Det saknas en gemensam struktur över kompetens och utbildning inom verksamheten idag. Vilken är den lägsta nivån som accepteras när det gäller kunskapsnivå idag? En kompetensutvecklingsplan behöver tas fram och en struktur över kompetensstegen bland alla professioner.



Framtagna handlingsplanen pekar på att behov finns av att ta fram en kompetensutvecklingsplan för vård och omsorg vilket är ett pågående arbete. Vidare har handlingsplanen pekat ut att varje profession behöver ha en kompetensutvecklingsplan som går att använda på individnivå där även en invertering av befintlig kunskap kartläggs på individnivå. En struktur över introduktionen behöver också tas fram enligt framtagen handlingsplan.

En översikt av aktiviteter som verksamheten arbetat med under 2023 inom ovanstående område presenteras nedan:

- Kliniskt träningscenter (KTC), en samordnande funktion har anställts för att bygga upp en struktur över arbetet med interna utbildningar och inventera vilka behov som verksamheten när det gäller praktisk träning i olika arbetsmoment
- Fortsatt utbildning av flera undersköterskor med den nationella satsningen Äldreomsorgslyftet.
- Fortsatt intern utbildning av undersköterskor i praktiska moment, vilket idag inte lärs ut under utbildningstiden för undersköterska.

- Intensiv hemrehabilitering (IHR) har startats upp men svårigheten har varit att identifiera patientgruppen varför projektet inte uppfyllt förväntningarna.
- Uppstart av palliativa gruppen med tvärprofessionella aktiviteter
- Införande av fast omsorgskontakt i hemtjänsten
- Fortsatt arbete med BPSD register och utbildningar för medarbetare
- En stor översyn av delegeringsförfarande med flera förändringar
- Arbete med flera åtgärder som redovisats till IVO inom bl a vård och omsorgspersonalens kompetens, dokumentation, delegering osv.

## Patienten som medskapare

Patientens och närståendes delaktighet i vården är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



### PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vid ankomstsamtal eller årlig omvårdnadsplanering finns det rutiner på att ett sk inskrivningssamtal ska genomföras där även anhöriga till patienten om det är lämpligt får delta. Under ett sådant samtal planeras vården samt adekvata mål sätts upp tillsammans med patienten. Även samtycke till olika kvalitetsregister och överföring av information inhämtas. När fler aktörer är inblandade i en patients vård ska en sk Samordnad individuell planering (SIP) genomföras.

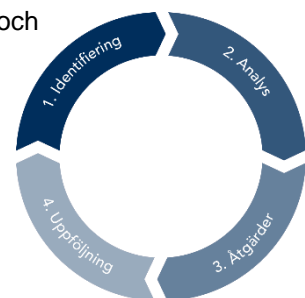
Genom att olika kvalitetsregister används involveras patienter att medverka samt även vid utredning av allvarliga vårdskador. Önskvärt är att verksamheten i högre utsträckning arbetar preventivt mot olika patientföreningar eller brukarråd. Framtagen handlingsplan pekar ut några åtgärder för att involvera patienter och deras anhöriga vid tex olika förändringar i verksamheten som är av större betydelse och påverkar patienterna. Åtgärderna som behöver tas fram är att skapa olika dialogforum och möjligheter till samtal för inhämtningar av synpunkter från patienter och anhöriga vid större verksamhetsförändringar. Det behöver även skapas återkommande dialog med olika patientföreningar där olika patientgrupper finns representerade för att erbjuda återkommande utbildningsinsatser i det preventiva arbetet.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

### SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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.

Verksamheten har en utarbetad rutin för egenkontroll som ses över årligen och uppdateras för nästkommande år. Det är en form av internkontrollplan som ansvarig enhetschef eller annan befattning ska säkerställa att åtgärderna är utförda. Nedan följer en sammanfattning över de egenkontroller som genomförts under året och berör hälso och sjukvård. Bilaga 1 ger en översiktsbild över egenkontrollplanen gällande hälso och sjukvård. Inför 2024 har även ett årshjul tagits fram som berör patientsäkerhetsområdet och ses som en hjälp för verksamheten att regelbundet utföra olika egenkontroller.



## **Smitta**

Att hygienrutiner finns och efterlevs samt erbjuda personal vaccin även mot andra sjukdomar såsom säsongsinfluensa och ev hepatit. Tillse att pandemiplan finns och uppdateras årligen och som tar höjd för fler smittor som är i form av både dropp, luftburen och kontaktsmitta.

## **Skydds och begränsningsåtgärder**

Att all berörd personal genomgått webbutbildning i 0-vision via Svenskt demenscentrum. Utbildning i vad som är skydds och begränsningsåtgärd samt vilka alternativa metoder som finns. Enhetschefer tar hjälp internt när behov finns av att utbilda större grupper av medarbetare samt diskutera olika dilemman som kan uppstå ibland. Verksamheten har en övergripande rutin på hur dokumentation av insatta skydds och begränsningsåtgärder ska ske i verksamhetssystemet.

## **Dokumentation**

Att dokumentation sker enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och är korrekt och att viktiga uppgifter är lätta att hitta. Granskningen av journal görs av MAS med en stickprovskontroll 1 gång/år. När årets journalgranskning genomförts av MAS framkommer det en varierande grad av kvalitet i dokumentationen. Pga att verksamhetssystemet inte är anpassad enligt sk ICF standarden ser journalerna olika ut och det är möjligt att skriva långa journalanteckningar som sedan är svåra att hitta. Journaler på en övergripande nivå uppfyller det som behöver finnas i en journal däremot ses kvaliteten på dokumentationen skilja sig stort. En av IVO:s konstaterade brister vid SÄBO granskningen som genomfördes 2022 visar på att dokumentationen inte utförs på ett tydligt sätt. IVO framförde bl a att brytpunktssamtal inte dokumenteras i tillräcklig omfattning av sjuksköterskor samt att det saknas aktuella vårdplaner hos mer än hälften av granskade journalerna. Den interna granskningen visar på en annan bild än den som IVO påtalar. Däremot har verksamheten upptäckt att en sk vårdplan inte benämns i journalsystemet som vårdplan utan har en annan benämning. Flera av bristerna som IVO har påpekat har nu åtgärdats.

Verksamheten har även fattat ett beslut under 2023 att inleda ett arbete med att införa en annan modul i verksamhetssystemet som ska gälla för legitimerad personal och deras dokumentation. Den nya modulen heter Hälsoärende och kommer att implementeras under 2024. I och med denna övergång kommer verksamheten att säkerställa att dokumentationen är uppbyggd enligt sk ICF standard samt att sk KVÅ koder regelbundet återrapporteras till Socialstyrelsen i den omfattning som dessa koder produceras. Den nya uppbyggnaden av journalsystemet ska förhoppningsvis leda till en mer standardiserad dokumentation och bygger på att olika processer för varje behov skapas i systemet. För den legitimerade personalen kommer den nya modulen att innebära ett helt nytt sätt att dokumentera på än vad det görs idag varför stora utbildningsinsatser kommer behövas.

## **Uppföljning av privata utförare**

Att uppföljning av privata utförare sker enligt program för uppföljning och tillsyn av verksamhet som utförs av privata utförare i Trosa kommun. MAS tillsammans med verksamhetsutvecklare genomför dessa uppföljningar. Vid årets uppföljning uppdagades brister i delegeringsförfarandet som snabbt åtgärdades av den privata utföraren.

## **Läkemedelskontroll**

Enligt gällande rutiner utför verksamheten kontroller av både patientens samt akut och buffertförråd läkemedel där utgångsdatum och avräkning av narkotiska preparat görs. Årlig läkemedelsgranskning har utförts av en extern granskare. Efter granskningen har enheterna fått till sig krav på åtgärder som behövt vidtas. Dessa åtgärder följs upp årligen vid extern granskning. De identifierade bristerna handlar om att rutinen för städning månatligen samt hållbarhetskontroller inte utfördes. På en övergripande nivå visade årets granskning av läkemedelshandling på en god följsamhet och inga allvarliga avvikelser kunde ses vid granskningen. När det gäller leverans och mottagande av läkemedel behöver framför allt hemsjukvården se över deras rutin då det alltid krävs att en mottagare signerar mottagna leveranser. Detta har verksamheten arbetat med och påtalat för leverantören så att

gällande rutiner ska följas även av leverantören. Verksamheten behöver säkerställa att befintliga rutiner efterlevs när det gäller de identifierade bristerna som hittats.

