

# Patientsäkerhetsberättelse för Höors kommun År 2021



220301

Annika Atterlid Ohlsson

Malin Espersson

Diarienummer

MAS

MAR

SN 2022/46

# Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	6
Informationssäkerhet .....	10
En god säkerhetskultur .....	11
Innovation .....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	12
Utbildning .....	12
Patienten som medskapare .....	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	14
PPM mätning av basala hygienrutiner och klädregler .....	14
Vårdhygien/Smittskydd .....	15
Journalgranskning .....	15
IVO nationell tillsyn .....	16
Kvalitetsregister .....	16
Svenska Palliativregistret .....	16
BPSD .....	16
Senior Alert .....	16
HALT .....	17
Bedömningar .....	17
Läkemedelsgranskning .....	18
Extern läkemedelsgranskning .....	18
Extern egenkontroll av basläkemedelsförrådet .....	18
Information om patientsäkerhetsarbetet per enhet i Höörs kommun .....	19
Samarbete Vårdcentral-Kommun .....	19
Kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal .....	19
Sjuksköterskeorganisationen .....	19
Rehabenheten .....	20
Särskilt boende äldre .....	21
Hemtjänst/ordinärt boende .....	21
Bemanningsenheten .....	22
Omsorgen om personer med funktionsnedsättning (OF) .....	23

Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	24
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	25
Säker vård här och nu.....	25
Riskhantering.....	26
Stärka analys, lärande och utveckling .....	26
Avvikelse .....	26
Klagomål och synpunkter .....	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	28
God och Nära vård samt Analysverktyg patientsäkerhet .....	28
Egenkontroller.....	28
Covid-sammanfattning 2021.....	29
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>30</b>
Mål 2022.....	30
Strategier och utmaningar .....	31
Bilaga 1 Redovisningsrapport PPM mätning basala hygienrutiner och klädregler.....	33
Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler .....	33
Resultatredovisning.....	33
Basala hygienrutiner.....	34
Klädregler .....	34
Sammanfattning av resultaten för riket.....	34
Resultat, analys och åtgärder i Höörs kommun Social sektor ÄO, OF och HS .....	35
Bilaga 2 Senior Alert .....	40
Bilaga 3 Avvikelse/vårdskador .....	41
Bilaga 4 Detaljerad info om läkemedelsavvikelse .....	42
Bilaga 5 Detaljerad info rehabilitering och träning .....	43
Bilaga 6 Fallrapporter .....	44
Bilaga 7 Detaljerad info om fallrapporter .....	45

## SAMMANFATTNING

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten i Höörs kommun under 2021 varit god i samtliga verksamheter trots rådande pandemi och stundtals höga personalbortfall. Patientsäkerheten har i hög grad upprätthållits och till och med förbättrats/optimerats. Kvartal två infördes ett nytt mer användarvänligt kvalitetsledningssystem. Tyvärr kom även 2021 att till största del handla om Covid-19 och pandemin har i stort präglat det mesta av arbetet inom vård och omsorg.

Pandemin har inneburit ett ökat fokus och en förflyttning i synen på vårdens kärnverksamhet. Patientsäkerheten har hela tiden varit i fokus där upprättande och revidering av rutiner kopplade till Covid-19 (övriga rutiner och riktlinjer har tyvärr inte prioriterats) genomstrukturerat året för att förhindra smitta och smittspridning i våra verksamheter. Vilket vi fram till idag lyckats väl med. Tyvärr är det fortfarande en pågående pandemi, fas fyra drar fram som en löpeld i samhället. Nu är smittspridningen högre och mer utspridd än någonsin och det påverkar idag framförallt personalförsörjningen d v s det leder till stora personalbortfall. Medborgare/patienter mår väl utifrån Covid-perspektiv, inga större utbrott har drabbat medborgarna i någon av verksamheterna.

Avvikelse har registrerats, utretts och åtgärdats. Synpunkter, fel och brister samt avvikelshantering är en viktig del i vårt systematiska kvalitetsarbete, det medför att brister i verksamheten identifieras och åtgärdas vilket leder till att patientsäkerheten förbättras. Inga lex Maria-anmälningar har gjorts under 2021.

Antalet riskbedömningar och registreringar i samtliga kvalitetsregister (förutom BPSD) har minskat avsevärt mot föregående år.

Social sektors medarbetare besitter kreativitet och förändringsbenägenhet. Vi kan på allvar ställa om snabbt när det gäller. Teamsamverkan och laganda utifrån ett starkt medborgarfokus är ledord. Vi har hela tiden justerat och optimerat, varit innovativa och proaktiva, snabbt utvecklat andra arbetssätt och mötesformer. Digitalisering och innovation har tagit fart. Fortsatta satsningar på välfärdsteknik har gjorts inom social sektors alla verksamheter.

Svensk sjukvård står inför ett stort organisatoriskt systemskifte där den traditionella sjukhusvården kommer "flytta ut" från institutionerna till medborgarens närmiljö, omställning till nära vård. Omställningen har börjat och gemensamt tar regioner och kommuner sig an utmaningen men med olika förutsättningar. Medarbetare inom den kommunala hälso- och sjukvården kommer behöva flytta fokus men också utbildas inom områden som kan bli aktuella i hemsjukvården.

I statistik gällande samverkan vid utskrivning (SVU) ses under 2021 ett ökat antal medborgare som planeras hem från sjukhus med olika kommunala insatser jämfört med 2020 (10 %). Det skiljer inte så mycket i fördelning/ antal ärende i team 3 (40 ärende/ månad jämfört med 2020 30-35 ärende per månad). Däremot att det är större inflöde i team 1, 2 och 4.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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.

## 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.



### Övergripande mål och strategier

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

Hälso- och sjukvårdens arbete i Höörs kommun utgår från Kommunfullmäktiges fyra övergripande mål för 2020–2023. De fyra övergripande målen gäller kommunens alla verksamheter. De är en del av vår verksamhetsstyrning och ska vara just styrande och vägledande. Medborgarna och företagarna är en resurs i Höörs samhällsutveckling och ska tas tillvara på ett positivt och lösningsfokuserat sätt. God livsmiljö och bra boende för alla. Förskole- och skolverksamhet med hög kvalitet och god lärmiljö. Långsiktig och hållbar ekonomi och miljö.

Utifrån dessa övergripande mål har de olika nämnderna i uppdrag att formulera fokusområde för den egna verksamheten. Social sektor arbetar med nedanstående fokusområden:

- Samhällskontraktet: Gemensamt mantra: ”Efter mötet med mig ska du vara mer självständig”.
- Folkhälsa: Ta tillvara medborgarens egna resurser, arbeta funktionsstödjande. Utveckla mötesplatser för social samvaro.
- Digitalisering (Långsiktigt hållbar ekonomi och miljö): Använda varandras kompetenser, Strategisk kompetensförsörjning, E-Learning.

Sektorn har gemensamt brutit ner dessa i aktiviteter som verksamheterna arbetar vidare med.

## Kvalitet och utvecklingsarbete

Vi följer upp vår verksamhet på flera olika sätt och arbetar med ständig utveckling av våra verksamheter. Vi deltar regelbundet i de nationella kvalitetsmätningarna Kommunens kvalitet i korthet (KKiK), kvalitetsregister (tex Senior Alert) och Medborgarundersökningen och medarbetarundersökningar.

I vår interna uppföljning kontrollerar vi årligen resultatet mot våra egna mål. Resultatet presenteras i kommunens årsredovisning. Utöver det gör verksamheterna egna enkäter, mätningar och utvärderingar.

All uppföljning och kvalitetsmätning är ett viktigt underlag för kommunens fortsatta planering och utveckling. Undersökningarna utgör bland annat underlag för politiska beslut om verksamhet och budget.

## Organisation och ansvar

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

## **Socialnämnden**

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Socialnämnden 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 system för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Detta innebär ansvar för att verksamheten är organiserad och det ges förutsättningar i syfte att upprätthålla god kvalitet och hög patientsäkerhet.

## **Socialchef**

Socialchefen är verksamhetsansvarig/verksamhetschef för den kommunala Hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom socialtjänsten. Ansvar avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Ytterligare information finns i Hälso- och sjukvårdslagen.

## **Verksamhetschef**

Verksamhetscheferna är länk mellan socialchef och enhetschefer. I Social sektor finns from 1/9 två verksamhetschefer. En för HS (hälso- och sjukvården), och ÅO (äldreomsorgen) och en inom IFO (individ och familjeomsorgen) och OF (omsorgen om personer med funktionsnedsättning). Verksamhetschefen ska stödja och handleda enhetscheferna, representera verksamheterna i sektorns ledningsgrupp. Informera om ledningsgruppens beslut och säkerställa att dessa genomförs. De ska i sin tur förse socialchefen med underlag och information om verksamheterna och driva utvecklingsarbetet inom verksamheterna utifrån ett årsperspektiv.

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

I varje kommun finns en Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetsansvarig/verksamhetschef för Hälso- och sjukvården ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerheten inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Det är även MAS som är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerats medföra vårdskada anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I ansvarsområdet ingår det också att se till så författningsbestämmelser och andra regler är kända. Inom ramen för ledningssystemet ska MAS ta fram, fastställa och dokumentera rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. From 1/9 har Höörs kommun MAS på heltid. Tidigare hade MAS ett delat uppdrag, både verksamhetschef för HS och MAS. Pandemin har tydliggjort att det dubbla uppdraget blev en omöjlig kombination med allt för omfattande arbetsuppgifter. Vi står inför ett kommande reformskifte samt en stor utvärdering, lärdom och succesiv implementering av nya säkra arbetssätt för att säkra patientsäkerhetsarbete, allt i efterloppet av pandemin.

## **Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

From 2018 har Höörs kommun även en Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). I uppdraget ingår att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla inom området rehabilitering och medicintekniska hjälpmedel. Har anmälningsplikt till läkemedelsverket och leverantörer vid produktfel på medicintekniska hjälpmedel. Utreder och följer avvikelser vid fallolyckor och utebliven rehabilitering. Ansvarar för omvärldsbevakning inom området. Det är även MAR som är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerat medföra vårdskada inom ovan områden anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I ansvarsområdet ingår det också att se till så författningsbestämmelser och andra regler är kända. Inom ramen för ledningssystemet ska MAR ta fram, fastställa och dokumentera rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

## Enhetschef

Enhetschefer har ansvaret att implementera patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna och att se till att gällande rutiner och riktlinjer följs i det dagliga arbetet samt att nya medarbetare får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sin profession.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter 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 patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal i hemtjänst och särskilt boende såväl som inom OF (omsorg om personer med funktionsnedsättning) som har delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför de delegerade uppgifterna. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska även inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

## Stödfunktioner

Det finns en rad olika stödfunktioner i patientsäkerhetsarbetet som samverkar och samarbetar med varandra. För att nämna några; Vårdhygien och Smittskydd som vi under 2021 haft extra mycket samarbete och dialog med, pga. pandemin (gemensamma hygiendialoger, smittspårning mm), Strama (nätverk med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling), Regionens Chefläkare samt Patientnämnden och IVO.

Internt samverkar och samarbetar MAS, MAR med SAS (socialt ansvarig socionom). Det är SAS som varit den som tillsammans med MAS organiserat, kommunicerat och löpande planerat arbetet med Covid inom Social sektor med fokus på ÄO, HS och OF. From 1/9 har Höörs kommun SAS på heltid och för första gången skrivs 2021 ett kvalitetsbokslut. SoL, LSS och HSL är olika lagrum men för den enskilde individen är det inget som har en större betydelse därav vikten av en helhetssyn och personcentrerat förhållningssätt.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS 2011:94 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Samverkan vid Utskrivning (SVU)
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om habilitering i Skåne.
- Lokalt avtal beträffande samverkan kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.
- Hjälpmedelsguiden
- Lokal samverkansgrupp för hälso- och sjukvårdavtalet. Lokalt avtal mellan primärvården i Höör och Höörs kommun.
- Samverkan mobilt vårdteam, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.
- MAS och MAR nätverk
  - Samverkan region och kommun för att komma åt problemen vid vårdens övergångar
  - Delregional Samverkansgrupp för rehabilitering (representation från Region Skåne SUS, VC, 4 kommuner)



- Det är inte ovanligt att kommunen får hem personer för snabbt, personer som inte är medicinskt färdigbehandlade. Dessutom saknas ofta aktuella medicinlistor och annan relevant information från slutenvården, vilket leder till merarbete för kommunens sjuksköterskor samt risk för vårdskador och bristande patientsäkerhet. Med anledning av detta har kommunerna i mellanskåne under hösten 2019 inlett arbete med regionen (SUS) för att komma åt ovanstående problematik. Arbetsnamnet är ”Säkra utskrivningar”. Åtgärdsprogram för att komma åt och förebygga dessa brister har regionen presenterat under 2020. En ny uppföljande mätning skulle gjorts hösten 2021 där bl a Höör ingår, tyvärr blev den inte av p g a pandemin. Vi ser oavsett en viss förbättring och ett bättre flöde och även antalet avvikelser i vårdens övergångar har minskat.

Samverkan sker både intern och externt på olika plan, i olika former och strukturer och i diverse forum och möteskonstellationer där bland annat patientsäkerhetsarbetet diskuteras.

- APT/yrkesträffar/gruppträffar sker kontinuerligt. En gång/vecka har fysioterapeuter och arbetsterapeuter yrkesträffar. Samtlig legitimerad personal har APT minst fyra ggr/år.
- Varannan vecka har ledningsgruppen för hälso- och sjukvården möte.
- Under året har hälso- och sjukvårdens chefer medverkat på ÄO och OF:s ledningsgrupp vid behov dels utifrån frågor som berört patientsäkerhetsarbetet.
- Veckomöten med samtliga enhetschefer inom HS, ÄO, OF har verksamhetschef för ÄO/OF och HS (SAS och MAS) haft enbart utifrån Covid-19 perspektivet (fram till juni 2021).
- Aktualiseringsträffar (med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare) sker via miniteam en gång/vecka. Till dessa träffar kan verkställigheten ansluta på initiativ av dem själva eller av miniteamet. Legitimerad personal har även vid behov medverkat ute på verksamheternas APT. För att diskutera och samverka kring patientsäkerhetsfrågor bland annat. Något som tyvärr inte blivit av under 2021.
- Kvalitetsmöten med all legitimerad personal en ggr/termin. MAS och MAR ansvarar för kvalitetsmötena. Dessa möten har ej genomförts under pandemin.
- När rutiner och riktlinjer revideras eller införs informeras alltid personalen av enhetscheferna i respektive verksamhet på APT.
- Sammanhållen individuell plan (SIP) upprättas mellan region och kommun, fokus på SIP och inskrivningar i den nya vårdformen MVT (mobilt vårdteam)
- Kommunen och primärvården har kontinuerliga träffar. Enhetschef för sjuksköterskorna samt MAR/enhetschef för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, Verksamhetschef för HS och ÄO, MAS samt vårdcentralens verksamhetschef träffas i den lokala samarbetsgruppen minst 8 ggr/år.
- MAS och vårdcentralens chef har haft kontinuerliga telefonmöten under pandemin för att säkerställa patientsäkerhet och för att optimera, organisera och stötta varandra.
- Förebyggande kontroller av medicintekniska produkter har genomförts enligt rutin.
- Besiktning av lyftar och förebyggande underhåll av rullstolar och vårdsängar sker årligen av hjälpmedelsleverantör enligt avtal. Avvikelse skickas till leverantör när detta inte skett enligt avtal. Periodisk lyftselesinspektion av förskrivna lyftselar har skett en gång/halvår.
- MAS samverkar med Vårdhygien, Smittskydd och Skånes läkemedelsråd i frågor som rör patientsäkerhetsarbetet dels för att förhindra och förebygga smitta samt för att optimera läkemedelshandlingen.
- Under pandemin har MAS haft kontinuerliga möten med Vårdhygien och Smittskydd.
- Samverkan i 10 gruppen /Sodexo för hjälpmedelsansvarig. Denna samverkan sker regelbundet för att säkerställa rutiner, leveranser mm.
- Samverkan i MAR och MAS nätverk Skåne sker några ggr/termin där kvalitetsfrågor/rutiner diskuteras.