### Basala hygienrutiner

Två punktprevalensmätningar har genomförts under året där följsamheten mättes när det gällde basala hygienrutiner och klädregler, se bilaga 2. Följsamheten inom verksamheten låg på 65,4 % korrekt i alla 8 steg under vårens mätning. Under höstens mätning visade följsamhet på 50,3% för hela verksamheten. Även detta år bör resultatet ses som ett underbetyg på följsamheten. Alla enheter återrapporterar i sina berättelser att de kommer arbeta med att förbättra följsamheten under nästkommande året. Underlaget har använts till att sprida information på enheternas arbetsplatsträffar för att lära och analysera.

Det är en stor variation mellan enheterna i resultatet. Det finns verksamheter som har en god följsamhet och redovisar fina resultat. Det är framför allt hemtjänsten och vissa särskilda boenden som behöver arbeta med att ta fram handlingsplaner för att förbättra resultatet i följsamheten för basala hygienrutiner och klädregler.

Det steget som behöver bli bättre och där flesta bristerna finns är desinfektion av händerna både före och efter arbetsmoment. Det finns även brister i när förkläde används samt även handskar. Riktade utbildningsinsatser och inställningen till följsamhet är avgörande om verksamheten ska förbättra sina resultat. De lokala hygienombudens roll behöver förtydligas och utrymme ges för att deras arbete ska kunna komma till gagn för varje enhet. Tät kontakt med regionens vårdhygien och enheternas hygienombud behöver finnas för råd och vägledning.

### Nutrition

Verksamheten har en övergripande vägledning för nutritionsbedömning som utgår från Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring. Varje enhet har behövt ta fram lokala rutiner för detta arbete med utgångspunkt från en övergripande rutin som tagits fram med stöd av nya föreskriften. Syftet har varit att i lokala arbetsrutiner identifiera hur bedömningen av undernäring ska göras samt när det ska göras och vilken behandling som ska sättas in. För detta ändamål används kvalitetsregister Senior alert. Det är därför av stor vikt att verksamheten följer framtagna rutiner och regelbundet utför nutritionsbedömningar. Under året har följsamheten varierat när det gäller registreringar i Senior alert där särskilda boenden utför registreringar i större utsträckning än vad hemsjukvården gör. Detta arbete behöver förbättras så att bedömningar genomförs regelbundet även inom hemsjukvården.

## 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 §*

Att identifiera, utreda samt mäta inträffade vårdskador leder det till ökad kunskap om vad som drabbar patienterna när utfallet av vården inte blivit som planerat. För att undvika att den enskilde ska drabbas av en vårdskada ska den som upptäcker en avvikande händelse skyndsamt vidta nödvändiga åtgärder som behövs samt informera om upptäckta riskerna. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vårdskada får så liten effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas och utredas där dessa har inträffat. Syftet är att utveckla en lärande och transparent organisation. I verksamheten finns ett fungerande digitalt stöd för avvikelshantering. Identifierat utvecklingsområde är att verksamheten behöver hitta en struktur och systematik vid analys av inträffade avvikelser.



Under 2023 har det sammanlagt inträffat fem avvikelser som bedömdes vara av allvarigare karaktär. Två av dessa ärenden bedömdes vara så pass allvarliga att två Lex Maria anmälningar har gjorts och skickats till IVO. Båda dessa ärenden handlade om förväxling av läkemedel som skett i verksamheten att patienter förväxlas med varandra och får varandras läkemedel. Flera åtgärder har vidtagits för att

liknande händelser inte ska inträffa igen och återrapporterats till IVO. Verksamheten har fortfarande inte fått något beslut från IVO i dessa två ärenden.

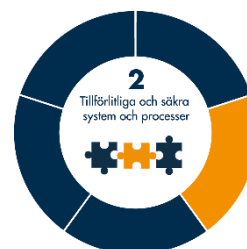
De andra avvikelserna som bedömdes vara av allvarigare karaktär där en fördjupad händelseanalys gjordes av MAS handlade om att en patient utvecklat sår, förväxling av dosett och att läkemedel givits av en sjuksköterska utan giltig ordination. Även dessa avvikelser har lett till att åtgärder behövt vidtas för att liknande händelser inte inträffat igen, som tex förändring i arbetssätt, kartläggning av strukturerad kommunikation och åtgärder för att förbättra dokumentationen.

Inspektion för vård och omsorg (IVO) har under 2021–2022 genomfört nationell granskning av landets särskilda boenden som en följd efter identifierade brister under covid 19 pandemin. De områden som granskades var; individuell bedömning och kompetens, kontinuitet och dokumentation, läkemedel samt vård i livets slutskede. Vid journalgranskning som IVO genomförde under 2021 har risker identifierats inom området kontinuitet och dokumentation samt läkemedel i Trosa kommun. Under hösten 2022 följde IVO upp journalgranskningen med att bl a intervjuar sjuksköterskor, ledningen samt några patienter.

Vård och omsorgsnämnden fick ett beslut från IVO i början av 2023 och redovisade därefter åtgärder enligt påtalade brister. I juni 2023 fick vård och omsorgsnämnden ett nytt beslut från IVO med krav på återredovisning inom några områden som bedömdes vara otillräckliga samt även effekter på sedan tidigare vidtagna åtgärder. Detta arbete har verksamheten arbetat med under hela hösten och i början av 2024. Flera åtgärder har och kommer att behöva vidtas som rapporteras till IVO. Återredovisningen innehöll två delar varav första delen berörde de åtgärder som IVO bedömde vara otillräckliga och del två handlade om effekterna av tidigare vidtagna åtgärder. En handlingsplan har tagits fram för åtgärderna med tydlig ansvarsfördelning och period för när rapporterade åtgärder skall vidtas och implementeras. IVO har i början av 2024 fattat ett nytt beslut i ärendet och beslutat att avsluta tillsynen eftersom IVO bedömt att åtgärderna som redovisats är tillräckliga för de påtalade bristerna.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Det har tidigare inte funnits en tydlig systematik i verksamheten över patientsäkerhetsarbetet. Att arbeta med systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ligger även i linje med omställningen till Nära Vård. Därför har det under året tagits fram en lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet som har sin utgångspunkt i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Även mål och vision med patientsäkerhet har tagit fram. Handlingsplanen sträcker sig mellan 2024–2026 för att därefter genomföra en ny nulägesanalys och utvärdera arbetet med framtagen handlingsplan. Den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet lyfter fram fem fokusområden och fyra grundläggande förutsättningar för ökad patientsäkerhet. Det har till varje område tagits fram och prioriterats minst en aktivitet som behöver arbetas med under nästkommande tre åren. Syftet är att varje år följa upp aktiviteter som identifierats och redovisa dessa i patientsäkerhetsberättelsen. Handlingsplanen följer även mallen för denna patientsäkerhetsberättelse varför det förhoppningsvis kommer vara lättare att förstå olika begrepp.



Vid nyanställningar genomgår all personal introduktionsutbildning enligt uppdaterad checklista för introduktion, bl a gäller det utbildning i basal och hygienrutiner och förflyttningutbildning. Den årliga sommarutbildningen för alla sommarvikarier anses idag vara ett implementerat sätt att introducera nya medarbetare som ska arbeta under sommaren. Vilka utbildningar som en medarbetare förväntas ha genomgått under året framgår av den uppdaterade checklisten och ska vara individuell. Delegeringsutbildningen för läkemedel har ständigt setts över och kommer även framöver att behöva ses över för att fungera på ett tillfredsställande sätt. Utmaningen framöver kommer ligga i att verksamheten behöver säkerställa ett tillfredsställande sätt för den som åtar sig en delegering att även kunna få en uppföljning inom en tid efter mottagen delegering. Här finns tankar att arbeta mer teamsvis så att delegerande sjuksköterskor även har en vardaglig anknytning till den som mottagit en

delegering. På det sättet är det mer naturligt att det skapas en nödvändig dialog mellan den som delegerar och den som mottar en delegering.