- Årligen sker samverkan med CSK för att diskutera höftprocessen med berörda kommuner, inställt 2021.
- Under hösten 2021 har Social sektors stab tagit fram nya rutiner och processer för intern kontroll och intern revision som kommer starta from 2022. Egenkontroller kommer att utvidgas på olika plan.
- Nytt kvalitetsledningssystem infördes våren 2021. I samband med detta har diverse rutiner reviderats eller tillkommit och andra har avslutats.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

För efterlevnad av lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrift 2016:40 pågår ett kontinuerligt arbete kring informationssäkerhet. Informationssäkerhet innebär att skydda information så:

1. att den alltid finns när vi behöver den (tillgänglighet)
2. att vi kan lita på att den är korrekt och inte manipulerad eller förstörd (riktighet)
3. att endast behöriga personer får ta del av den (konfidentialitet)
4. att det går att följa hur och när information har hanterats och kommunicerats (spårbarhet)

*SITHS-kort inloggning*

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på Internet, såsom Pascal, Mina planer, Nationell Patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister samt utfärdande av tandvårdskort. All legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i befintligt journalsystem samt i olika kvalitetsregister.

*NPÖ Nationell patientöversikt*

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare. I Höörs kommun syns nyttan av sammanhållen journalföring i olika sammanhang. Fler nerslag görs idag mot tidigare år, vi ser ett ökat användarbehov. Höörs kommun är en av ett fåtal av Skånes 33 kommuner som även är producenter i NPÖ vilket innebär att andra vårdgivare tex primärvård och slutenvård kan läsa delar av våra journaler. From hösten 2021 kan alla medborgare ta del av upprättad SIP via 1177 och inom en snar framtid ska de som har kommunal hälso- och sjukvård kunna ta del av den kommunala journalen, också via 1177.

*Loggkontroller*

Loggkontroller ska genomföras minst 4 ggr/år i samtliga verksamheter samt kontroller av användare i NPÖ (nationell patientöversikt). Granskningen sker genom att tex slumpmässig personal väljs ut en gång per kvartal i respektive verksamhet och sedan granskas loggarna av enhetschef och medarbetare. Vi har efter interna kontroller sett att det är låg följsamhet till att utföra loggkontrollerna 4 ggr/år därmed har systemförvaltare tagit fram en tydlig process för loggkontrollerna via intranätet och from 2021 går påminnelser till samtliga chefer ut när det är dags att göra kontroll i verksamheten. Ser redan en bättre följsamhet, inga avvikelser har uppdagats i de loggkontroller som gjorts 2021. Samtliga enheter utom en har gjort loggkontroller enligt rutin och inget avvikande har rapporterats. Följsamhet till loggkontrollerna har förbättrats avsevärt under 2021.

*Övrig informationsöverföring*

Informationsöverföringen mellan vårdcentral och kommun har under året diskuterats och allt mer övergått till direkta möten alternativt telefonsamtal för att minska fax och mejlkonversationer.

Säker digital kommunikation (SDK), ett nationellt arbete som pågår och förväntas vara klart inom de närmsta åren. SDK ska förhoppningsvis leda till att vi inom kort kan avveckla faxen och kommunicera på säkrare sätt med externa vårdgivare. I väntan på SDK har den kommunala hälso- och sjukvården under 2021 infört e-fax, vilket är ett säkrare informationsöverföringssystem.

### *Digitala läkemedelsskåp*

Låsbara digitala läkemedelsskåp infördes 2019 i ordinärt boende. Under 2020 har samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen erhållit digitala läkemedelsskåp. 2021 fortsatte utrollningen av skåp till samtliga LSS-boende och personlig assistans därmed har idag alla verksamheter digitala skåp. Det innebär en kvalitetssäkring av läkemedelshandlingen. Läkemedelsskåpen har ett digitalt lås, vilket innebär att endast personal som är behörig kan öppna skåpet. När personal öppnar skåpet sker en digital loggning, vilket innebär att en spårbarhet finns, det går att få fram vem som öppnat skåpet och vid vilken tidpunkt. Läkemedelsskåpet är en förutsättning för att framöver få hjälp med läkemedelshandling annars kan hemsjukvården inte ansvara för en säker läkemedelsadministrering.

Sjuksköterskorna har tre läkemedelsrum där de delar dosetter och tar emot leveranser från Apotek mm. Samtliga medborgare som har narkotikaklassade läkemedel har sina läkemedel inlåsta i digitala läkemedelsskåp även i dessa läkemedelsrum. Läkemedelsrummens dörrar är försedda med digitala lås vilket leder till spårbarhet men för att skärpa upp den spårbarheten ytterligare har varje medborgare även ett digitalt läkemedelsskåp i läkemedelsrummet.

I det ena läkemedelsrummet har kommunen sitt basläkemedelsförråd. De narkotikaklassade basläkemedlen förvaras i ett eget rum inne i läkemedelsrummet. Även på detta rum är det ett digitalt lås installerat sedan förvaras varje narkotikaklassat läkemedel i digitala läkemedelsskåp.

Extern läkemedelsgranskning gjordes i höstas och granskaren uppgav att denne aldrig hade tagit del av en säkrare läkemedelshandling. Ovanstående infördes i somras efter att det förekommit svinn av narkotikaklassade läkemedel i början av 2021 samt under 2020. Olika åtgärder har vidtagits löpande och nu är samtliga åtgärder införda, inget svinn har förekommit sedan början av 2021.

Björkens särskilda boende har också infört digitalt lås på det läkemedelsrum som installerades på Björken (det blev aktuellt pga att tidigare låsta skåp gick sönder), något som övriga säbo planerar att införa efterhand.

## **En god säkerhetskultur**

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

### **Socialnämndens kvalitetspolicy:**

Vi arbetar förebyggande, funktionsstödjande, rehabiliterande, målstyrt och rättssäkert.

Genom att våra möten med medborgarna vilar på begreppen meningsfullhet, hanterbarhet

begriplighet möjliggör vi en känsla av sammanhang (KASAM).

Medarbetare och ledare inom social sektor arbetar ständigt för att utveckla det hälsofrämjande (salutogena) förhållningssättet.

Vi följer upp/utvärderar kontinuerligt.

Vi mäter effektmålen för att säkerställa att vi följer kvalitetspolicyen.



och

## **Innovation**

Inom Social sektor finns en etablerad organisation för att ta tillvara och arbeta med innovativa idéer dvs att medborgare och medarbetarförslag tas tillvara. Idéer tas tillvara och landar ner i så kallade testlabbs för att därefter eventuellt landa i ett projekt. Hösten 2021 fattades beslut att införa Digitala Samtal och deras tjänst för säker videokonsultation för personalen inom hemtjänsten. I ett första steg införs säker videokonsultation mellan tjänstgörande sköterska och omvårdnadspersonalen nattetid. Innovationsarbete har genomförts under hela året i syfte att säkra medborgarperspektivet samt att ge medarbetarna möjlighet till att påverka omsorgen

## 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.

För att säkerställa detta arbetar social sektor för att all personal ska vara utbildade undersköterskor och de medarbetar som inte är utbildade undersköterskor har fått erbjudande om att utbilda sig genom Äldreomsorgslyftet.

Social sektor tillser även att all personal får utbildning i medicinhantering och ergonomi samt utbildning i basal hygien genom e-learning. All legitimerad personal har också genomgått en digital utbildning i verksamhetens nya avvikelssystem för HSL-avvikelser.

En annan viktig del i detta är även tillgången till personal med rätt kunskap och kompetens, under året har sektorn tyvärr haft brist på legitimerad personal. Brist på sjuksköterskor under pandemin har medfört att sjuksköterskor ersätts med bemanningssköterskor vid längre frånvaro under nästan hela året. Tre distriktundersköterskor är idag anställda och kopplade till sjuksköterskeorganisationen (utökning med 100% 2021). De har omfattande delegeringar för att avlasta sjuksköterskorna. Även två poolsjuksköterskor har anställts under året (flexibla tjänster för att täcka upp korttidsfrånvaro mm).

Brist på fysioterapeuter vilket har lett till inrättandet av en permanent tjänst som rehab-assistent för att kunna stödja legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter genom att avlasta dem i vissa arbetsuppgifter.

Varje morgon träffas legitimerad personal och biståndshandläggare för att diskutera nya ärenden vid t ex hemgång från sjukhus.

Delegerat arbete hos medborgare utförs alltid av delegerad personal som har kunskap. Gruppledaren har fått information om medarbetarnas kunskap och kompetens och planerar insatser hos medborgare utifrån den informationen. Kontaktpersoner informerar gruppledare om medborgare och dennes behov. Kompetens och kunskap diskuteras på APT och värdegrund utifrån medborgarnas behov. Saknas det kunskap om något specifikt inhämtas hjälp av utomstående för handledning. Behövs fler delegeringar tas det upp med sjuksköterska. Andra professioner bjuds in på APT och värdegrund för kompetenshöjning vid behov. Teamträffar sker regelbundet där alla professioner deltar.

## Utbildning

Samtliga utbildningar som personal genomgår redovisas antingen på APT eller yrkesträffar för att alla ska få del av ny information och nya rön.

Samtlig personal har deltagit i färre antal utbildningar. I år har alla utbildningar varit digitala och det har inte varit fokus på utbildningar i samma omfattning som tidigare år. Fokus har varit på det dagliga arbetet och allt merarbete som tillkommit p.g.a. pandemin (provtagning, smittspår mm.)

- Instruktörer i VISAM utbildar och informerar löpande nya sjuksköterskor och sjuksköterskegruppen i VISAM beslutstöd. (Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskorna inom den kommunala vård och omsorgen som ska användas när den enskildes hälsotillstånd försämrats. Checklistan ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras (info Vårdsamverkan Skåne, Skånes kommuner)).
- SBAR utbildning, information samt lathundar och checklistor har getts till samtlig personal under hösten 2021. Uppfräschning av vikten att kommunicera och dokumentera enligt SBAR har gått ut till alla anställda via deras enhetschef. (SBAR är ett sätt att kommunicera strukturerat i vården. Om vårdpersonalen använder SBAR för att strukturera samtalen minskar riskerna för att information glöms bort eller misstolkas. Därmed minskar också risken för vårdskador.info SKR)
- Samtlig legitimerad personal har gått HLR utbildning. Årlig utbildning.
- För att ordinarörer/förskrivare ska kunna göra utprovningar, ordinera, instruera samt göra uppföljningar behövs fördjupande kunskaper om hjälpmedel. 10-gruppen samverkar med Sodexo för att anordna utbildningar. Dessa har under 2021 ställts in eller anpassats p.g.a. pandemin. En del produktvisningar/ produktutbildningar har genomförts under hösten 2021.



- Skånes kommuner har arrangerat en halvdagsföreläsning kring temat juridik-dokumentation och sekretess som flera leg personal har deltagit på.
- Utbildning inom området autism och neuropsykiatri har två arbetsterapeuter och en fysioterapeut gått.
- Handledarutbildning för studenter, via Högskolan i Kristianstad har en fysioterapeut gått under höstterminen 2021.
- Nya förskrivare (arbetsterapeuter/fysioterapeuter/sjukgymnaster) genomgår förskrivarutbildning från Socialstyrelsen löpande.
- Diverse webbutbildningar har genomförts inom de olika verksamheterna.
- Kompetenshöjande interna åtgärder: Lyftutbildning. Hygienutbildning. Delegeringsutbildning.
- Lyftutbildning har erbjudits omvårdnadspersonal inom särskilt boende, ordinärt boende, gruppboende, daglig verksamhet och personlig assistans. En arbetsterapeut och en fysioterapeut håller i utbildningen. Det finns dels grundutbildning som är 6 h och sedan finns uppföljningstillfälle som är 2 timmar. Det har arrangerats 18 grundutbildningar under 2021 och 33 uppföljningstillfälle. Vid varje utbildningstillfälle kan 4- 6 omvårdnadspersonal delta (minskat antal beroende på pandemi). Så det innebär att 92 omvårdnadspersonal har gått grundutbildning lyft och 175 omvårdnadspersonal har gått uppföljningsutbildning.
- Hygienutbildning, samtlig personal ska enligt rutin gå Socialstyrelsens utbildning i basalygienrutiner. Det är en e-learningutbildning. Tillsvidareanställd personal går den 1ggr/år nyanställda i direkt anslutning till anställning. Alla verksamheter har utsedd hygienombud som kontinuerligt har möten med ansvarig hygiensjuksköterska och är extra uppmärksamma på att basala hygienrutiner följs på enheten.
- Delegeringsutbildning, samtlig personal går delegeringsutbildning via e-learning. Därefter görs kunskapsprov och delegering erhålls av sjuksköterska. Enligt nyckeltal from januari tom september har 420 medarbetare erhållit delegering. Tyvärr saknas siffror för oktober, november och december. I snitt innebär det 46 delegeringar per månad. Det viktigt med hög kvalitet i hela delegeringsprocessen för att erhålla och säkra upp patientsäkerheten men det är onokligen ett omfattande och tidskrävande arbete för samtliga enheter, framförallt för sjuksköterskorna som lägger mycket tid på att delegera medarbetarna i kommunens vård och omsorgsverksamheter vilket tydligt redovisas i ovan statistik.
- En del av stadsbidraget (stimulansmedel) 2021 kopplat till omställningen God och nära vård var kompetensutveckling för att motivera sjuksköterskor att vidareutbilda sig. Hörs kommun tog fram ett förslag där två sjuksköterskor skulle ges möjlighet att kostnadsfritt utbilda sig på halvfart i kombination med att arbeta resterande procent. Intresserade fick anmäla sig till högskoleutbildning, antingen med inriktning äldre eller till distriktsköterska, tyvärr valde ingen sjuksköterska att påbörja vidareutbildning under hösten 2021. Däremot 2022 har en av kommunens sjuksköterskor tagit tjänstledigt på 100% för att läsa till distriktsköterska.

### **Rutiner och riktlinjer inom Hälso- och sjukvård**

Rutiner och riktlinjer har reviderats under 2021. Planen var redan år 2020 att gå igenom samtliga (cirka 120) rutiner för att revidera, eventuellt avveckla eller utveckla och uppdatera samtliga av rutinerna. Ett arbete som inte blivit av varken 2020 eller 2021 p g a omprioritering av arbetsuppgifter med anledning av rådande pandemi. Däremot har löpande revideringar gjorts vartefter nya förordningar, lagar och organisationer tillkommer eller förändras.

Mer eller mindre konstant sedan mars 2020 har rutiner kopplade till Covid-19 reviderats vilket fortsatt under 2021.

Informationsflödet har varit mycket stort och har förändrats från en dag till en annan. MAS har förmedlat

nya rutiner, förhållningssätt till enhetscheferna som i sin tur informerat och implementerat det ut i verksamheterna.

Hjälpmiddelsriktlinjer justeras kontinuerligt vid förändring.

Kommunövergripande samarbete pågår framför allt inom mellersta MAS-nätverket för att ta del av varandras rutiner. Vad gäller rutiner och riktlinjer inom vård, hälso- och sjukvård samt omsorg bör först och främst den nationella Vårdhandboken användas och utöver den ska lokala riktlinjer upprättas vid behov.

MAR nätverket träffas 2 gånger /termin och MAS nätverket träffas varje månad. Här delger vi varandra aktuella rutiner och frågeställningar för att öka kvaliteten inom området. Under 2021 har dessa skett digitalt. Sedan 2019 har Höör, Hörby och Burlöv inlett samarbete i att upprätta rutiner tillsammans, tyvärr har arbetet blivit uppskjutet pga rådande omständigheter.

## Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. Inom Social sektor arbetar vi nära medborgaren och dennes anhöriga. Viktigt med öppen dialog vilket sker kontinuerligt och vid behov.



- Anhörigträffar på särskilda boenden och hemtjänst. Här ges tillfälle att informera om verksamheten och lyssna in synpunkter från medborgare/patienter och anhöriga. Legitimerad personal brukar medverka på dialogmöten och anhörigträffar på särskilt boende och i hemtjänst. Tyvärr har samtliga möten blivit inställda 2021 pga. pandemin.
- Vid upprättandet av SIP (samordnad individuell plan) är närstående en viktig del utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv (förutsatt att den enskilde önskar deras medverkan).
- I samband med vårdplanering i hemmet bjuds närstående in i samråd med den enskilde.
- Vid större avvikelser och synpunkter kontaktas närstående för att ges information men även för att verksamheten ska få ta del av deras upplevelser.
- Seniorträffar i grupp erbjuds till personer som fyller 80 år, inställt pga. pandemin.
- Fallförebyggande rådgivning erbjuds i samband med att trygghetslarm beviljas.

## 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.



## PPM mätning av basala hygienrutiner och klädregler

Mätningarna är en observationsstudie som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner och regioner. En eller flera medarbetare får i uppdrag att observera sina kollegor. I mätningen observeras följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler dvs. följsamheten till

åtta olika stegen i samband med patientnära arbete som till exempel omvårdnad, behandling och undersökning. Mätningen görs utefter ett standardiserat observationsprotokoll framtaget av SKR.

## **Resultat, analys och åtgärder i Höörs kommun Social sektor ÄO, OF och HS**

Hösten 2020 gjordes den första mätningen i Höörs kommun och då enbart på Åtorps Säbo och bland legitimerad personal, resultatet blev då 47 % total följsamhet till samtliga hygien och klädregler, en följsamhet på 67% i samtliga hygiensteg och samtliga klädsteg följdes till 58%. I Höör gjordes 84 observationer vilket är ett högt underlag om man jämför med ungefär lika stora kommuner i Sverige.

Våren 2021 gjorde Höörs kommun mätningar i samtliga verksamheter med följande resultat som även redovisas mer detaljerat i bilaga 1.

Följsamhet till samtliga hygien och klädregler har Höörs kommun på 58%, en följsamhet till samtliga hygienregler på 76,2% och till samtliga klädregler på 75%. Bristerna identifieras framförallt i att personal inte desinficerar händerna innan omvårdnadsarbetet påbörjas samt att personal har smycken eller dylikt på händer och underarmar. Detta lyfts till hygienombud och till samtliga chefer att vara extra uppmärksamma på. Resultatet redovisas i sektorns ledningsgrupp och vidare på samtliga enheters APT. Sedan tidigare har vi infört obligatorisk utbildning i basala hygienrutiner samt infört hygienombud i alla verksamheter och en ansvarig sjuksköterska som utbildar och träffar ombuden ett par ggr/år. Bifogat redovisas hela vårens resultatrapport, bilaga 1.

## **Vårdhygien/Smittskydd**

MAS samverkar i nätverk med Vårdhygien Skåne sedan flera år tillbaka. Under pandemin har detta samarbete intensifierats, dels har det varit/är kontinuerliga möten, ungefär varannan vecka med samtliga MAS:ar i Skåne. I samband med smittspårningar har MAS och kontaktperson på Vårdhygien haft veckoavstämningar.

Hygienronder med Vårdhygien har gjorts vid flertalet tillfällen genom åren och det har lett till diverse förbättringar inom hygienområdet och personalen samt chefer är väl medvetna om gällande rutiner, lagar och regler.

Vårdhygien hade föredrag/dialog med samtliga enhetschefer inom ÄO, OF och HS hösten 2019, vilket verkligen gjordes i rätt tid med tanke på vad som sedan hände 2020.

Rutiner har tydliggjorts gällande basala hygienrutiner med fokus på klädregler dvs arbetskläder utifrån hygienaspekt även inom OF. Alla verksamheter har god tillgång till arbetskläder både ovanledar och byxor. Upphandling av cirkulationstvätt är pågående och förväntas bli klar 2022.

Hygienutbildning; varje år ska samtlig personal inom vård och omsorg gå socialstyrelsens e-learning utbildning i basala hygienrutiner. Ordinarie personal i alla verksamheter gör den 1 ggr/år och vikarier i samband med anställning. Under 2020 har alla verksamheter utsett hygienombud som i sin tur fått extra utbildning av ansvarig sjuksköterska inom hygienområdet, kontinuerliga träffar med sjuksköterska och hygienombud sker löpande.

## **Journalgranskning**

Enligt patientdatalagen (PDL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har all legitimerad personal skyldighet att dokumentera uppgifter som kan ha betydelse för vården av den enskilde. Även de som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom delegering, ordination eller instruktion ska dokumentera iakttagelser av vikt som de gör i samband med utförandet av de delegerade, ordinerade eller instruerade arbetsuppgifterna.

Patientjournal ska föras på de personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 18 § 1982:763.

Syftet med journalgranskning är att tillgodose den enskildes behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Det innebär att kontrollera att dokumentation förs i enlighet med gällande författningar och rutiner samt genom att granska att informationen förs in rätt i verksamhetssystemet, Procapita. Rutinen gällande journalgranskningar har inte följts 2021. Det har tyvärr prioriterats bort främst med anledning av pandemin men även med anledning av att ett nytt verksamhetssystem (Lifecare HSL) ska implementeras inom kort, plan för införande är oktober 2022. I och med nytt verksamhetssystem kommer inga

strukturerade journalgranskningar att göras under 2022 däremot kommer journalföring i hög grad vara i fokus. Kvalitetsutvecklande journalgranskning, eventuellt utformat som egenkontroll, blir åter aktuellt när Lifecare HSL införts tidigast 2023.

Löpnade journalgranskning har i viss mån skett i ärendediskussioner vid respektive sjuksköterske- arbetsterapeut- och fysioterapeutträffar och APT. Även i samband med avvikelser förekommer till viss del journalgranskningar om än inte lika strukturerat.

## **IVO nationell tillsyn**

Över 70 journaler har laddats ner och förmedlats till IVO. Ett omfattande arbete lades ner av MAS och systemförvaltare för att möjliggöra och säkert kunna utföra denna begäran. Risk och konsekvensanalys gjordes. Dataskyddsombud, diverse IT-expert och kommunens jurist involverades med tanke på att sekretessuppgifter i stora mängder skulle överföras digitalt något vilket aldrig gjorts tidigare i denna omfattning. Begäran från IVO kom kommunerna tillhanda mitt under rådande pandemi och mitt i sommarsens semestertider 2021. Resultatet av tillsynen är inte klar men kommer redovisas under våren 2022. Tillsynen är ett steg i IVOs uppdrag efter kritiken mot äldreomsorgen som uppdagades i samband med pandemins utbrott.

## **Kvalitetsregister**

### **Svenska Palliativregistret**

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat den avlidne besvarar ett trettiotal frågor. Syftet med kvalitetsregistret är att förbättra vården i livets slutskede genom att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede. Under 2019 har Höör kommun registrerades åtta avlidna i det palliativa registret. Det fördubblades 2020 till 16 st. 2021 har enbart 4 avlidna registrerats i palliativ registret. Det kommer under 2022 bli ett målområde att arbeta vidare med. Inga klagomål har inkommit som är relaterade till den palliativa vården däremot har interna utredningar vidtagits.

### **BPSD**

Syftet med BPSD – registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet. I registret sker kartläggning av frekvens och allvarlighetsgrad av symtom, aktuell läkemedelsbehandling, utifrån checklista identifiera situationer och orsaker som utlöser vissa beteenden, oro osv. Efter denna skattning och analys utformas en bemötandeplan och individanpassade åtgärder sätts in.

BPSD används med gott resultat och nästan samtliga medborgare med demensdiagnos på Björken och Björklövet med demensdiagnos har plan utifrån BPSD. Dessa verksamheter har sedan flertalet år arbetat med bemötandeplaner utifrån BPSD, dessa planer görs och går igenom 2 ggr/år. På Björken gjordes 39 registreringar i BPSD under 2021 vilket är en avsevärd förbättring mot fjolårets 27 registreringar. Fokus var att öka registreringarna och att alla ska ha en bemötandeplan vilket också uppnåtts. På Björklövet är 10 BPSD registrerade vilket innebär att samtliga har en bemötande plan på Björklövet.

### **Senior Alert**

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som i första hand vänder sig till äldre personer. Det övergripande målet med Senior Alert är vårdprevention d v s att förebygga skador och främja hälsan hos äldre personer. Riskbedömningar, planerade och vidtagna åtgärder som rör fall, undernäring, trycksår och munhälsa registreras. From mars 2019 har Höör gått med i Senior Alert på särskilt boende med intentionen att implementera detta verktyg via strukturerade tvärprofessionella teamträffar. På Åtorp och Skogsgläntan har arbetet i tvärgrupperna och registreringarna i Senior Alert flutit på sedan 2019, antalet registreringar har minskat mellan 2020 och 2021. En anledning till detta är att en del av arbetet tyvärr behövt prioriterats bort för att lösa mer akuta dagliga situationer. Det har även skjutits fram p g a personalbortfall. Allt har sin grund i att vi befunnit oss i en pandemi som lett till att



andra nya uppgifter behövs prioriteras exempelvis provtagningar. Periodvis har teamträffarna ställts in och till största del har de utförts digitalt. Omstart med införande av teamträffar i samtliga verksamheter ska införas kvartal 1 2022. Förbättring ses fortfarande avseende att registrera utförda åtgärder vid risk. Arbetet med Senior Alert på Björken har tyvärr avstannat p g a en längre tids vakant sjukskötersketjänst och därefter p g a av pandemin, därav inga registreringar gjorda.

Se utförligt resultat för 2021 i bilaga 2.

## **HALT**

Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete.

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos patienter och antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll och är evidensbaserad. Metoden används för mätningar i hela Europa (Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities). Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämmd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

HALT-mätning ägde rum veckorna 46 och 47. Mätningen genomfördes tillsammans med Folkhälsomyndigheten. I HALT-mätningen deltog 135 kommuner, sammanlagt 1467 enheter. Totalt antal inkluderade vårdtagare var 16 934.

Höör har tidigare aldrig registrerat i HALT men i år var vi med för första gången på Åtorps särskilda boende. Ambition inför nästa år är att utföra HALT samt PPM mätning trycksår på samtliga Säbo.

På Oasen gjordes 9 registreringar, en förvärvad infektion på enheten; urinvägsinfektion och den behandlades med antibiotika.

På Björklövet gjordes 10 registreringar, inga infektioner förvärvade på enheten och ingen använde antibiotika.

Risker för antibiotikaanvändning på båda enheterna är urinkatetrar och sår.

## **Bedömningar**

### **Bedömningsmodulen**

Användning av bedömningsmodulen har minskat nästan med 50% från totalt 343 st bedömningar år 2020 till 163 st 2021. I denna modul ingår gruppen riskbedömningsinstrument. Ser att nästan samtliga riskbedömningar minskat märkbart förutom MNA vilket är ett screening- och bedömningsverktyg som används för att identifiera äldre patienter som löper risk för undernäring. Detta är positivt iom att nutritionsområdet och undernäring var ett av fokusområdena 2021.

Riskbedömningar är ett led i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Arbete och påminnelse om nyttan med att använda riskbedömningsinstrument är ett pågående arbete som måste ske kontinuerligt och tyvärr har det inte varit uppe på agendan i den omfattning som det brukar, anledningen är pandemin som tagit upp det mesta av vårdens tid och resurser. Riskbedömningar är av stor vikt däremot är det än viktigare att åtgärder vidtas och följs upp. Vid diverse journalgenomgångar ser vi att bedömningsinstrument används men inte alltid registreras i den bedömningsmodul som finns i Procapita, tyvärr syns inte detta i statistiken. Positivt är dock att bedömningsinstrument och skattningsskalor används i större omfattning än vad statistiken visar.

### **Hälsodiagnoser /Mål/Måluppfyllelse**

Antal dokumenterade hälsodiagnoser är i princip samma från föregående år; 690 st år 2020 och 696 st år 2021. Antal dokumenterade *mål och måluppfyllelse* har åter minskat under 2021 vilket varit en trend sedan 2019. Tyvärr kan mål och måluppfyllelse dokumenteras på olika ställen i journalen därför blir inte statistiken korrekt. Förhoppningsvis är det något som blir enklare att följa i det nya verksamhetssystemet Lifecare HSL som införs 2022.

Hälsodiagnos	Mål	Måluppfyllelse	Fall	Antal personer som faller	Bedömningsmodul	VAS	FBG	ADL	MNA	BERG	NORTON	NUTRSCREEN	CAN	DFRI	Läkgenomgång	Hemsjukvård
<b>1/1-31/3</b>																
192	16	28	172	93	53	0	9	2	33	1	4	1	0	3	0	340
<b>1/4-30/6</b>																
192	8	24	205	92	74	0	12	4	29	0	11	9	0	9	0	354
384	24	54	377		127	0	21	6	62	1	15	10	0	12	0	
<b>1/7-30/9</b>																
163	7	0	208	100	7	0	3	0	0	0	1	1	0	2	0	365
547	31	54	585		134	0	24	6	62	1	16	11	0	14	0	
<b>1/10-31/12</b>																
149	7	1	213	95	29	0	2	2	14	0	5	2	0	3	0	363
696	38	55	798		163	0	26	8	76	1	21	13	0	17	0	

## Läkemedelsgranskning

I år har två olika läkemedelsgranskningar gjorts. Enligt läkemedelsförfattningen ska en extern läkemedelsgranskning utföras årligen vilket i år skedde digitalt i tre verksamheter. Den andra som genomförts är en egenkontroll som görs vartannat år för att kontrollera följsamheten avseende de regler som gäller kommunala basläkemedelsförråd.

### Extern läkemedelsgranskning

Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen bygger på Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelshantering HSLF-FS 2017:37.

Extern läkemedelsgranskning (görs av farmaceut från Apoteket) gjordes 2021 på Åtorps korttidsenhet, Åtorps utegrupp samt SSK-organisationen med fokus på hemtagningsteamet. Valde att granska hela kedjan från att en patient kommer hem från sjukhuset och antingen kommer till kommunens korttidsenhet alternativt direkt hem till ordinärt boende med stöd från kommunens utegrupp och hemtagningsteam.

Granskningen utfördes via Teams som ett kvalitetsmöte med diskussion kring lokala rutiner. Hela processen analyserades; från beställning/förvaring till ordination och administrering/överlämnande. Även det praktiska arbetet med läkemedel och vikten av fullgod spårbarhet och tydliga ansvarsfördelningar gick genom. Läkemedelslistor, signeringslistor, hantering av narkotiska preparat och förvaring kontrollerades.

De förbättringsförslag som identifierades redovisas i åtgärdsplaner vilka gått ut till sektorns verksamhetschefer för vidare spridning och åtgärder.

Mycket lite framkom efter granskning som behövde förbättras, mindre påminnelser att ta upp på verksamheternas APT, inköp av bättre termometrar till kyl osv. Den externa granskningen visade på en väl fungerande läkemedelshantering i alla led där rapporten framförallt belyste Höörs kommuns höga säkerhet och spårbarhet. Extern läkemedelsgranskning leder till att samtliga rutiner ses över och går igenom, förbättringar görs och det blir ett direkt lärande för samtliga medverkande. Ny läkemedelsgranskning kommer ske 2022 detta år av Apoex då de "vann" årets upphandling.