Trosa kommun har avtal om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården som främst berör äldreomsorgen, vård- och omsorgsboenden samt hemsjukvård. Avtalet följs upp årligen genom fastställt frågeformulär. Syftet är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och identifiera eventuella brister samt inhämta underlag till förbättringsarbete. Uppföljningen följer en avsedd mall där olika frågeställningar berörs som tex läkarmedverkan i tid, läkemedelsgenomgångar, SIP användning och utbildning som ombesörjs av läkaren. Identifierade förbättringsområden för året är att fler SIP behöver utföras samt hitta en systematik i hur rapporteringen över antalet inskrivna patienter i hemsjukvården ska ske.

## 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. Vid nulägesanalysen till den lokala handlingsplanen konstaterades det finnas utmaningar när det gäller säker bemanning, säker arbetsmiljö samt det dagliga patientsäkerhetsarbetet.



### Har vården varit säker? – några exempel från verksamheten

**Omvårdnadsträffar** – En omvårdnadsträff är ett möte mellan olika professioner där olika behov samt åtgärder diskuteras kring en patient. Framtagen rutin gällande omvårdnadsträffar behöver fullt ut implementeras inom alla enheter. Utmaningarna har framför allt varit framför inom hemsjukvården där kontinuiteten varit bristfällig under året pga att teamen inte följts åt bland alla professioner. För att komma till rätta med det behövde hemsjukvården arbeta mer i team som följer tex hemtjänstens team.

**Vaccinering** – Även detta år har vaccinationsarbete varit framgång för verksamheten där både vår- och höstdoser av olika vaccin givits till patienterna. Detta arbete kommer även i fortsättningen att behöva ske för att skydda de allra sköraste patienterna vi har. Bedömningen är att vaccinationsarbetet har fungerat väl och med en framgångsrik planering har verksamheten haft en god täckning bland vaccinerade.

**Palliativ vård** – Fler utbildade undersköterskor inom palliativ vård finns idag i verksamheten. Det har under året återstartats en tvärprofessionell arbetsgrupp för palliativ vård. Gruppen har återkommande haft träffar och diskussioner kring olika teman. Dock saknas det idag ett tydligt syfte om mål med denna grupp vilket kan leda till att kunskapen som idag finns bland vissa medarbetare inte får en spridning över hela verksamheten. Det behöver från ledningens håll tydligt beskrivas vad arbetsgruppen ska ha för syfte, mål och hur deras arbete ska fortgå framåt.

När det gäller antalet utbildade omvårdnadspersonal som genomgått tandvårdens munhälsoutbildningar har det minskat sedan förra året och får ses som ett underkänt resultat. Verksamheten behöver utbilda all sin personal i munhälsobedömningar för att kunna identifiera risker och vidta åtgärder hos patienterna när det gäller deras munhälsa. Verksamheten har totalt utbildat 20 personal med hjälp av tandvården. År 2022 var det 28 personer som genomgått denna utbildning. I jämförelse från tandvården har Trosa vård och omsorg utbildat minst antal medarbetare under senaste åren. Tandvårdens munhälsobedömningar visar även på att vår kommuns patienter i allmänhet har något sämre tandhälsa än övriga kommuner i länet vilket innebär att verksamheten behöver arbeta mycket mer kring dessa frågor och utbilda omvårdnadspersonal i högre utsträckning än idag.

**Digitalisering** – Verksamheten har under året tagit fram en handlingsplan för välfärdsteknik samt anställt en projektledare som ska leda flera av initierade projekt. När det gäller pilotprojekt att implementera digital signering i verksamheten har resultatet inte varit tillfredsställande pga olika problem med säker inloggning och att personalen som fått prova digital signatur blivit ständigt



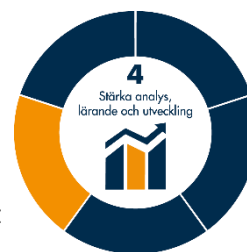
utslängda ur systemet. Nya försök planeras under kommande året. Det behövs mer hjälp från IT avdelningen vid införande av olika digitala verktyg i verksamheten. Önskvärt är att i en snabbare takt implementera olika digitala lösningar. Verksamheten har dock prioriterat vilka digitala lösningar som ska införskaffas vilket är positivt.

**Demensvård** – Allt fler medarbetare har genomgått Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) utbildningar samt även enhetschefer vilket ses som positivt. Verksamheten har även arbetat med att ta fram en handlingsplan för demensvården och presentation ska ske för ledningsgruppen. Det framgångsrika arbetet med BPSD återspeglas i inrapporterade data kring tex olämpliga läkemedel där Trosa vård och omsorg har minst läkemedel i länet som ses som olämpliga för patienter med demenssjukdom. Fortsatt utrymme behöver ges för arbetsgruppen som driver dessa frågor och fortsätta utbilda ännu fler medarbetare i BPSD samt frigöra resurser för att det fina arbetet med BPSD kan fortsätta.

## 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. I verksamheten finns utmaningar med tydligheten när det gäller inhämtning och samordning av olika data från tex olika kvalitetsregister och aktivt arbete med dessa. Vidare behöver analyser av producerade data tillgängliggöras för alla medarbetare för att kunna skapa lärandemiljö och spridning av kunskap. I nuläget saknas det systemstöd för detta arbete varför mycket tid läggs på manuell hantering för att kunna sprida en viss kunskap. Utmaningen finns även när det gäller hur kunskapen ska spridas inom verksamheten så att det kommer till gagn för varje medarbetare.

Verksamheten är idag ansluten till följande kvalitetsregister: Senior Alert, Svenska HALT, Palliativa registret, BPSD register, SveDem samt PPM.



### Senior Alert

Registrering sker med riskbedömning och är ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. [Se bilaga 3](#) för översiktligt resultat för detta och tidigare år. Under 2023 har det totalt registrerats 75 individer i hela Vård och omsorg i Senior Alert. Det syns framför allt en ökning på Häradsgården som arbetat med kvalitetsregistret och gjort en stor förbättring sedan förra året. Utmaningar finns i hemsjukvården som även tidigare år inte kommit i gång med detta arbete. Verksamheten har inte hittat arbetssätt för att arbeta med kvalitetsregister. En rutin finns framtagen för hur detta arbete ska fortgå men har inte implementerats inom hemsjukvården och hemtjänsten. Att lösa inloggningsförfarande för omvårdnadspersonal så att även dem kan göra registreringar ses som en lösning på detta. Sedan behöver förutsättningar finns i verksamheten för att aktivt kunna arbeta med kvalitetsregister.

### Svenska HALT

Är en mätning som genomförs nationellt på särskilda boenden där vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning mäts under en bestämd tid. Mätningen för 2023 påvisar goda resultat som på alla delar visar ett mycket bättre resultat i jämförelse med genomsnittet nationellt. Låg andel förskrivet antibiotika samt låg andel riskfaktorer så som urinkateter, trycksår och andra sår i jämförelse med övriga nationen. Trosagården uppvisar dock ökat andel trycksår under 2023 vilket ska analyseras vidare varför detta uppkommit. Svenska HALT genomförs en gång årligen under hösten.

## Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Legitimerad personal dokumenterar i registret de vårdtagare som avlider inom våra verksamheter där vi har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Spindeldiagram, se [bilaga 4](#), visar vård och omsorgens resultat för förväntade dödsfall i förhållande till Socialstyrelsens mål värden för fastställda kvalitetsindikatorer för år 2023.

Verksamheten har under året totalt registrerat 51 väntade dödsfall i registret. Det är en god följsamhet bland de flesta kvalitetsindikatorerna som ligger vid eller över målet, dock är det två områden som inte når upp till acceptabel nivå. Det är munhälsobedömningar under sista levnadsvecka samt smärtskattning som är dokumenterad sista levnadsveckan. Dessa två indikatorer visar på ytterligare försämring i jämförelse med förra året. Bedömningen är att smärtskattning görs men inte dokumenteras. När det gäller munhälsobedömningar behöver ett större omtag kring utbildning vidtas.

## BPSD register

Kvalitetsregister BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) används för att identifiera beteendemässiga och psykiska symtom och vidta nödvändiga åtgärder för att minska lidande och öka livskvaliteten för vårdtagare med demenssjukdom. Satsning på utbildning i BPSD för både personal och enhetschefer har fortsatt under året. En handlingsplan har tagits fram av arbetsgruppen som aktivt arbetar med utbildningar och har kunnat följas enligt plan. Verksamheten redovisar fina resultat när det gäller teamarbete då alla professioner som bedöms vara med oftast även är med vid skattningen. Vidare har patienter med demenssjukdom inom Trosa vård och omsorg minst antal olämpliga läkemedel i hela länet, dvs läkemedel som anses vara olämpliga att förskriva till patienter med demenssjukdom. Fortsatta utbildningssatsningar behövs för att kunna bibehålla det fina arbetet som också ger tillfredsställande resultat.

## Utskrivningsklara dagar (UK) för Trosa vård och omsorg 2023

Verksamheten redovisar för året något fler utskrivningsklara dagar än för tidigare år, se [bilaga 5](#). Snittresultatet för utskrivningsklara dagar 2022 låg på 0,51 dagar/vårdtillfälle vilket ska anses som ett mycket bra resultat i sammanhanget. Snittresultatet för utskrivningsklara dagar för 2023 låg på 0,81 dagar/vårdtillfälle. Utmaningen för året som varit låg i början av året då verksamheten påvisade ökade antal UK dagar samt under juli månad. Sammanlagt är bedömningen att verksamheten påvisat goda resultat när det gäller utskrivningsklara dagar och ligger därmed i snitt med övriga länet.

## Avvikelser

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Antalet inrapporterade avvikelser fortsätter att öka i verksamheten även för föregående år. Arbetet med den övergripande rutinen för avvikelser samt möjligheten för alla medarbetare att på ett enkelt sätt skriva avvikelser ses som några orsaker till att avvikelserapporteringen fortsätter att öka. Det är varje enskild enhetschef som är ansvarig för att hantera uppkomna avvikelser och analysera dessa. De flesta avvikelser inom läkemedel och fall använder enhetscheferna legitimerad personal i utredningen. Fortsatt arbete behöver göras i verksamheten kring utbildningsinsatserna för att belysa detta område och diskutera i verksamheten vad en avvikelse är samt syftet med avvikelser. När det gäller HSL avvikelser förekommer det i stort sett korrekt inrapporterade avvikelser där det i de allra flesta fall varit befogat att skriva avvikelser. Hög medvetenhet hos medarbetare ses när det gäller rapporteringsskyldigheten kring risker som uppmärksammas. Bedömningen är att ännu större mörkertal finns när det gäller inträffade avvikelser kring bl a läkemedelshantering för utebliven signering eller andra risker som uppkommit vid hantering av läkemedel.



## **Analys av avvikelser**

För en översikt över alla inträffade avvikelser inom området hälso och sjukvård se [bilaga 6](#). Det totala antalet avvikelser under året inom området hälso och sjukvård ligger på 2041. De flesta avvikelserna berör området läkemedel och fall. När det gäller fall ligger antalet avvikelser något lägre än tidigare år, inom alla boendeformer. En liten ökning av antalet som faller och skadar sig syns också i årets inrapporterade avvikelser för fall. Samtidigt är det ibland svårt att bedöma om ett fall lett till en skada i det initiala skedet. Rehabiliteringsteamet har fortsatt utbildat medarbetare under året i förflyttningutbildning. En annan förklaring till att fallavvikelser minskar något för i år är att det tidigare skrivits avvikelser på några enstaka individer som haft mycket falltendenser och lett till att avvikelser skrivits på varje fall. Återkommande fall på individnivå ska snarast läggas upp en plan för att förebygga fall men även diskutera kring när fallavvikelser ska skrivas på enskilda fall.

När det gäller läkemedelsavvikelser ses också en ökning av antalet avvikelser som når högsta nivåer någonsin i statistiken. Orsakerna i de flesta fall är att läkemedel av någon anledning inte getts till patienter eller att signering uteblivit. Andra orsaker till avvikelser kan vara att patienten fått läkemedel vid fel tidpunkt eller brister i kommunikation och planering. Det totala antalet inrapporterade avvikelser som berör läkemedel är 910 för år 2023. Bedömningen är att mörkertalet är mycket större än det eftersom avvikelser inte alltid skrivs. Detta kan ses vid bl a granskning av signeringslistor där uteblivna signeringar finns och är återkommande problem. Antalet avvikelser där läkemedel inte givits till en patient ökade också vilket ska ses som allvarligt. Av någon anledning som inte alltid går att förklara får patienter inte sina läkemedel. Detta är helt oacceptabelt och verksamheten måste få bukt med problematiken. Att läkemedel inte ges av olika anledningar kan försämra patientens prognos och är patientsäkert.

Ett stort arbete har genomförts under året när det gäller delegeringsförfarandet för att kunna handha läkemedel. Efter IVO:s påpekande har flera åtgärder vidtagits som tex att delegeringar ska ske i mindre team, att både teori och praktik ska vara säkerställd innan delegering utfärdas samt att underlaget för delegeringsutbildningen ser likadant ut över hela vård och omsorg. Det nya konceptet kommer att utvärderas under kommande året. Bedömningen är att högre kunskapskrav kommer ställas på medarbetare som vill ha delegering för att utföra hälso och sjukvårdsuppgifter.

Även handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har pekat ut avvikelshantering som något som verksamheten behöver bli bättre på. Idag rapporteras det in avvikelser vilket ses som positivt. Däremot finns det ingen systematik i själva analysen av dessa avvikelser. Det finns dock enheter där denna del fungerar också på ett tillfredsställande sätt. På en övergripande nivå ses dock inte någon systematik i avvikelshantering för att tex se trender gentemot åtgärder som vidtagits och vad dessa åtgärder lett till resultat.

## **Externa avvikelser**

Det har inkommit totalt tolv avvikelser/ klagomål från externt där både patienter haft synpunkter på vården och avvikelser från region Sörmland. Klagomål/avvikelser handlar om brister i kommunikation, utebliven dokumentation/SIP, missnöje med bedömning, brister i läkemedelshantering samt även planering kring patienter. Verksamheten har svarat på alla dessa avvikelser samt vidtagit åtgärder för att minimera risker att liknande inträffar igen.

När det gäller externa avvikelser som Trosa vård och omsorg skickat till externa vårdgivare, gäller framför allt region Sörmland har det varit totalt 16 avvikelser under året. Avvikelseerna handlar om bristande handläggning, brister i läkemedelshantering, brister i bemötande samt brister i dokumentation/överslag. Med mindre justeringar i verksamhetssystemet har det idag gjorts möjligt att kunna följa dessa avvikelser på ett lättare sätt än tidigare vilket ses som framgång. Det är även mycket enklare för all personal att skriva denna typ av avvikelser som berör andra vårdgivare i och med denna justering i verksamhetssystemet.

## Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

När det gäller synpunkter för hälso och sjukvård finns det inte möjlighet att få fram enskild statistik inom området i nuvarande verksamhetssystem. Det är idag inte möjligt att sortera ut dessa klagomål som specifikt berör hälso och sjukvård. Bedömningen är också att synpunkter som kommer in inte läggs in i systemet för att kunna hämta ut statistik utan i stället hanteras direkt via tex telefon eller mail. Det finns flera sätt att lämna in synpunkter och klagomål till verksamheten som tex via telefon, E-tjänst eller via brev.