### Extern egenkontroll av basläkemedelsförrådet

Region Skåne bekostar läkemedlen i ett antal Läkemedelsförråd, så kallade basläkemedelsförråd, inom kommunal hemsjukvård. Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i dessa förråd genomförs i Region Skånes egen regi. Region Skånes sjukhusapoteksfunktion har uppdraget att utföra detta. Ansvariga sjuksköterskor för kommunens basläkemedelsförråd har utfört egenkontrollen vilket innebär att besvara ca 30 tal frågor. Följsamhet och rutiner finns och genomförs. Den brist som uppmärksammades var att den sjuksköterska som ansvarar för kontrollräkning av narkotiska preparat slutade i september och ersättaren hade inte fått info om att hen skulle ta över uppdraget (kommunikationsmiss) därmed hade inte

narkotikaklassade läkemedel kontrollräknats sedan september. Det är nu åtgärdat och kontrollräkning genomförd utan anmärkning.

## Information om patientsäkerhetsarbetet per enhet i Höörs kommun

Nedan kapitel är uppdelat utifrån verksamhet; först information om samarbetet mellan primärvård/vårdcentral som är en central del i hälso- och sjukvårdsarbetet. Därefter presenterar/redogör varje verksamhet inom HS, ÅO och OF för patientsäkerhetsarbetet inom enheten.

### Samarbete Vårdcentral-Kommun

- Hälso- och sjukvårdsavtalet medför ett nära och kontinuerligt samarbete mellan framförallt primärvård och kommun men även region. Nya kommunikationsrutiner har upprättats under året och under åren som HS-avtalet implementerats och reviderats för att nå bättre patientsäkerhet. Rutinerna förändras och utvärderas kontinuerligt då vi arbetar i föränderliga organisationer. Under 2021 har verksamhetschef på Vårdcentralen, MAS, Verksamhetschef HS & ÅO samt enhetschefer för HS haft kontinuerliga teammöten, en samverkan som präglas av ett öppet klimat utifrån patientfokus och personcentrerat förhållningssätt.
- Inskrivna i mobilt vårdteam är 60 personer (siffror från november 2021). För att bli inskriven i MVT krävs att medborgaren uppfyller vissa kriterier samt att SIP upprättas. Ungefär 80–90 personer brukar enligt statistik vara inskrivna i MVT, några faller ifrån och några tillkommer. Från januari 2021 till november 2021 har antalet inskrivna i MVT sjunkit från 76 st till 60 st. Varken verksamhetschef på vårdcentralen eller kommunen har någon exakt förklaring på detta. Däremot har vi gemensamt kommit överens om att läkare och sjuksköterskor måste få förnyad information om vikten av SIP och inskrivning i MVT.
- SIP (samordnade individuella planer) görs tillsammans med medborgare, anhöriga, leg personal och med läkare. Antal SIP som upprättats med primärvården är fram till november 2021 61 st.
- Inga tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar med farmaceut, sjuksköterska och läkare har blivit av under hela 2021. Det har inte gjorts några fördjupade läkemedelsgenomgångar då primärvården beslutade att själv anställa farmaceuter. De anställdes våren 2021 och hann endast komma igång i begränsad omfattning under hösten 2021, Höör erhöll inga tider. Däremot har förenklade läkemedelsgenomgångar gjorts löpande i samband med läkarmedverkan.

### Kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal

#### Sjuksköterskeorganisationen

- 355 medborgare i snitt under året har varit beviljade hemsjukvård. Förra året var snittet 348.
- Riskbedömningsinstrument gällande fall, nutrition, trycksår, smärta används men vi ser ett generellt markant minskat antal riskbedömningar överlag. Arbete med vikten av riskbedömningar samt åtgärdsplaner kommer att vara ett av målen 2022.
- 2021 har två så kallade pool-sjuksköterskor anställts. Pool-sjuksköterska arbetar överallt inom HS:s samtliga verksamheter, de täcker upp vakanta turer vid frånvaro. Arbetar både natt, dag, kväll och helg. Dessa tjänster leder till ökad kontinuitet och i sin tur ökad patientsäkerhet. Denna typ av tjänst är en förutsättning idag då det enbart finns några få timanställda sjuksköterskor att tillgå. Trots detta har bemanningsföretag anlitas hela hösten p g a vakanser.
- Delegeringsgrupp, bestående av sjuksköterskor, har hållit delegeringsutbildningar till nyanställda på alla enheter kontinuerligt fram till april 2020. From april har denna utbildning ersatts med webbutbildning via e-learning. En direkt effekt av pandemin. Delegering och kunskapsprov gör omvårdnadspersonalen efter utbildningen hos den sjuksköterska där personalen har sin huvudplacering. Sjuksköterskorna delegerar i snitt 46 anställda i månaden.

- Förebyggande kontroller av medicinsktekniska produkter klass ett dvs blodtrycksmanschetter mm genomfördes under våren 2021.
- Samordnade individuella planer (SIP) har gjorts under året både med ASIH och primärvården samt inom psykiatrin. Finns inget bra/lätt sätt att få fram statistik på hur många SIP som upprättas och revideras därmed har vi inga siffror att presentera. Däremot är arbetet med SIP förankrat i verksamheterna och ett viktigt verktyg för alla för att forma en tydlig och personcentrerad vård med tydliga mål och planer. 61 SIP har gjorts tillsammans med vårdcentralen.
- Genomgång/revidering av befintliga hälso- och sjukvårdsrutiner har gjorts 2021 men inte enligt plan. Enbart rutiner som krävt revidering pga. ändrade förutsättningar har justerats övrig revidering har fått stå tillbaka pga. pandemin.
- Väletablerat hemtagningsteam som hanterar utskrivningar från sjukhuset på ett föredömligt och effektivt sätt präglat av hög flexibilitet. Inget betalningsansvar 2021. Antalet samordnade vårdplaner så kallade SVPL/SVU som görs efter utskrivning från sjukhuset har under 2021 varit i snitt 40 per månad mot föregående års snitt på 30-35 per månad.
- Avvikelserutinerna har följts fortlöpande.
- Kontinuerliga munhälsobedömningar har genomförts i ordinärt och särskilt boende om den enskilde så önskat. Dessa utförs av Oral Care.
- Hygienutbildning har utförts av samtlig personal under 2021.
- Loggkontroller ska göras enligt rutin inom samtliga verksamheter. Syftet är att garantera att patientjournalssäkerheten följs. Under 2021 har loggkontroller gjorts enligt rutin. Samtliga utan anmärkning.
- Seniorträffar för 80 åringar har varit vilande sedan mars 2020 p g a pandemin.
- Pandemin har påverkat det dagliga arbetet inom sjuksköterskeorganisationen märkbart. Dels med anledning av den stora mängden provtagningar som ålagts vid symtom, efter sjukhusvård osv, dels alla smittspårningar och provtagning i samband med detta. Till det tillkommer vaccinationer av medborgare både i särskilt och ordinärt boende. Enormt mycket merarbete för enhetens personal och chefer. Addera stora personalbortfall till ovanstående, leder till en i stundtals omöjlig ekvation där dagliga omprioriteringar har krävts.

## Rehabenheten

### Rehabilitering

Antalet rehabiliteringsdiagnoser under året var totalt 537 st att jämföra med 428 st 2020.

Rehabiliteringsdiagnos används både vid ordination hjälpmedel och/eller träningsinsatser. Antal diagnoser som resulterat i åtgärd rehabilitering var 146 (132 st 2020). 391 rehabiliteringsdiagnoser resulterade i åtgärd hjälpmedel (296 st 2020).

Målet är att träningsnivåer till största del ska utföras av fysioterapeut/arbetsterapeut när det är möjligt och vid komplexa ärenden för att öka kvaliteten på träningen och därmed förbättra och ge snabbare rehabiliteringsresultat. Hälso- och sjukvårdsorganisationen har anställt rehab- assistent under hösten 2021 för att öka kvalitet på utförandet av delegerade arbetsuppgifter.

Användning av bedömningsinstrument såsom FBG (26), ADL (8) + 6 utanför bedömningsmodul, Bergs balansskala (1). Under 2021 har det gjorts 35 bedömningar. Att jämföra med 64 bedömningar 2020. Således en minskning av användning av bedömningsinstrument för en systematisk/ kvalitativ bedömning. Detta beror till viss del på att implementering av projektet *bedömning inför biståndsinsatser* inte implementerats i verksamheten. Det gjordes många bedömningar i projektet . Sedan har tidsbrist utifrån utbildningsinsatser nämnts som en orsak. De fallförebyggande hembesöken har varit få. Aktuell fysioterapeut fick ta över 2 medborgare som var aktuella i våras och sedan har inga nya medborgare inkommit via biståndshandläggare.

I statistik gällande samverkan vid utskrivning (SVU) ses under 2021 ett ökat antal medborgare som planeras hem från sjukhus med olika kommunala insatser jämfört med 2020 (10 %). Det skiljer inte så mycket i fördelning/ antal ärende i team 3 men däremot att det är större inflöde i team 1, 2 och 4.

97 bostadsanpassningar har gjorts under året (under 2020 gjordes 76 bostadsanpassningar).

## Hjälpmedel

Vår hjälpmedelshantering sker via ett avtal mellan hjälpmedelsföretaget Sodexo och numera nio kommuner sedan ett antal år tillbaka. Senaste förlängningsavtal upprättades med Sodexo 1/10 2018. Sodexo ansvarar för logistiken mellan kommun, och hjälpmedelsleverantörer. De ansvarar också för rekonditionering, förebyggande underhåll, besiktningar, leveranser till och från kommunerna.

De har också ansvar för hjälpmedelspoolen som ägs gemensamt av de nio kommunerna.

Antal utprovningar av tekniska hjälpmedel är i snitt 395/ kvartal, vilket är något färre än 2020 (cirka 450/ kvartal).

Avvikelse från Höörs kommun till Sodexo har ökat under 2021 från 22 avvikelser 2020 till 33 avvikelser 2021. Mestadels gäller avvikelserna försenad leverans men även kategori övrigt samt fellevererad produkt alternativt anmärkning på produkt är en stor grupp.

### *Besiktning/ Förebyggande underhåll*

Besiktning av lyftar och förebyggande underhåll av rullstolar och vårdsängar sker årligen av hjälpmedelsleverantör enligt avtal med Sodexo. Avvikelse skickas till leverantör när detta inte skett enligt avtal. Periodisk lyftsele inspektion av förskrivna lyftselar har skett en gång/halvår. Sodexo har brister i följsamhet till rutin kring FU framförallt vad gäller rullstolar där Höörs kommun bär en del gällande korrekt placering/ grunduppgifter.

## Särskilt boende äldre

Åtgärder som har vidtagits på särskilt boende under 2022 för att förbättra patientsäkerheten:

- Köpt in fallskyddsmattor och använder dessa frikostigt till medborgare som har risk för fallskador.
- Genomgång av basala hygienrutiner flera ggr under året för personal
- Genomgång av SBAR och personalen har börjat att dokumentera enligt detta för att säkerställa dokumentationen enligt HSL
- Åtorp har haft läkemedelsgenomgång/ kontroll av apoteket på korttiden, både inne och utegruppen
- Aktiva hygienombud och under våren 2021 deltog alla särskilda boende i den nationella skattningen gällande hygien
- Plan att ha uppdaterat HSL pärmar med nya register men de har ej levererats än
- För övrigt har Säbo under året arbetat mycket utifrån covid rutiner för att säkra upp verksamheten så mycket som det går.

## Hemtjänst/ordinärt boende

År 2021 har präglats av en anpassning till varierande riktlinjer på grund av pandemi.

Stora delar av medarbetarna har fått två doser vaccin, vissa har fått tre doser.

- Under pandemin har en viktig uppgift varit att säkerställa skyddsutrustning och basala hygienrutiner.
- Målsättning att all personal ska vara utbildade undersköterskor. Äldreomsorgslyftet pågår.
- All personal får utbildning i medicinhantering och ergonomi.
- Digitala utbildningar i basal hygien genomförs för all personal.
- Delegerat arbete hos medborgare utförs alltid av delegerad personal som har kunskap
- Gruppledare är de som säkerställer i planeringssystemet att bemanningen uppfyller kraven hos medborgarna.
- Aktualiseringsträffar sker varje vecka där alla professioner deltar.

- Genomförandeplaner upprättas tillsammans med medborgare/anhörig och kontaktperson.
- Synpunkter/klagomål utreds av berörd enhetschef. Medborgare blir informerade om åtgärder samt kan ge sin syn på åtgärden.
- Medborgare har alltid möjlighet att ringa gruppleddare om ändringar i planeringen.
- Socialstyrelsens öppna jämförelser.
- Arbete med avvikelssystem där medarbetarna registrerar brister.
- All personal har fått Digital utbildning i basala hygienrutiner.
- Arbetskläder finns som byts varje dag och tvättas i verksamheten.
- All skyddsutrustning finns att tillgå.
- Aktuell skyddsutrustning enligt gällande rutin används i patientnära arbete.

I perioder ökar medborgarantalet vilket leder till ökade insatser som inte matchas med befintliga medarbetare/ resurser. Detta leder till ökad rekrytering av tim-vikarier.

## **Bemanningsenheten**

### **Inledning:**

Under 2021 har fysiska möten återinförts vilket har underlättat mycket för samarbetet med våra medarbetare. Mellan våra verksamheter är digitala möten att föredra då smittan igen ökat under hösten.

### **En god säkerhetskultur:**

Synpunkter & avvikelser hanteras kontinuerligt, där vi följer upp med samtal, dokumentation och återkopplingar.

Vi sköter kontinuerligt KIA anmälningar som inkommer från våra medarbetare och utreder vad det är som har hänt och vad vi kan göra annorlunda.

### **Adekvat kunskap och kompetens:**

Vi försöker att få till våra utbildningar till våra anställda så som läkemedelsutbildning som idag är digitalt vilket underlättar mycket, dock har vi haft stort problem med att få vår personal delegerade då det varit svårt att få tider till detta av sjuksköterskor. Vilket då leder till att vi inte kan få våra anställda att börja arbeta i verksamheterna.

Personlyftsutbildningar har genomförts dock med färre deltagare, hade behövts fler tillfällen för att vi ska komma i fas med de utbildningar som inte genomfördes under 2020.

Vi ser att det är svårare att rekrytera undersköterskor, detta är ett stort allmänt problem överallt idag. Höörs Kommun har därför skapat en väg in för vård och omsorgselever, där en person är länken mellan skolorna och våra verksamheter. Med hjälp av våra steg tre handledare kartlägger vi så att det är möjligt att ta emot så många elever som möjligt. På detta sätt får vi in kompetensen då eleverna gärna stannar där de haft praktik.

### **Agera för säker vård:**

Bemanningsenheten har fortsatt med att begränsa anställda i bemanningen till att ha så få verksamheter som möjligt att arbeta i, detta för att begränsa risken för smittspridning mellan våra verksamheter. Vi rekryterar kontinuerligt nya medarbetare, försöker att hela tiden göra en bedömning i vilka verksamheter behovet är högt just nu. Samtidigt behöver vi även ta hänsyn till antal bredvid gåingar som verksamheterna har möjlighet att ta hand om.

Vi erbjuder alla våra anställda inom vård och omsorg att vaccinera sig för Covid-19 och säsongsinfluensan. Detta för att i så stor grad det är möjligt skydda våra medborgare och medarbetare.

Vi följer fortlöpande nya restriktioner som under pandemin har varit en del, dessa mailas ut till samtliga anställda.

### **Tillförlitliga och säkra system och processer:**

Våra anställda får ta del av basala hygienrutiner digitalt där de får ut ett diplom när de genomfört utbildningen, läkemedelsutbildning också digitalt.

Life Care-dokumentationsverktyg, får alla anställda tillgång till i den verksamhet de arbetar, där får de också genomgång av systemet. Information om vikten av att läsa och dokumentera i Life Care.