När det gäller ärenden hos Patientnämnden har enligt nämndens statistik inkommit sammanlagt fem ärenden där vård och omsorg varit benämnd. Ärenden handlar om synpunkter kring bristande omvårdnad, bristande information, bristande rehabilitering, ej inskickad patient till sjukhus i tid samt missnöje med personalens agerande. Dessa ärenden har verksamheten svarat på. Ett av dessa fall har även föranlett att anmälan till IVO gjorts av anhörig där ärenden fortsatt pågår.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

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. Verksamheten behöver hantera kommande utmaningar med kompetensförsörjningen för att allt fler medarbetare ska även kunna utföra hälso och sjukvårdsuppgifter. Det har under året anställts en samordnande funktion för Kliniskt träningscenter (KTC) för att samordna alla interna utbildningar som idag kan bedrivas på KTC. Detta är mycket positivt då samordning krävs men även att kunskapskraven behöver säkerställas att dessa håller en acceptabel nivå vid alla utbildningar som genomförs på KTC.



Verksamheten har även deltagit i en kommunövergripande övning för att träna olika möjliga scenario som skulle kunna uppstå i framtiden. Det har lett till att beredskapen har kunnat testas och läras av iscensatta scenario. En utvärdering av denna övning väntas komma under året. De som medverkat vid övningen beskriver dagen som lärorik och samtidigt väcker det en kedjereaktion i övriga verksamheten att fortsätta arbete med beredskap även framöver.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Omställningen till nära vård tillsammans med regionen kommer påverka hela verksamheten när det gäller samverkan kring vårdtagare. Detta arbete är omfattande och kommer att kräva både resurser och tid. Patientsäkerhetsarbetet är också krävande och ska inte ses som en enskild del i arbetet kring patienten utan ska implementeras i det vardagliga arbetsmiljöarbete, utveckling och lärande.

Den största utmaningen som verksamheten har framför sig är att behålla kompetensen och skapa förutsättningar för kompetensutveckling. I och med att antalet utbildade undersköterskor ökar stadigt för varje år behöver även arbetsuppgifter förflyttas från den legitimerade personalen till utbildade undersköterskor. En kompetensförflyttning är nödvändig för alla parter för att verksamheten ska kunna klara av framtida utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen.

Flera enheter rapporterar att mål för kommande åren handlar om kontinuitet bland personalen, följsamhet i de nationella kvalitetsregister, strukturerad avvikelshantering, det förebyggande arbetet kring patienterna och samverkan både externt och internt.

Den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har pekat ut både en vision och mål med patientsäkerhetsarbetet. Visionen är starkt patientsäkerhet och god kvalitet genom säker vård och omsorg med patienten som medskapare. Det övergripande målet är att vård och omsorg i Trosa kommun ska genomsyras av en god patientsäkerhetskultur. Vidare har handlingsplanen påvisat fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden som verksamheten ska arbeta efter. Viktiga utmaningar och möjliga insatser har identifierats under analysarbetet och utmynnat i en tydligare struktur över patientsäkerhetsarbetet under kommande åren. För att ytterligare förtydliga detta arbete har ett årshjul i patientsäkerhet tagits fram.

Nedanstående delmål har tagits fram utifrån årets patientsäkerhetsberättelse och de identifierade förbättringsområden som framkommit.

### **Delmål:**

- Struktur över kompetenshöjande insatser, interna och externa utbildningar av både omvårdnadspersonal och legitimerad personal
- Implementering av den lokala handlingsplanen i patientsäkerhet
- Förflyttning av kompetens så att varje profession ska kunna arbeta på toppen av sin kompetens
- Fortsatt medverkande i olika nationella mätningar såsom PPM, Svenska HALT samt olika kvalitetsregister som Senior Alert, BPSD, SveDem och Palliativa registret
- Systematiskt arbete med avvikelshantering med tydlig struktur
- Digital läkemedelssignering, erbjuda digitala hembesök
- Införa läkemedelsautomater
- Dokumentera enligt ICF struktur, implementera nytt journalsystem för legitimerad personal
- Aktivt arbete med planerade åtgärder efter IVO:s tillsyn av SÄBO.

## Strategier för att uppnå målen

| Delmål   | Strategi   |
|--|--|
| Struktur över kompetenshöjande insatser, interna och externa utbildningar av både legitimerad och omvårdnadspersonal.  | Kompetensinventering på enhetsnivå, årshjul som beskriver när och vilka utbildningar medarbetare ska genomgå under året med utgångspunkt i befintlig checklista över utbildningar. Skapa övergripande organisation för KTC samt ansvarsfördelning och utbud på utbildningar. |
| Implementering av den lokala handlingsplanen i patientsäkerhet   | Arbeta aktivt med beslutade åtgärder för 2024 där varje åtgärd har minst en ansvarig profession för att säkerställa att arbetet påbörjas.  |
| Förflyttning av kompetens så att varje profession ska kunna arbeta på toppen av sin kompetens.   | Genom regelbunden utbildning och säkerställande av kunskap ska förflyttningen av arbetsuppgifter ske från tex legitimerad personal till utbildade undersköterskor.   |
| Fortsatt medverkande i olika nationella mätningar såsom PPM, Svenska HALT samt olika kvalitetsregister som Senior Alert, BPSD, SveDem och Palliativa registret | Utveckla arbete med kvalitetsregister, genom utbildning och samverkan internt. Aktuella kvalitetsregister ska vara Senior Alert, Palliativa registret, BPSD, SveDem, PPM samt Svenska HALT. Efterfråga resultat på enhetsnivå.   |
| Dokumentera enligt ICF struktur, implementera nytt journalsystem för legitimerad personal  | Införa Hälsoärende för legitimerad personal och skapa tydliga processer för dokumentation  |
| Systematiskt arbete med avvikelshantering med tydlig struktur  | Enhetsvis skapa struktur över systematisk avvikelshantering där risker identifieras, åtgärdas samt följs upp på enhetsnivå. Identifiera riskområden på övergripande nivå och vidta nödvändiga åtgärder.  |
| Digital läkemedelssignering, erbjuda digitala hembesök, läkemedelsautomater  | Bredd införa digital signering, initiera tillsammans med Trosa vårdcentral digitala hembesök samt om möjligt implementera hemmonitorering.   |
| Aktivt arbete med planerade åtgärder efter IVO:s tillsyn av SÄBO.  | Implementera rapporterade åtgärder i verksamheten enligt framtagen åtgärdsplan.  |

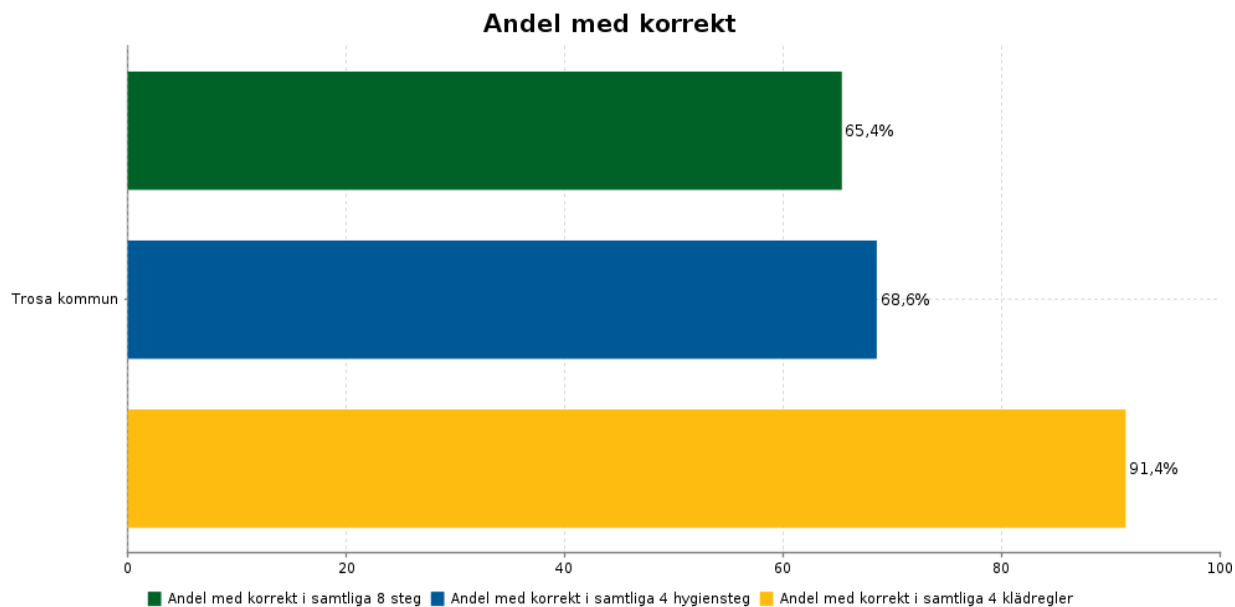
## BILAGA 1 – Översikt egenkontroll gällande hälso och sjukvård

| Egenkontroll                                     | Omfattning   | Redovisning   |
|--|--|---|
| Smitta   | 1 gång/år  | Säkerställa att hygienrutiner finns och är uppdaterade, erbjuda vaccin till medarbetare redovisas årligen via internkontrollplan              |
| Skydds och begränsningsåtgärder                  | 1 gång/år  | Att all personal genomgått utbildning i 0 vision via Demenscentrum. Enhetschef ansvarar för kontroll samt uppföljning.                        |
| Dokumentation                                    | Kollegial journalgranskning enligt rutin, månatligen. MAS granskar journaler 1 gång/år | Legitimerad personal redovisar månatligen på sina apt enligt rutin och framtagna mall. MAS sammanfattar i patientsäkerhetsberättelsen.        |
| Uppföljning av privata utförare                  | Årligen  | MAS medverkar vid uppföljningen av privata utförare   |
| Läkemedelskontroll                               | Enligt rutin, månatligen   | Protokoll förs, stickprovskontroller av enhetschef för hälso och sjukvård görs. Sammanfattas inför extern granskning av läkemedelshandtering. |
| Följsamhet i basal hygien rutiner och klädregler | 2 gånger / år, PPM mätning. Alla utförarenheter ska medverka                           | Uppföljning sker via nationell databas för PPM mätningar, sammanställs av MAS och redovisas på ledningsgrupp                                  |
| Egenkontroll medicinsk tekniska produkter (MTP)  | 2 gånger/år enligt årshjul   | Redovisa inför patientsäkerhetsberättelsen årligen, kontroll sker enligt gällande riktlinje.  |
| Avvikelse  | Enhetschef ansvarar för att uppkomna avvikelser handläggs inom skälig tid              | Återkoppling inom egna enheten via olika forum samt sammanställning över året sker via avvikelssystemet i Treserva                            |
| Kvalitetsregister                                | Kontinuerligt arbete   | Senior Alert, BPSD, Svenska Palliativa registret, SveDem, HALT  |

## BILAGA 2 - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler

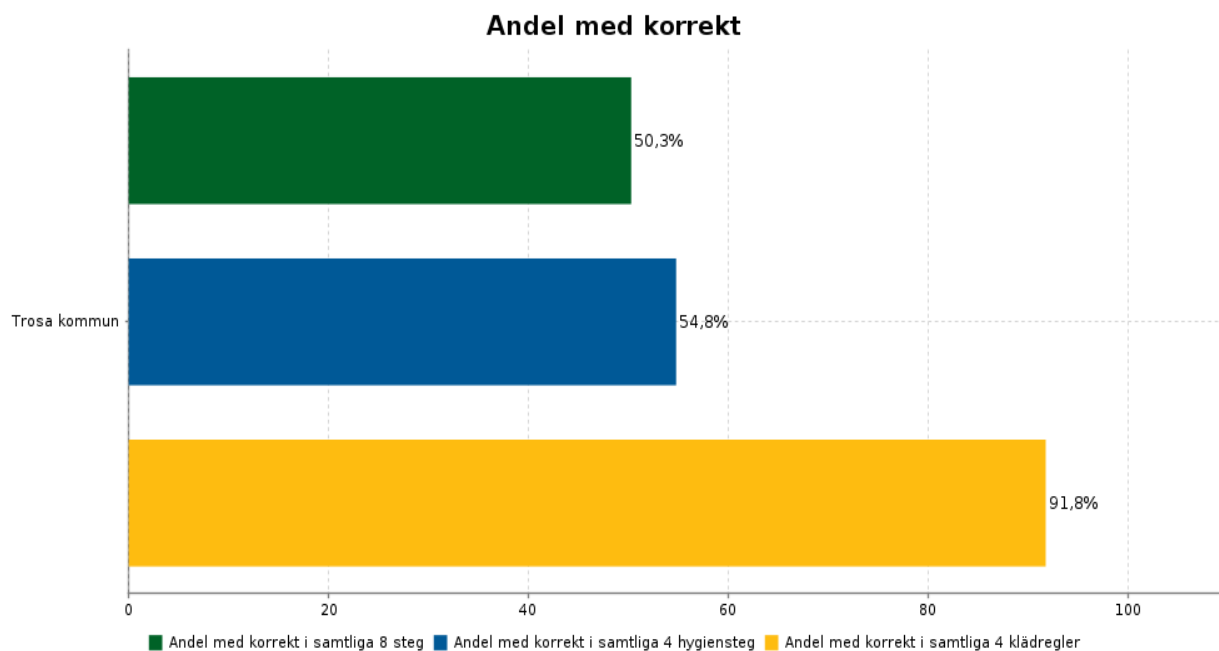
### Resultat för våren 2023

Totalt **65,4%** av observationerna hade korrekt handhavande i alla 8 steg.



### Resultat för hösten 2023

Totalt **50,3%** av observationerna hade korrekt handhavande i alla 8 steg.