### **Mål, strategier och utmaningar för kommande år:**

Utmaningen för vår del är att få kompetent och utbildad personal, detta kommer vi aktivt att arbeta med.

Mål är att få så hög kontinuitet och kompetent personal som möjligt för våra medborgare.

### **Omsorgen om personer med funktionsnedsättning (OF)**

Mycket under det gångna året har handlat om covid-19 och att minimera risken för smittspridning i våra verksamheter. Beslut och rekommendationer har kommunicerats ut både nationellt, regionalt och kommunalt och den stora utmaningen har varit att anpassa dessa efter respektive verksamhet. Många riktlinjer har tagits fram utifrån äldreomsorgen och har behövt anpassas för att kunna appliceras på socialpsykiatri och LSS.

Ute i verksamheterna har fokus legat på avvikelser och avvikelshantering, samt en digitalutbildning som skapats under senhösten. Införandet av HSL i avvikelssystemet Lifecare har implementerats bland medarbetarna.

HSL- pärmar har det också arbetats med och utvecklats nya register samt att alla verksamheter numera har digitala medicinskåp.

Personal som arbetar med HSL utbildas och delegeras av SSK. Lyftutbildning till samtlig personal som ska arbeta med lyft, arbetsterapeut och fysioterapeut ansvariga för utbildningen.

God samverkan inom kommunen genom regelbundna teamträffar hålls både inom LSS och socialpsykiatri där både HSL, myndighet och verkställighet finns representerade.

Personal kan ta del av både HSL och SoL- information/dokumentation kring den enskilde medborgaren i journalen.

Kartläggning kring personalens kompetens och kompetensbehov har gjorts under hösten. Analys och åtgärder kommer att göras under 2022.

Fyra personal har gått ”Demens ABC” samt ”Rätten att åldras” på Demenscentrum. Dessa har i uppdrag att hålla studiecirkel tillsammans med övriga kollegor.

Digitala utbildningar har arbetats fram i kommunen i syfte att säkerställa implementering av nya säkerhetssystem och rutiner.

Medborgarna är delaktiga efter förmåga i de riskbedömningar som görs. Eventuella skyddsåtgärder kräver samtycke från medborgaren för att aktualiseras. En tydlig rutin med mall för handlingsplan och uppföljning för att på sikt arbeta bort skyddsåtgärden finns.

### **Covid-19 anpassningar**

Individuella riskbedömningar har gjorts specifikt utifrån covid-19. Medborgaren har tillsammans med personal upprättat dessa vilka har lett till åtgärder i form av anpassade fritidsaktiviteter, anpassad eller inställd sysselsättning, nya rutiner gällande inköp och social samvaro etc. etc. Dessa har reviderats efter behov, allt eftersom nya direktiv kommer. Medborgarna har delgetts information både muntligen, skriftligen och med bildstöd.

Hygienombud finns ute i varje verksamhet

Arbetskläder finns tillgänglig på alla arbetsställen

Skyddsutrustning och rutin för hur dessa ska användas är tillgänglig ute i verksamheterna samt information om hur och när dessa ska användas

Genom att samla all avvikelshantering i samma system, så underlättar det för baspersonal att skriva avvikelser samtidigt som analys och åtgärd för enhetschefer blir tydligare att diskutera kring, tex på APT möten.

Vårdskador eller risker för vårdskador rapporteras av medarbetarna. All personal inom OF har genomgått en utbildning i dokumentation och avvikelshantering.

Avvikelsena utreds av ansvarig enhetschef och legitimerad personal är medutredare enligt Rutin för synpunkt och avvikelshantering HSL, SoL och LSS.

Arbeta med 2022; Teamträffar, Större fokus på avvikelshantering och Lyftutbildningar/HLR utbildningar

## 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 §*

### Avvikelse och fallrapportering

All personal inom social sektor ska rapportera negativa händelser, avvikelser som rör hälso- och sjukvård samt fallrapporter som sker i verksamheten. Samtlig omvårdnadspersonal registrerar avvikelser direkt i verksamhetssystemet Procapita vilket ger en snabb och säker handläggning då avvikelserna går till alla berörda på en gång dvs enhetschef, legitimerad personal och alltid till MAS/MAR. Vid behov träffas Socialchef, MAS, MAR ev verksamhetschef och SAS för att gå igenom och diskutera avvikelser/synpunkter. Vid dessa möten tas också ställning till vidare utredning som kan leda till anmälningar enligt lex Maria eller lex Sarah.

På arbetsplatsträffar diskuteras de händelser som får till följd att man behöver se över rutiner.

Enhetschefen samtalar med den/de medarbetare som varit inblandade i händelsen. Om nödvändiga åtgärder är vidtagna avslutas respektive avvikelse.

På de avvikelser som är av sådan art att en lex Maria anmälan är aktuell görs en händelseanalys av MAS/MAR samt anmälan till IVO. Samtliga anmälningar till IVO informeras vidare till socialnämnden.

Om nödvändiga åtgärder är vidtagna avslutas respektive avvikelse. Samtliga avvikelser går igenom och avslutas av MAS/MAR när den enskilde har hälso- och sjukvårdsinsatser.

Klagomål och synpunkter som inkommer externt t ex från medborgaren eller anhöriga besvaras omgående med information om att det inkomna klagomålet/synpunkten är av stort värde för organisationen och att en utredning av händelsen har påbörjats. Respektive enhetschef ansvarar för att utredningen genomförs och medborgaren får en återkoppling efter utredningen.

Medborgaren/närstående är välkommen att höra av sig igen om svaret inte är tillfyllest annars avslutas ärendet. MAS, MAR och SAS tar del av utredningar och bedömer om det skall gå vidare som en lex Maria alt lex Sarah, socialnämnden informeras. Samtliga synpunkter diarieförs/handläggs och följs upp i kommunens diariesystem W3D3.

MAS och MAR är kontaktperson till Patientnämnden och IVO gällande Hälso- och sjukvård och ansvarar för genomförande av utredning och återkoppling. Inga ärenden har inkommit från patientnämnden eller IVO under 2021.

Verksamheterna har stor nytta av synpunktshandlingen i utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet.

### Patientens klagomål och synpunkter

Skär en löpande analys under året av inkomna synpunkter för att snabbt kunna ställa om och arbeta mer patientsäkert.

### Patientsäkerhetsdialoger

Skär kontinuerligt på APT i våra verksamheter utifrån avvikelser och synpunkter som kommer oss tillhanda. Dialoger förs på alla nivåer i organisationen; allt från ledningsgrupper till anhörigträffar.

### Värdegrund

Diskussioner kring värdegrunden ska föras i alla sammanhang bland annat vid aktualiseringsträffar, ledningsgrupper och APT. Eftersträvar ett salutogent och funktionsstödande förhållningssätt vilket





ständig behöver uppdateras. Vi ser att det funktionsstödjande arbetet inte fullt ut är förankrat i alla verksamheter och det behöver upp på ”agendan igen” och finns nu med i våra fokusområden.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Social Sektor har under 2021 infört ett nytt kvalitetsledningssystem 2c8. Ledningssystemet syftar till att säkra kvalitet samt planera, leda och förbättra verksamheterna. Det innebär att hälso- och sjukvård har en egen process med tillhörande rutiner utifrån de olika delarna i processen. Processdelarna utgår från Nationell informationsstruktur (NI) och ser ut såhär: *ta emot vårdbegäran- bedöma behov av utredning- utreda- bedöma behov av åtgärd-åtgärda- följa upp*. Kvalitetsledningssystemet är tydligt uppdelat i olika verksamhetsområde samt visuellt tilltalande då processbilder används och rutiner är kopplade till respektive del i processen. Inom Hälso- och sjukvård så finns det en process för arbetsterapeuter och fysioterapeuter samt en för sjuksköterskor. Det finns också en box med gemensamma rutiner och riktlinjer för hälso- och sjukvård uppdelat efter ämne.

Under hösten har det planerats att införa teamträffar på särskilda boende. Detta för att skapa ett forum för samverkan och på så sätt kunna arbeta med patientsäkerhet och vårdprevention på ett systematiskt sätt teamövergripande.

Den 26 maj 2021 infördes en ny lag/ medicintekniskt direktiv (MDR). Det innebär förändrade krav på medicintekniska produkter och spårbarhet. Detta har lett till förändrade arbetssätt. Höörs kommun, har i egenskap av vårdgivare, tidigare skött viss rekonditionering/ tvätt i egen regi men för att kunna visa spårbarhet i alla led så är det inte möjligt framöver. Det kommer också innebära att hjälpmedel som produceras efter 26 maj 2021 har en beskriven förväntad livslängd och att man behöver hantera dessa hjälpmedel alternativt byta ut dem i större omfattning än vad man gjort fram tills idag. Höörs kommun använder också mycket begagnade hjälpmedel via hjälpmedelspoolen Sodexo och det behövs ses över i framtiden.

## Säker vård här och nu

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

### Är vården säker idag

Följande områden har identifierats som riskfyllda:

Vårdprevention- finns behov av att arbeta mer i team och systematiskt med vårdprevention exempelvis enligt Senior Alert, BPSD samt palliativ registret.

Utlökaliserade patienter- det finns för få korttidsplatser i kommunen idag, vilket leder till externa placeringar ibland. Här behöver en tydlighet kring vilken typ av patient som har behov av intern korttidsplacering kontra extern.

Leveransproblem hjälpmedel-det har under pandemin ökat. Beror på internationellt läge med hamnar och transporter men även lokalt med hjälpmedelsleverantör Sodexo. Arbetar kontinuerligt med återkoppling lokalt till Sodexo. Inhyrd personal-framförallt legitimerade sjuksköterskor. Tidigare har enbart bemanningsföretag anlåtats under sommarmånaderna under 2021 har SSK organisationen haft bemanningssjuksköterskor hela året utom kvartal ett. Blir svårt att bibehålla kontinuitet och kännedom om arbetsplats och rutiner.



## Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Legitimerad personal gör riskbedömningar individuellt gällande patienter och det är riskbedömning för fall, malnutrition, trycksår och munhälsa.

Det görs systematiskt riskbedömningar inför skydds- och begränsningsåtgärder. Inom ÄO och OF så är totalt 21 skyddsåtgärder registrerade under 2021. Det vanligast förekommande är skyddsåtgärd sänggrind. Inom OF finns också skyddsåtgärd höftbälte både i rullstol och hygienstol samt enstaka individuella skyddsåtgärder.

Vid tillbud, avvikelser och händelser görs analyser. Rutiner och riktlinjer revideras när behov bedöms föreligga. Åtgärder sätts in.

I det kontinuerliga arbetet i ledningssystemet för kvalitet görs riskanalyser fortlöpande, kontinuerligt och vid behov.

I samband med olika scenario i och med pandemi så har riskanalyser gjorts både utifrån verksamhetsperspektiv men också utifrån personal/arbetsmiljö.

## 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.



## Avvikelser

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

All personal inom social sektor ska rapportera negativa händelser, avvikelser som rör hälso- och sjukvård samt fallrapporter som sker i verksamheten. Sedan ska utredningar av avvikelser hanteras i olika forum såsom teamträffar, APT eller liknande beroende på avvikelserns allvarlighetsgrad.

## Läkemedel/Ordinationer HSL

Antalet rapporterade avvikelser inom HSL var under 2021 379 st jämfört med 404st 2020 (generell minskning med 6,1%) och 258 st 2019. Antalet inrapporterade avvikelser har minskat något i antal inom samtliga områden. Det är nästan exakt lika många läkemedelsavvikelser inrapporterade 2021 som 2020, 14 färre mot 2020 (minskning med 4,4%). Ser likadant ut avseende Ordinationer HSL 44 rapporterades in 2020 och 2021 var det 46 (ökning med 4,5%).

Samtliga verksamheter har läkemedelshantering som stående punkt på APT för att diskutera och förbättra organisatoriskt så fel förebyggs.

Avvikelser inom HSL handlar främst om läkemedelsavvikelser i samband med överlämnandet. Under en dag överlämnas läkemedel (grovt räknat) 1000 ggr, vilket innebär att lite mindre än en promille delas ut felaktigt. Mest frekvent är att en dos uteblivit. Främst handlar det om slarv (följer inte riktlinjer), stress och missförstånd. Övriga avvikelser inom HSL handlar främst om signeringslistor som inte är ifyllda, ordinationer tex såromläggningar, stödstrumpor, viktkontroller som inte blivit gjorda. I bilaga 3 och 4 ser ni fördelningen mellan verksamheterna. Flest avvikelser rapporteras in inom ordinärt boende vilket är logiskt då där har vi flertalet av våra medborgare/patienter. Utav det totala antalet avvikelser har ca ett 50-tal avvikelser handlat om att legitimerad personal brustit vilket främst också varit inom läkemedelshantering tex feldelade dosetter, otydliga HSL-uppdrag etc.

## Fall

Registrerade fall (se tabell i bilaga); Sammanlagt har 798 fall registrerats 2021 mot 854 fall 2020, 216 personer har fallit (224 personer 2020). Denna siffra inkluderar även de fall som inträffar hos medborgare

som inte har hemsjukvård men tex larm. Således en minskning av antalet fall (6%) och ett något mindre antal patienter som fallit under 2021 (4%).

Fallriskbedömningar enligt bedömningsinstrumentet Downton (DFRI) har minskat från 90 st 2020 till 17 st under 2021. En markant försämring som dels beror på minskat teamarbete och minskad användning av kvalitetsregister Senior Alert som innebär att bedömningsinstrument inte används systematiskt. Detta kan delvis bero på pandemi men också på grund av att man inte direkt ser resultat/ vinst med att göra det. Nyttan/ vinsten behöver diskuteras och göras synlig för legitimerad personal.

I statistiken kan vi se att ett antal medborgare faller mycket frekvent. Arbetet med tydliga fallutredningar, riskbedömningar och åtgärder av det tvärprofessionella teamet fortsätter 2022 för att förebygga och minska antal fall.

## **Rehabilitering/ habilitering och medicintekniska produkter**

6 avvikelser inom området rehabilitering/ habilitering. Kategori informationsöverföring, signeringslista ej ifylld samt träning ej utförd. 7 avvikelser inom området medicintekniska produkter varav en specialanpassad produkt. Kategori använd för fel ändamål, bristande information.

Anmälan om negativ händelse med medicinteknisk produkt; det har gjorts 3 anmälningar under 2021. En anmälan gällde en rullstol där ena länkhjulet bröts av i samband med användning. Patienten skadades ej men händelsen hade kunnat medföra allvarliga skada. Vid närmre analys sågs att rullstolen var relativt gammal samt att förebyggande underhåll inte genomförts enligt plan. Detta är rapporterat till hjälpmedelsleverantör Sodexo. 2 anmälningar rörde produktfel på lyftselar från ett specifikt företag. De senare är också uppmärksammade genom säkerhetsmeddelande från leverantör samt åtgärdslista.

## **Klagomål och synpunkter**

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

### **Externa/interna synpunkter inom Hälso- och sjukvården**

Under 2021 har 12 synpunkter skickats till externa vårdgivare; olika avdelningar inom regionen, ambulans, Svensk Dos samt till primärvården. Synpunkterna har handlat om brister i informationsöverföring, läkemedel, hjälpmedelsbehov, fördröjd behandling, felaktig bedömning samt otydliga ordinationer. En större avvikelse skickades för utredning när det framkom att personal fått fel provsvar på covid-prov som tagits via personalprovtagningen i Hässleholm. 2 av ovanstående 12 synpunkter är lex Sarah rapporter som tangerar HSL. Personal har inte följt rutinerna för source control dvs de arbetade inte med både munskydd och visir vilket alla skulle göra under denna period. Den andra lex Sarah rapporten rörde legitimerad personal/bemanningsjuksköterska som inte gick hem från arbetet när hen fick förkylningssymtom trots uppmaning från enhetschef, hens uppdrag avslutades med omedelbar verkan. Tre synpunkter har inkommit externt från sjukhuset och primärvården där två synpunkter handlar om brist i informationsöverföring och faxproblematik mellan primärvård och kommun som stramats upp genom att införa e-fax. Den tredje synpunkten ifrågasatte sjukhuset varför en medborgare skickades till sjukhuset istället för att få hjälpmedel i hemmet. Sju synpunkter har inkommit från anhöriga och medborgare/patienter där det bland annat handlat om att läkemedel inte givits i rätt tid, man har inte fått tag på sjuksköterska, uppkomst och behandling av sår samt brister i bemötande från legitimerad personal. Två interna synpunkter har handlat om försenade leveranser och bemötande.

I samtliga ärenden/synpunkter har interna utredningar gjorts och det har lett till diverse förbättringsåtgärder och förklaringar vilka har kommit vårdgivare, medborgare och anhöriga tillhanda. Åtgärder som vidtagits har dels varit enskilda samtal, revidering av rutiner, utbildning och information.

## 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. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



## God och Nära vård samt Analysverktyg patientsäkerhet

God och nära vård är en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, som genomförs stegvis i samverkan mellan region och kommuner. Reformen innebär att allt mer avancerad sjukvård ska utföras i den enskilde medborgarens hem istället för på sjukhus. Samtidigt som samhällets gemensamma kostnader beräknas minska, och kvaliteten för den enskilde öka, innebär reformen ökade kostnader för kommunerna. En del i nära vård innebär ökat fokus på prevention och där är exempelvis projektet ”tvärprofessionellt arbete vid utredning av insatsbehov”, som innebär att den enskilde medborgaren ges kunskap om hjälpmedel, träning och strategier som alternativ eller komplement till hemtjänst. Detta är implementerat i verksamheten våren 2021. Sedan behöver den kommunala hälso- och sjukvården få stöd och ökad samverkan med region Skåne på olika nivåer för att kunna följa reformen god och nära vård utifrån ökad kunskap och behov av utbildning. Verksamhetschef för HS och ÅO samt SAS och MAS ska under 2022 gå SKRs ledarskapsutbildning med fokus på införandet och omställningen till nära vård. MAR har gått utbildningen 2021.

### Analysverktyg patientsäkerhet för kommunerna

Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i betydelse och omfattning. Ökade möjligheter att bedriva allt mer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning till primärvård och omställningen till nära vård är några faktorer som förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver kommunernas patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har utvecklat ett verktyg för att utifrån den nationella handlingsplanen stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna. Verktöget med tillhörande genomförandestöd ska utgöra ett stöd för kommunen att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka kommunens patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård
- skapa en samsyn inom kommunen kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård och omsorg
- skapa en grund för framtagande av kommunala handlingsplaner.

Social sektor har som mål att påbörja arbetet med ovanstående analysverktyg under hösten 2022. En del i detta är att chefer och medarbetare även ska gå Socialstyrelsens webbutbildning om patientsäkerhet.

## Egenkontroller

Enligt, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, är egenkontroll en del av det systematiska kvalitetsarbetet vilket innebär att det görs uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Under hösten 2021 har SAS, MAS och MAR tagit fram ett antal frågor inom områden som är av vikt att alla i verksamheterna känner till och fokuserar på eller där risker föreligger. Under kvartal två 2022 kommer egenkontrollsfrågorna gå ut till Social sektors samtliga enhetschefer.

## Covid-sammanfattning 2021

2021 har också präglats av den globala coronapandemin. Alla delar av social sektor har påverkats och samarbetet inom och mellan olika verksamheter har varit avgörande. Samarbetet har fungerat bra och social sektors medarbetare har fortsatt visat prov på engagemang, flexibilitet, lugn och ett stort ansvarstagande till riktlinjer och rutiner som löpande har ändrats under året.

Aktiviteter som inte kunnat omsättas i praktiken till följd av pågående pandemi

- Förnyad satsning på utbildning i funktionsstödjande arbetssätt
- Att utveckla mötesplatser för social samvaro-seniorträffar (har ej blivit av under 2021 men är ett utvecklingsområde och uppstart under 2022)
- Förskjutit införandet av nytt verksamhetssystem (Lifecare HSL) ytterligare några månader.
- Revidering av diverse rutiner och riktlinjer.

Sedan flera år har Social sektors vård- och omsorgsverksamheter arbetat intensivt med basala hygienrutiner. Följsamheten till basala hygienrutiner har varit hög i verksamheterna även om siffrorna i vårens PPM mätning (se mer info om mätningen i bifogad bilaga) avseende basala hygienrutiner inte ligger högt i förhållande till nationella siffror. Oavsett är det rimligt att dra slutsatsen att följsamheten har haft en avgörande betydelse och varit en framgångsfaktor i vårt arbete med att förhindra smitta och smittspridning i våra verksamheter som även 2021 har varit mycket låg. Inte ett enda utbrott har vi haft i någon av våra verksamheter. Många smittspårningar och positiva fall har det varit bland medarbetare och även bland medborgare men det har aldrig lett till några större utbrott. Resultatet är faktiskt enastående och svårt att förklara. Även Vårdhygien och Smittskydd har svårt att förstå varken 2020 eller 2021 års utfall i Höör, dvs att inga stora utbrott förekommit på varken Säbo, gruppboende eller i något hemtjänstområde. Inga utbrott har därmed drabbat vård och omsorgens verksamheter i Höör sedan pandemistarten.

Social sektor har sedan pandemins start i alla situationer valt att ta det säkra före det osäkra, agerat snabbt och vågat fatta nödvändiga beslut även om de varit obekväma, allt för att kunna garantera en hög patientsäkerhet.

Därmed har försiktighetsprincipen varit gällande och hela tiden har Vårdhygien och Smittskydds riktlinjer följts. Två undantag till detta har gjorts, säkerhetsåtgärder har införts lite före Vårdhygien och Smittskydds rekommendationer. Det var när smittspridningen i Höör var stor i höstas, då infördes munskydd (så kallad source control) omedelbart trots att det inte fanns några krav på detta och nu för ett par veckor sedan, i samband med fjärde vågens framfart, införde vi munskydd och visir i den enskildes hem tidigare än rekommenderat. Medarbetarna har och har haft hög följsamhet till att använda samtliga skyddsåtgärder. Stor eloge till alla, då det är krävande och svårt, att arbeta med denna typ av utrustning hela dagarna. Nu inne i pandemins fjärde fas ser vi en smittspridning värre än vad den varit under hela pandemin. Nu drabbas medarbetarna vilket leder till stora personalbortfall med allt vad det innebär utifrån patientsäkerhet. Samtliga enheter arbetar med prioriteringslistor där hälso- och sjukvårdens portalparagraf är i fokus; vården ska prioritera de med störst behov.

Det finns ett stort engagemang och en yrkesstolthet i våra verksamheter som tillsammans med ett nära ledarskap bidragit till att merparten av våra medarbetare har tagit till sig de rutiner, riktlinjer och direktiv som varit gällande, de har varit följsamma och snabbt ställt om då situation och regelverk ändrats.

Vi tror också att Höörs storlek (liten kommun) varit en framgångsfaktor under pandemin. Social sektor har en ytterst slimmad organisation vilket under rådande pandemi inneburit att vi varit tvungna att lösa de situationer och problem som uppstått, vi har inte kunnat förlita oss på någon central stödfunktion.

Inom sektorn har vi under flera år arbetat med att helheten är viktigast, vi är en social sektor med ett gemensamt uppdrag som vi löser tillsammans, vi har arbetat aktivt med detta och har en stor flexibilitet och prestigelöshet inom organisationen. När ett problem uppstått har vi snabbt sammankallat till ett möte där olika roller och olika funktioner deltagit, vi har sett det som ett gemensamt problem att lösa tillsammans vilket också gjorts.

## Covid-19 året i siffror

- Totalt 20 smittade medborgare. Positiva medborgare har påvisats både inom ÄO och OF både på Säbo, gruppbostad och personlig assistans. Flest positiva medborgare i ordinarie boende med hemtjänst i centrala Höör.
- 37 smittspår, 105 kartläggningar
- Provtagning  
Jan-april testades 322 medborgare och personal  
Maj – Dec testades 533 personal och 187 medborgare/patienter
- Ca 40 regionala samverkanskonferenser, 80 arbetstimmar.
- Interna veckovisa avstämningsmöten covid-19 med samtliga chefer inom Social sektor exkl IFO fram till juni, ca 500 timmar
- Ca 60 inrapporteringar till andra myndigheter, ca 60 arbetstimmar.
- Veckomöten med region avseende vaccinationer + månadsmöten med Vårdcentralen, ca 90 arbetstimmar.
- Otaligt antal upprättade och reviderade rutiner, externa och interna.
- Inrapporteringar/journalinlämningar från Inspektionen för Vård- och Omsorg (IVO)
- Möte med Vårdhygien och Smittskydd varannan till var fjärde vecka samt vid behov, ca 80-90 arbetstimmar.
- Lägesrapportering/möte med representanter från Höörs kommuns inom följande områden kommunikation, medborgarcenter, KAF, BUN, Räddningstjänst, HR och Social sektor. Möten varje alt varannan vecka. Från Social sektor har MAS och SAS deltagit.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Mycket av det som inte blev gjort under 2020 p g a pandemi har förblivit ohanterat även under 2021 p g a samma orsaker. Således kvarstår förbättringsområden från 2021. Utifrån rådande situation sker inte utvecklingsarbete utan det är den basala hälso- och sjukvården som prioriteras. Det finns flera olika kvalitets- och utvecklingsområde som är aktuella för 2022 om bara pandemin släpper sitt grepp om oss.

### Mål 2022

#### Mål:

##### Patientsäkerhet

Att arbeta mer systematiskt och medvetet med patientsäkerhet i alla led

#### Strategi:

Att fokusera på patientsäkerhet- all personal ska gå Socialstyrelsen webbutbildning under 2022.

Att starta upp ett mer strukturerat patientsäkerhetsarbete med hjälp av analysverktyget från SKR. Detta arbete ska påbörjas hösten 2022.

#### Mål:

##### Öka antalet läkemedelsgenomgångar

**Strategi:**

Under 2022 utföra tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar både vår och höst.

**Mål:**

**Förbättra tvärprofessionellt fallförebyggande arbete**

**Strategi:**

Implementera Senior Alert på samtliga Säbo. Införa teamträffar i alla våra verksamheter.

**Mål:**

**Öka antalet rehabiliteringsplaner**

**Strategi:**

Nytt verksamhetssystem som utgår från planer på ett mer systematiskt sätt

**Mål:**

**Öka användning av kvalitativa bedömnings- och riskbedömningsinstrument**

**Strategi:**

Nytt verksamhetssystem med bättre stöd dels gällande hur bedömningar görs samt med hjälp av standardvårdplaner och frastexter

**Mål:**

**Öka antalet registreringar i palliativ registret**

**Strategi:**

Kontinuerlig dialog, resultatredovisning och uppföljning på sjuksköterskemöten under året.

**Mål:**

**Revidera delegeringsrutin-utöka med beskrivning av delegering inom området rehabilitering/habilitering och hjälpmedel.**

**Strategi:**

Gemensamt utvecklingsarbete MAS och MAR tillsammans med arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

**Mål:**

**Införa egenkontroller systematiskt**

**Strategi:**

MAS, SAS och MAR utarbetar egenkontrollplan för 2022. Egenkontrollsfrågor kommer skickas ut till samtliga enhetschefer mars 2022.

## **Strategier och utmaningar**

För att möta det ökande antalet äldres behov av stöd krävs stora investeringar i olika boendeformer under de kommande åren. Allt fler kommer att kräva avancerad sjukvård i hemmet.

Redan idag är det svårt att rekrytera och behålla personal, något som kommer att öka. Att vara en attraktiv arbetsgivare kommer att bli avgörande för personalförsörjningen framöver.

Nära vård kommer bli ett ledord. Den största förändring inom svenska sjukvård står för dörren. Samverkan och teamarbete är förutsättningar för att klara framtidens utmaningar både nationellt, regionalt och lokalt.

Det finns en "vårdtrötthet/utmattning" bland personal och chefer inom vård och omsorg. Det har förekommit länge men har blivit mycket påtaglig i pandemins "kölvatten". Personalen inom vårdens alla

led har slitit hårt i över två år. Det kan få följder som vi idag inte vet de fulla konsekvenserna av men en stark oro finns för ökade sjuktal, uppsägningar och att en "vårdflykt" blir realitet.

Rapporter och studier (Socialstyrelsen) visar att verksamheter som har stora problem med bemanning och kompetens upplever negativa konsekvenser med ökad risk för vårdskador samt en ökad förekomst av vårdskador. Det som tydligt framkommer i dessa studier är att patientsäkerhetens nivå är kopplad till en god bemanning med adekvat kompetens.

Den stora utmaningen är att få ihop ekvationen vad gäller patientsäkerhet i en ekonomiskt komplex situation kantad av rekryteringssvårigheter och pensionsavgångar. En ekvation som vi enbart kan hantera tillsammans, utifrån innovativa lösningar, förändrade arbetssätt och fokus på vårt uppdrag och allas egen ansvar.

Pandemin har samtidigt förenat oss. Vi har hittat snabba lösningar, ställt om för att snabbt ställa om igen. Ledord har varit samverkan och samarbete över gränserna. Vi har blivit proffs på digitala lösningar och webbutbildningar. Vilket är en förutsättning för framtiden!



## Bilaga 1 Redovisningsrapport PPM mätning basala hygienrutiner och klädregler

# Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler våren 2021

Annika Atterlid Ohlsson MAS

### **Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler**

Mätningarna är en observationsstudie som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner och regioner. En eller flera medarbetare får i uppdrag att observera sina kollegor. I mätningen observeras följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler dvs. följsamheten till åtta olika stegen i samband med patientnära arbete som till exempel omvårdnad, behandling och undersökning. Mätningen görs utefter ett standardiserat observationsprotokoll framtaget av SKR.

### **Resultatredovisning**

Resultaten delas upp i

- Följsamhet till alla åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler
- Följsamhet till de fyra stegen för hygienrutiner
- Följsamhet till de fyra stegen för klädregler
- Följsamhet till respektive steg för basala hygienrutiner och klädregler

Till exempel om den som observeras inte spritar händerna före patientnära arbete blir resultatet 0 för följsamhet till hygienrutiner men också 0 för följsamhet till alla åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler.



Mitt i Skåne

## Basala hygienrutiner

I mätningen observeras följsamhet av alla fyra steg för basala hygienrutiner dvs. om den som observeras desinfekterar sina händer direkt före och direkt efter patientnära arbete ex omvårdnad, undersökningar och behandling samt om handskar och plastförkläde användes vid risk för kontakt med kroppsvätskor. Användning av handskar och plastförkläde vid risk för kontakt med kroppsvätskor samt desinfektion av händer direkt efter patientnära arbete ligger på 90 procent eller över 90 procent. Däremot är följsamheten till desinfektion före patientnära arbete lägre, 80,3 procent vilket drar ned det totala resultatet för följsamheten till basala hygienrutiner.

## Klädregler

I mätningen observeras också följsamheten till alla fyra steg för klädregler dvs. om den som observeras har arbetskläder som är kortärmade, om händer och armar är fria från klockor och ringar, naglar är fria från nagellack och att håret är uppsatt. Nationellt hade 90 procent av de personer som observerades total följsamhet till samtliga klädregler.

## Sammanfattning av resultaten för riket

- 140 av landets 290 kommuner ingår i resultaten för riket. Totalt genomfördes 25 635 observationer.
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har förbättrats från 64 procent till 67,6 procent
- Följsamheten till basala hygienrutiner har förbättrats sedan höstens mätning både i särskilt boende från 67,9 procent till 71,3 procent och i ordinärt boende från 72,5 procent till 76,2 procent.
- De som observeras i kommunen har hög följsamhet till basala hygienrutiner i 3 av 4 steg.
- Det steg som drar ned resultaten är desinfektion av händerna före patientnära arbete.
- Det finns en stor variation mellan kommunerna som påverkar resultaten för riket.