## BILAGA 3 – Senior Alert

### Senior Alert senaste 3 åren

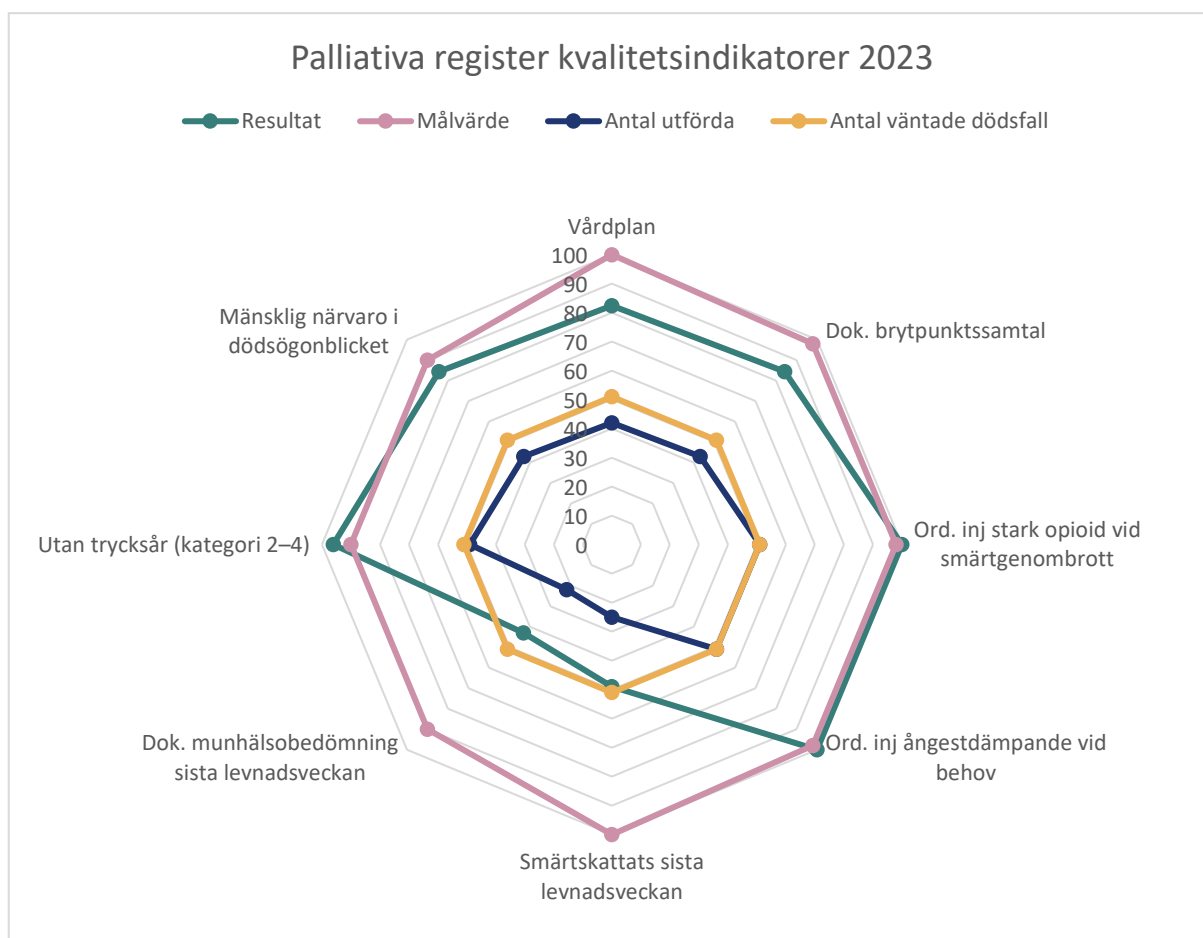


## BILAGA 4 – Palliativa registret

### Palliativa registret – resultat 2023

#### Kvalitetsindikator i %

| Kvalitetsindikator                        | Resultat | Målvärde | Antal utförda | Antal väntade dödsfall |
|---|----------|----------|---------------|------------------------|
| Vårdplan                                  | 82,4     | 100      | 42            | 51                     |
| Dok. brytpunktssamtal                     | 84,3     | 98       | 43            | 51                     |
| Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott | 100      | 98       | 51            | 51                     |
| Ord. inj ångestdämpande vid behov         | 100      | 98       | 51            | 51                     |
| Smärtskattats sista levnadsvecka          | 49       | 100      | 25            | 51                     |
| Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka | 43,1     | 90       | 22            | 51                     |
| Utan trycksår (kategori 2–4)              | 96,1     | 90       | 49            | 51                     |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket        | 84,3     | 90       | 43            | 51                     |





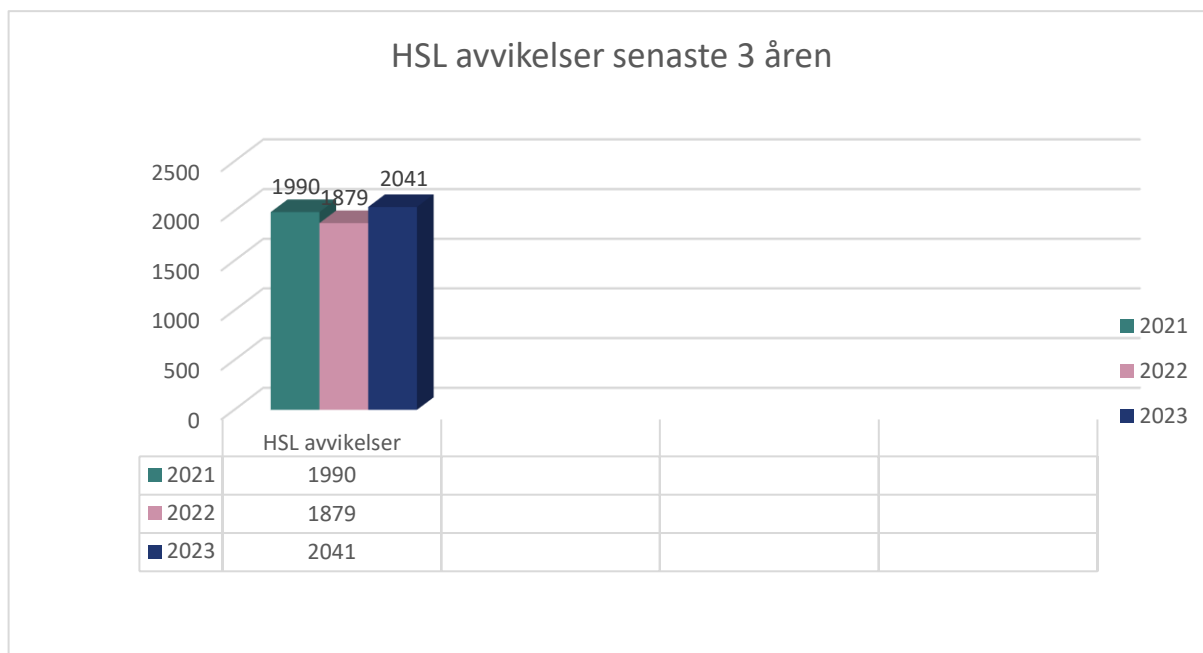
## BILAGA 5 – Utskrivningsklara patienter (UK dagar)

Utskrivningsdagar (UK) 2023

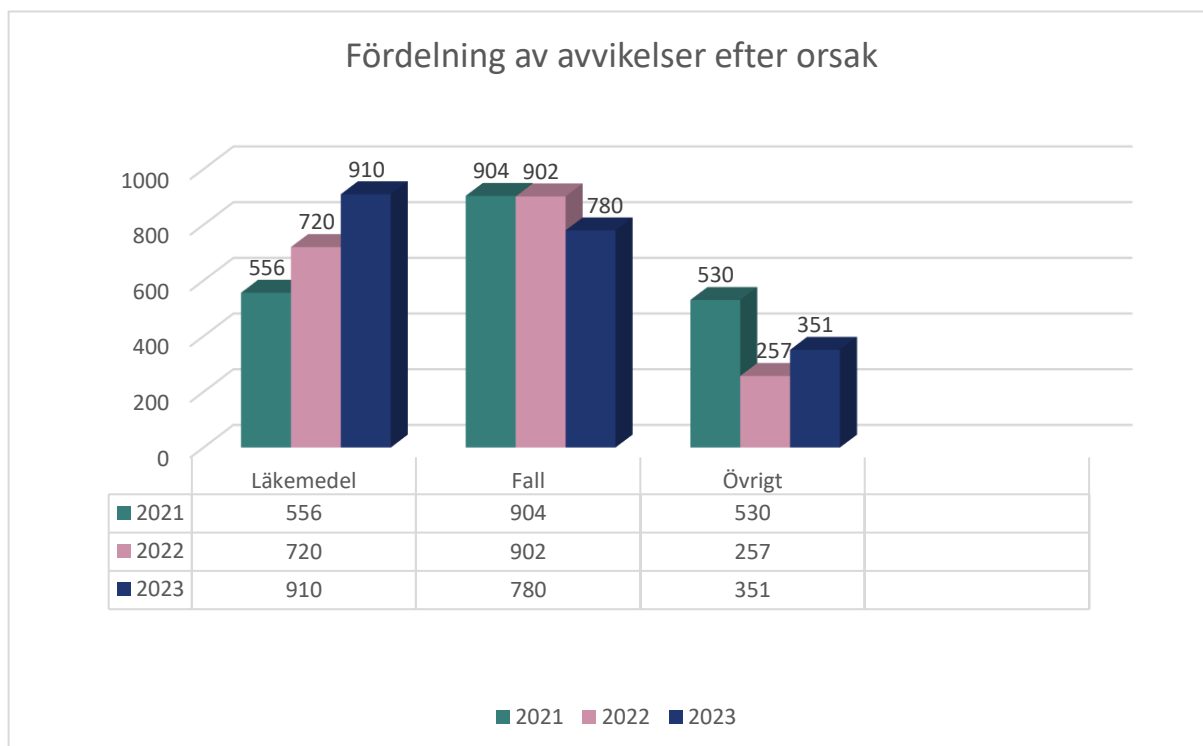
| UK dagar 2023                  |            |      |        |             |          |           |           |       |          |                      |                             |
|--------------------------------|------------|------|--------|-------------|----------|-----------|-----------|-------|----------|----------------------|-----------------------------|
| Månad                          | Eskilstuna | Flen | Gnesta | Katrineholm | Nyköping | Oxelösund | Strängnäs | Trosa | Vingåker | Snitt alla per månad |                             |
| <i>Januari</i>                 | 0,09       | 2,06 | 0,79   | 0,15        | 1,32     | 1,34      | 0,54      | 0,60  | 0,79     | 0,85                 |                             |
| <i>Februari</i>                | 0,49       | 1,78 | 0,52   | 0,27        | 1,49     | 2,17      | 0,16      | 1,91  | 0,94     | 1,08                 |                             |
| <i>Mars</i>                    | 0,10       | 0,82 | 1,38   | 0,22        | 1,07     | 3,83      | 0,22      | 0,53  | 1,68     | 1,09                 |                             |
| <i>April</i>                   | 0,19       | 0,56 | 0,13   | 0,29        | 1,82     | 0,41      | 0,52      | 0,58  | 1,31     | 0,65                 |                             |
| <i>Maj</i>                     | 0,07       | 0,79 | 0,44   | 0,77        | 1,33     | 4,25      | 0,55      | 0,62  | 2,90     | 1,30                 |                             |
| <i>Juni</i>                    | 0,11       | 0,73 | 0,16   | 0,10        | 1,78     | 0,81      | 0,53      | 0,72  | 1,51     | 0,72                 |                             |
| <i>Juli</i>                    | 0,11       | 0,91 | 0,25   | 0,29        | 1,37     | 1,14      | 0,72      | 1,08  | 0,46     | 0,70                 |                             |
| <i>Augusti</i>                 | 0,09       | 0,97 | 0,02   | 2,49        | 1,24     | 1,19      | 0,94      | 0,76  | 0,25     | 0,88                 |                             |
| <i>September</i>               | 0,18       | 1,02 | 0,09   | 0,50        | 1,10     | 1,13      | 0,56      | 0,97  | 0,42     | 0,66                 |                             |
| <i>Oktober</i>                 | 0,14       | 1,93 | 0,14   | 0,16        | 0,61     | 3,29      | 0,38      | 0,91  | 0,29     | 0,87                 |                             |
| <i>November</i>                | 0,31       | 0,57 | 0,39   | 0,27        | 1,56     | 2,29      | 1,01      | 0,93  | 0,65     | 0,89                 |                             |
| <i>December</i>                | 0,56       | 0,95 | 0,28   | 0,27        | 1,35     | 1,91      | 1,60      | 0,16  | 0,28     | 0,82                 |                             |
| <b>Snitt respektive kommun</b> | 0,20       | 1,09 | 0,38   | 0,48        | 1,34     | 1,98      | 0,64      | 0,81  | 0,96     | 0,88                 | <b>Snitt alla hela året</b> |