## Resultat, analys och åtgärder i Höörs kommun Social sektor ÄO, OF och HS

Hösten 2020 gjordes den första mätningen i Höörs kommun och då enbart på Åtorps Säbo och bland legitimerad personal, resultatet blev då 47 % total följsamhet till samtliga hygien och klädregler, en följsamhet på 67% i samtliga hygiensteg och samtliga klädsteg följdes till 58%. I Höör gjordes 84 observationer vilket är ett högt underlag om man jämför med ungefär lika stora kommuner i Sverige.

Våren 2021 gjorde Höörs kommun mätningar i samtliga verksamheter med följande resultat som även redovisas i detalj nedan.

Höör gjorde 84 observationer vilket är ett högt underlag om man jämför med ungefär lika stora kommuner i Sverige. Stor eloge till hygienombuden som utfört samtliga observationer till ansvarig sjuksköterska Linda Persson som samordnat och organiserat hela processen.

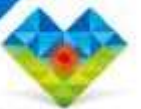
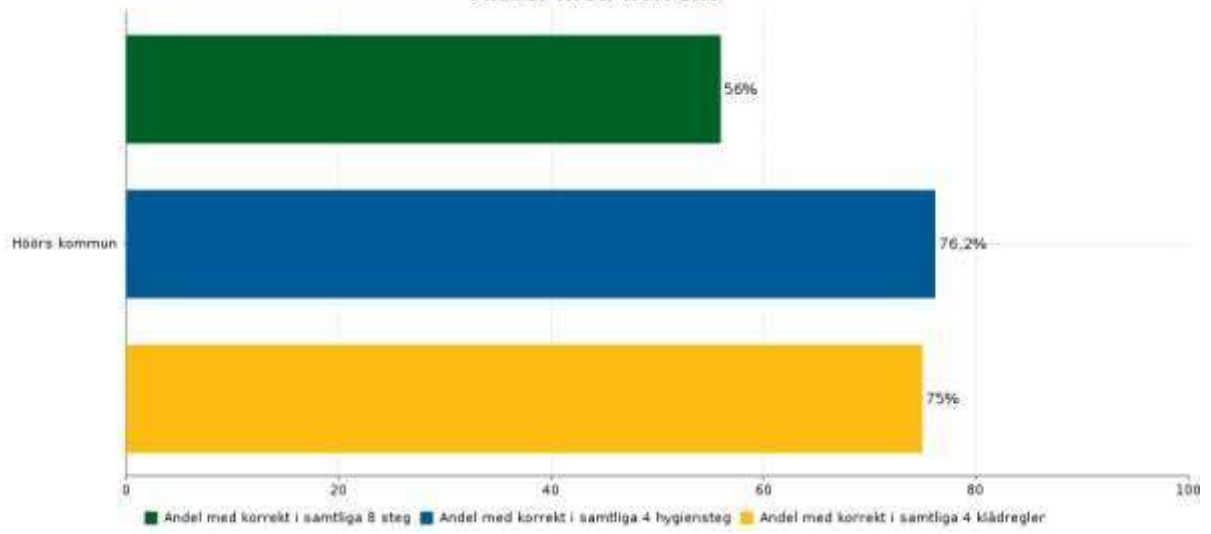
Följsamhet till samtliga hygien och klädregler har Höörs kommun på 58%, en följsamhet till samtliga hygienregler på 76,2% och till samtliga klädregler på 75%. Bristerna identifieras framförallt i att personal inte desinficerar händerna innan omvårdnadsarbetet påbörjas samt att personal har smycken eller dylikt på händer och underarmar. Detta lyfts till hygienombud och till samtliga chefer att vara extra uppmärksamma på. Resultatet redovisas i sektorns ledningsgrupp och vidare på samtliga enheters APT. Sedan tidigare har vi infört obligatorisk utbildning i basala hygienrutiner samt infört hygienombud i alla verksamheter och en ansvarig sjuksköterska som utbildar och träffar ombuden ett par ggr/år.

Det är av vikt att alla hjälps åt att påminna varandra kring vikten av följsamhet och påpeka att ringar och dylikt inte får förekomma inom vård och omsorg då risken för smittspridning ökar.

Nedan följer detaljerad statistik för Höörs kommun.

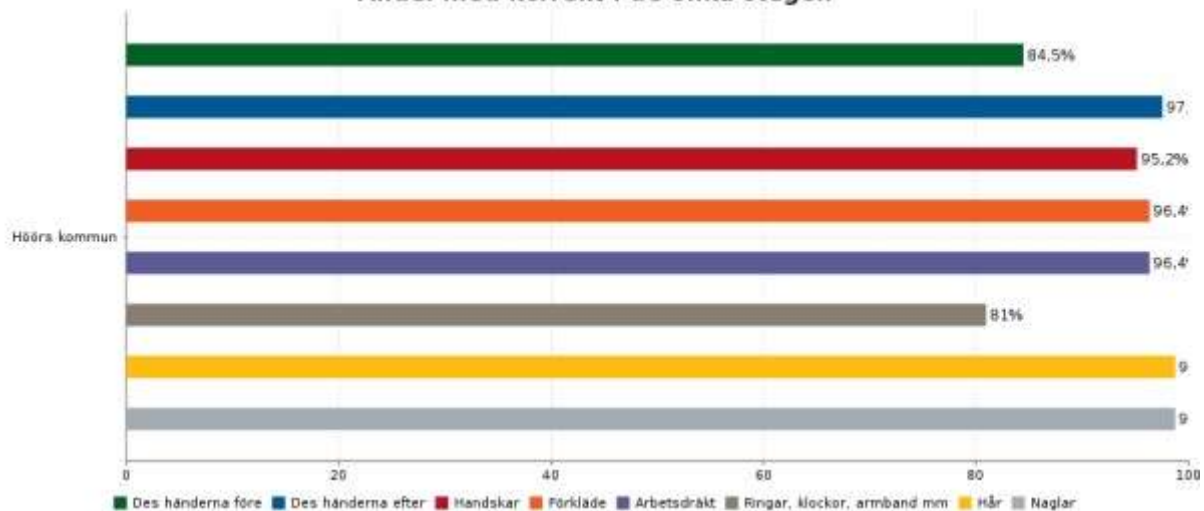


### Andel med korrekt

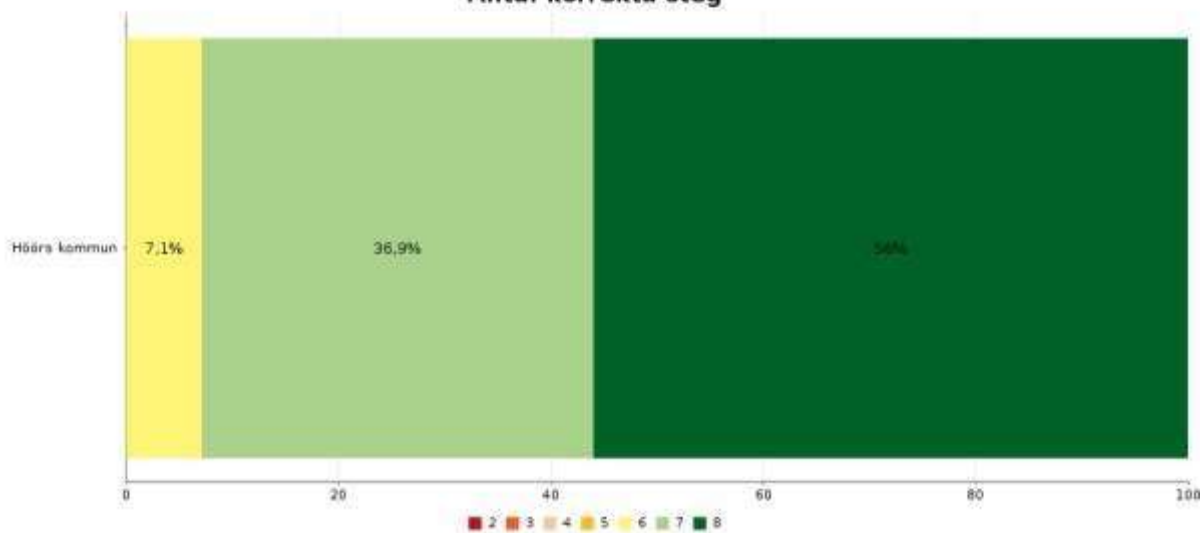


Mitt i Skåne

### Andel med korrekt i de olika stegen

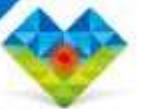
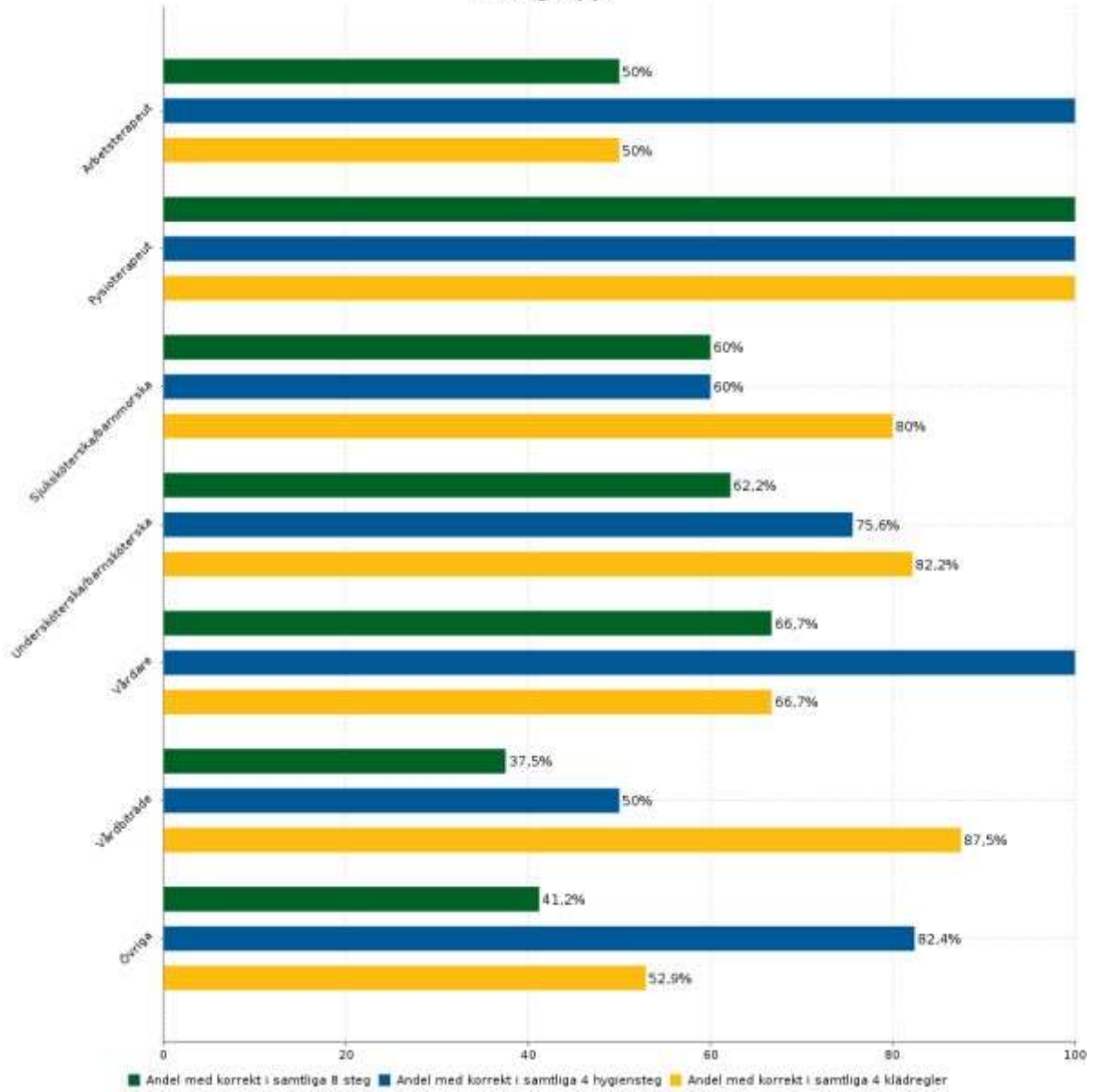


### Antal korrekta steg



Mitt i Skåne

## Yrkesgrupp



Mitt i Skåne

Einhet	Antal öbetter vende	Hygiensteg					Klädsteg				
		Des föes	Des efter	Händ skär	För kläde	Korrekt hygien	Dräkt	Ringar	Naglar	Hår	Korrekt klädsregler
Björken - Björken	6	5	6	5	4	3	6	5	6	6	5
Hemjätus Noor - Hemjätus Noor	8	8	7	8	8	7	7	7	8	8	6
Hemjätus söder - Hemjätus söder	9	5	9	7	9	4	9	9	9	9	9
Noorvika - Noorvika	6	6	6	6	6	6	6	4	6	6	4
Personlig assistans - Personlig assistans	4	2	4	4	4	2	4	4	4	3	3
Bundgatan - Bundgatan	6	6	6	6	6	6	6	2	6	6	2
Skogsgården - Skogsgården	10	9	10	10	10	9	10	9	10	10	9
Social psykiatri apoteksgatan 5 - Social psykiatri apoteksgatan 5	10	10	10	10	10	10	10	6	10	10	6
Teamet legitimerad personal - Teamet legitimerad personal	9	8	8	8	8	6	8	7	9	9	6
Vinkögatan - Vinkögatan	10	6	9	10	10	5	9	10	9	10	8
Åtöpp Björklövet - Åtöpp Björklövet	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2
Åtöpp Örn - Åtöpp Örn	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Totalt</b>	<b>84</b>	<b>71</b>	<b>82</b>	<b>80</b>	<b>81</b>	<b>64</b>	<b>81</b>	<b>68</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>63</b>

## Bilaga 2 Senior Alert

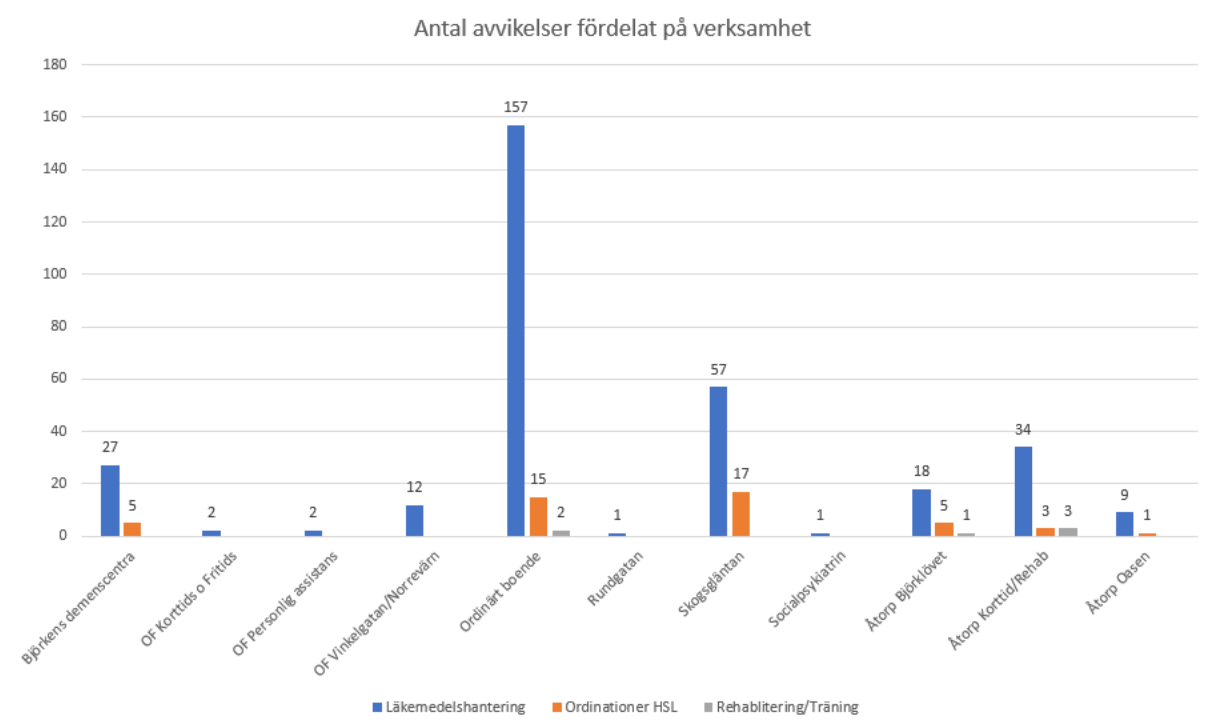
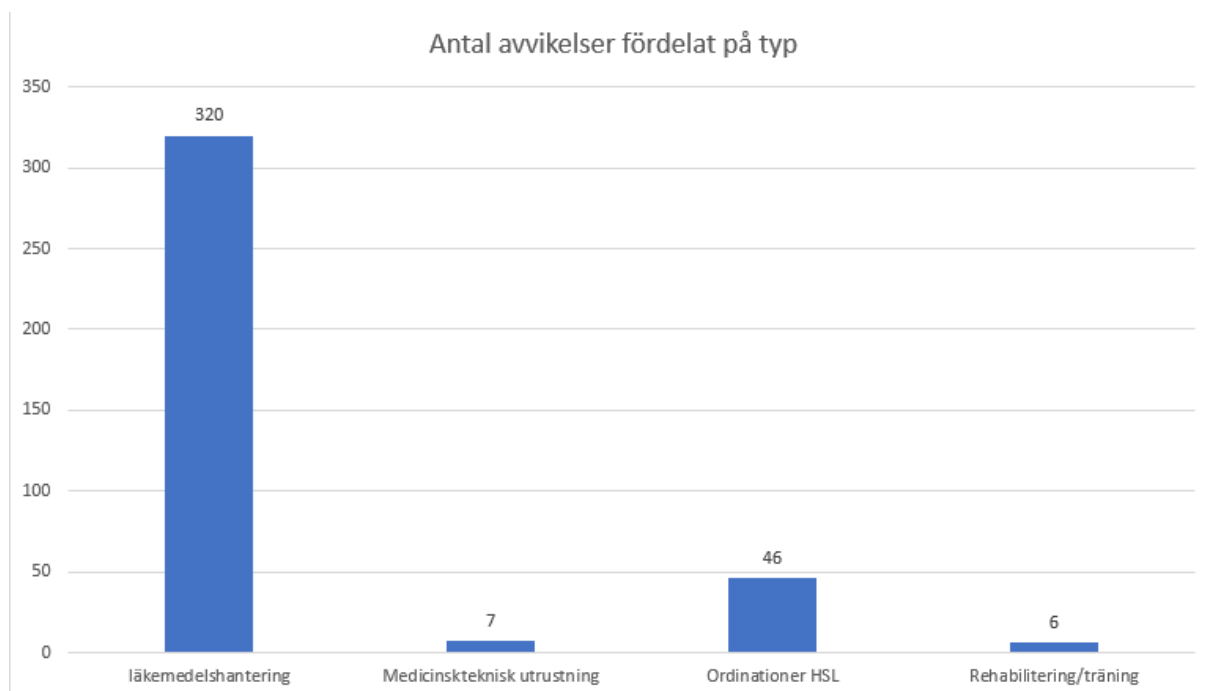
Resultat 2021

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Risikbedömningar med risk	Sakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Tryckår	BMI > 22	Fall	Morfala grad 2
Åtorp	7 7 av 7	100% ↑	71% ↓	71% ↓	0% ↓	5 4 personer	3 3 personer	0 0 personer	4 4 personer
Plan 1 Björklövst	4 4 av 4	100% ↑	75% ↓	75% ↓	0% ↓	0 0 personer	2 2 personer	0 0 personer	3 3 personer
Plan 2 Korttid	0 0 av 0	0% ↑	0% ↑	0% ↑	0% ↑	1 1 personer	0 0 personer	0 0 personer	0 0 personer
Plan 3 Oasen	3 3 av 3	100% ↑	67% ↓	67% ↓	0% ↓	4 3 personer	1 1 personer	0 0 personer	1 1 personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Risikbedömningar med risk	Sakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Tryckår	BMI > 22	Fall	Morfala grad 2
Skogsgläntan	9 8 av 9	89% ↓	100% ↑	75% ↓	60% ↓	5 4 personer	9 9 personer	1 1 personer	4 4 personer
Plan 1	2 2 av 2	100% ↑	100% ↑	0% ↓	75% ↓	3 3 personer	3 3 personer	1 1 personer	2 2 personer
Plan 2	7 6 av 7	86% ↓	100% ↑	100% ↑	55% ↓	2 1 personer	6 6 personer	0 0 personer	2 2 personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				



## Bilaga 3 Avvikelser/vårdskador



## Bilaga 4 Detaljerad info om läkemedelsavvikelser

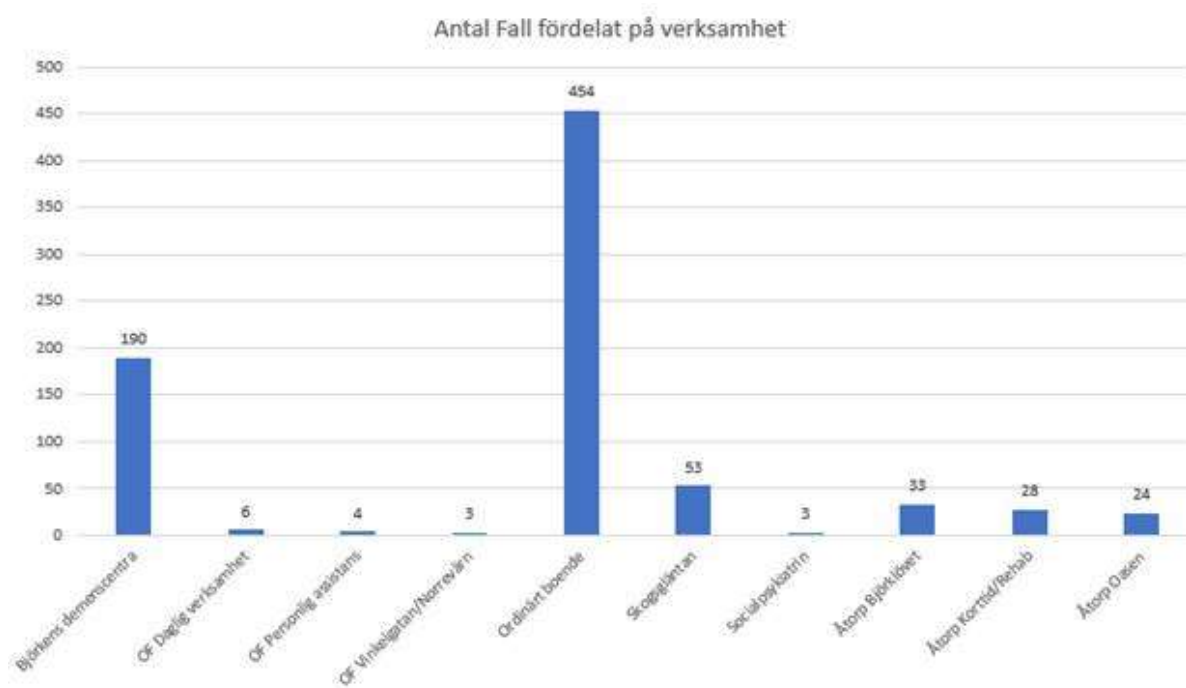
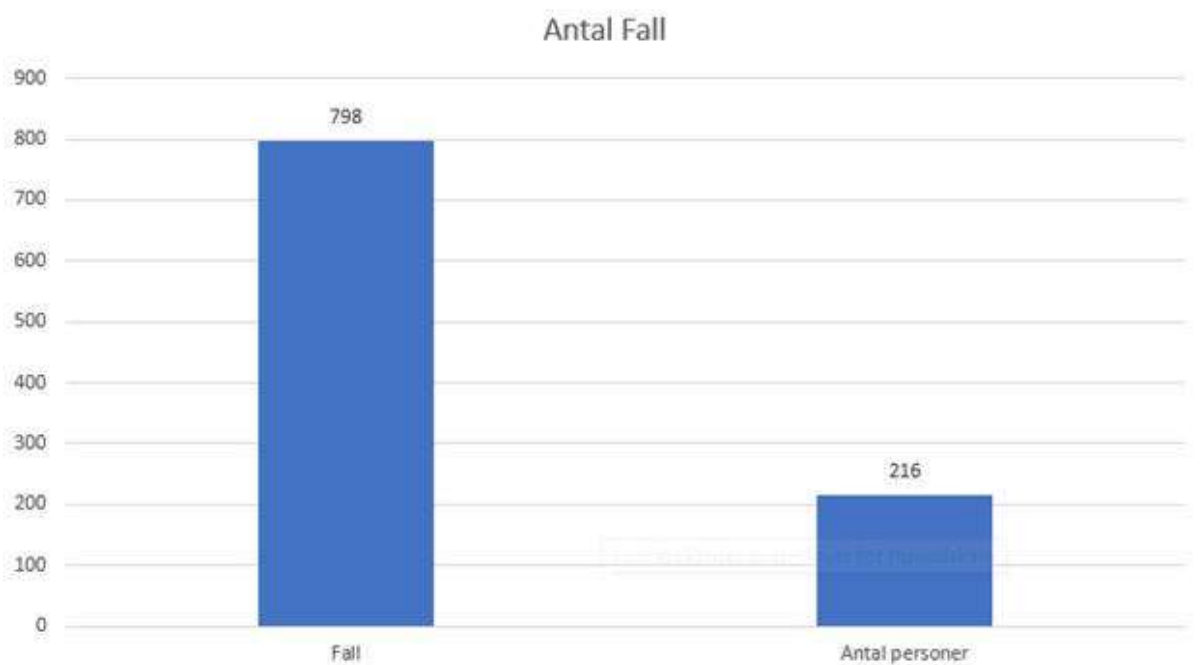
Plats för avvikelsen	Björkens demenscentra	27
	OF Korttids o Fritids	2
	OF Personlig assistans	2
	OF Vinkelgatan/Norrevärn	12
	Ordinärt boende	157
	Rundgatan	1
	Skogsgläntan	57
	Socialpsykiatri	1
	Åtorp Björklövet	18
	Åtorp Korttid/Rehab	34
	Åtorp Oasen	9
Delegering för uppgiften	Ja	312
	Nej	8
Typ av avvikelse	Felaktig dos/överdosering	25
	Felaktigt iordningställd	35
	Försenad dos	26
	Förväxling av dos	10
	Förväxling av medborgare	7
	Otydlig ordinationslista	8
	Signeringslista ej ifylld	22
	Utebliven dos	187
Läkemedelsfas	Beredning	16
	Iordningställande	27
	Ordination	82
	Överlämnande	195
Helg	Ja	81
	Nej	239
Tidpunkt	07-12	128
	12-16	45
	16-21	115
	21-07	32
Dispenseringsystem	Apodos	99
	Dosett	77
	Flytande	3
	Injektion	8
	Originalförpackning	38
Läkemedelstyp	Antibiotika	14
	Blodförtunnande	21
	Insulin	6
	Narkotiskt preparat	23
	Psykofarmaka	13
	Sederande	6
	Smärtstillande	48
	Vätskedrivande	12
	Övriga	100
Med anledning av händelse kontaktades	Anhörig	4
	Enhetschef	10
	Läkare	2
	Sjukhus för bedömning	1
	Sjuksköterska	173
	Övrig	8
Trolig orsak till avvikelsen (fylls i av enhetschef)	Brist i rutiner	27
	Bristande dokumentation	6
	Bristande rapportering	5
	Ej följt rutin	16
	Ovan personal	9
	Slarv	28
	Stress	12
Åtgärd för att förhindra upprepning (fylls i av enhetschef)	APT/yrkesgrupp	11
	Enskilt samtal	53
	Samtal i grupp	9
	Ändrade rutiner	1
	Ökad kompetens	1
Allvarlighetsgrad (fylls i av MAS)	b) Betydande (3)	9
	c) Måttlig (2)	80
	d) Mindre (1)	243

## Bilaga 5 Detaljerad info rehabilitering och träning

### Rehabilitering och Träning

Plats för avvikelser	Ordinärt boende	2
	Åtorp Björklövet	1
	Åtorp Korttid/Rehab	3
Typ av avvikelse	Informationsöverföring	3
	Signeringslista ej ifylld	1
	Utebliven träning	2
Involverad personal	Handledare	1
	Undersköterska/vårdbiträde	3
	Övrig personal	2
Ordinationen avser	Dagligen	1
Typ av behandling	Gångträning	1
	Rehabilitering	1
Ordinationens utförande	Muntlig instruktion	1
	Signeringslista	1
	Skriftlig instruktion	1
	Skriftlig ordination	1
Allvarlighetsgrad (fylls i av MAS)	b) Betydande (3)	2
	c) Måttlig (2)	3
	d) Mindre (1)	1

## Bilaga 6 Fallrapporter



## Bilaga 7 Detaljerad info om fallrapporter

Plats för awikelsen	Björkens demenscentra	190
	OF Daglig verksamhet	6
	OF Personlig assistans	4
	OF Vinkelgatan/Norrevärn	3
	Ordinärt boende	454
	Skogsgläntan	53
	Socialpsykiatrin	3
	Åtorp Björklövet	33
	Åtorp Korttid/Rehab	28
	Åtorp Oasen	24
Tidpunkt	07-12	169
	12-16	177
	16-21	172
	21-07	280
Helg	Ja	274
	Nej	524
Var inträffade fallet?	Bostadsrum/toalett	494
	Dagrum/matsal	88
	Korridor/hall	87
	Kök	77
	Trappor	4
	Övrig plats	48
Anhöriga informerade?	Ja	225
	Nej	544
Konsekvens	Inga synliga skador	473
	Misstänkt fraktur	14
	Skrubbsår	51
	Smärta	75
	Svullnad/blåmärke	63
	Sårskada (blödande)	50
	Övrigt/annat (t.ex oro, rädsla	23
Med anledning av händelsen kontaktades	Anhörig	101
	Enhetschef	5
	Fysioterapeut/Arbetssterapeut	6
	Inga omedelbara åtgärder	29
	Läkare	1
	Sjukhus för bedömning	11
	Sjuksköterska	495
	Övrig	22
Skadad kroppsdel	Arm/ben	94
	Bäcken/rygg	42
	Fot/fotled	6
	Huvud/hals	67
	Knä	23
Föregick fallet av några särskilda symtom?	Oro/förvirring	85
	Smärta	12
	Svaghet	89
	Urinträngning	11
	Vet ej	395
	Yrsel	34
	Övrigt/annat	65
Särskilda yttre omständigheter	Dålig belysning	29
	Fallit ur säng utan grind	54
	Halt/blött underlag	41
	Hinder (matta, tröskel, matta)	47
	Hjälpmedel (ex trasigt)	11
	Utan skor	117
	Vet ej	346
	Övrigt/annat	83
Allvarlighetsgrad (fylls i av MAS)	b) Betydande (3)	11
	c) Måttlig (2)	103
	d) Mindre (1)	557