## BILAGA 6 – Avvikelser hälso och sjukvård

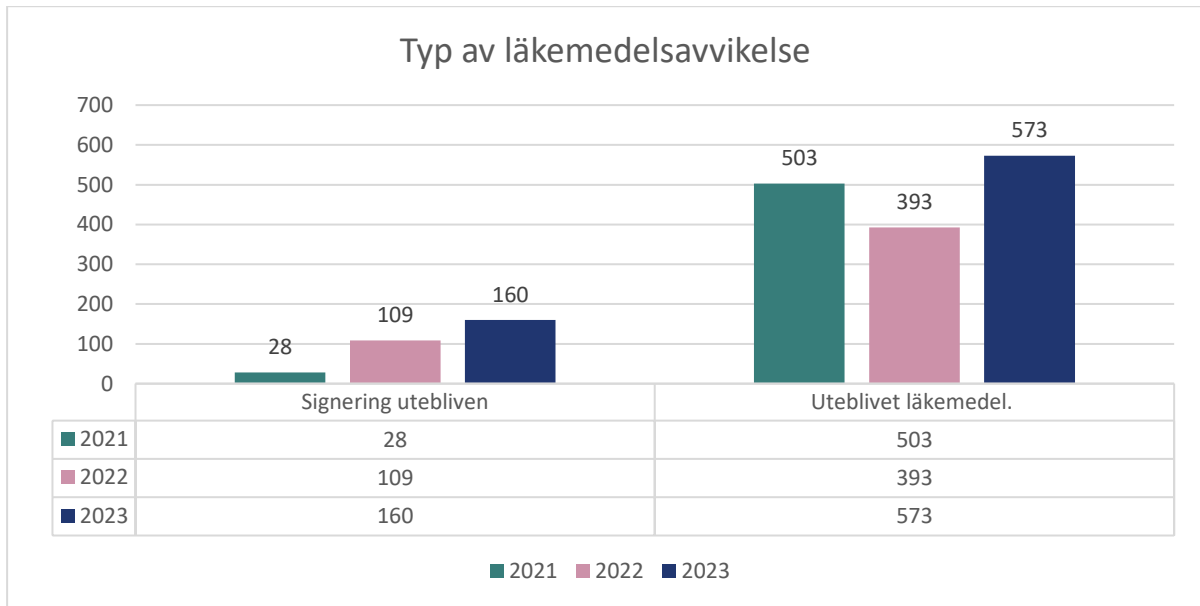
### Antal HSL avvikelser



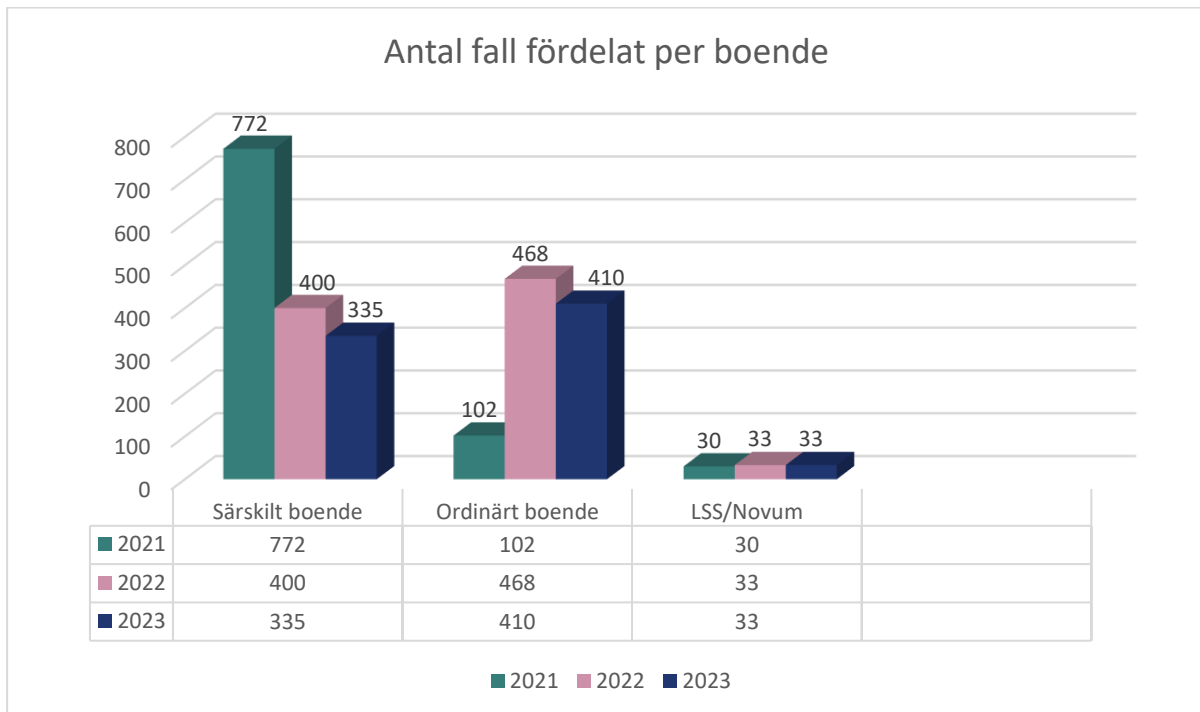
### Fördelning efter orsak



## Läkemedelsavvikelser efter typ



## Fallavvikelser fördelat per boende



## Fall med eller utan skada

