

Patientsäkerhetsberättelse för Höors kommun 2022



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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	11
Innovation.....	11
Adekvat kunskap och kompetens.....	11
Utbildning	11
Patienten som medskapare.....	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
PPM mätning av basala hygienrutiner och klädregler	13
Vårdhygien/Smittskydd.....	14
Journalgranskning.....	14
IVO nationell tillsyn på särskilt boende.....	14
Kvalitetsregister.....	15
Svenska Palliativregistret.....	15
BPSD	16
Senior Alert	16
HALT.....	16
Bedömningar	17
Läkemedelsgranskning - Extern läkemedelsgranskning	18
Information om patientsäkerhetsarbetet per enhet i Höörs kommun	18
Kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal.....	18
Sjuksköterskeorganisationen.....	18
Rehabenheten.....	19
Samarbete Vårdcentral-Kommun	20
Särskilt boende äldre.....	20
Hemtjänst/ordinärt boende	21
Bemanningsenheten.....	21
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.....	25
Stärka analys, lärande och utveckling.....	26
Avvikelser.....	26
Klagomål och synpunkter.....	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap	29
God och Nära vård samt Analysverktyg patientsäkerhet.....	29
Egenkontroller.....	29
Covid-19.....	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	31
Mål 2023.....	31
Strategier och utmaningar	32
Bilaga 1 Senior Alert.....	33
Bilaga 2 Avvikelser/vårdskador	33
Bilaga 3.....	34
Redovisningsrapport PPM mätning basala hygienrutiner och klädregler.....	34
Bilaga 4.....	34
Resultatrapport egenkontroll 2022	34

SAMMANFATTNING

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten i Höörs kommun under 2022 varit god i samtliga verksamheter trots stundtals höga personalbortfall och smittspårningar. Patientsäkerheten har i hög grad upprätthållits och till och med förbättrats/optimerats.

Nytt avvikelssystem har införts under 2022. Det följer de lagkrav som finns men är mer omfattande jämfört med tidigare system. Avvikelse har registrerats, utretts och åtgärdats i samma takt som året innan. 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. En lex Maria-anmälan har gjorts under 2022.

Antalet riskbedömningar och registreringar i Senior Alert har ökat under 2022. Antalet registreringar och bemötandeplaner inom BPSD har minskat något under 2022. Antalet registreringar i palliativregistret var 12 st under 2022 vilket är en liten ökning jämfört med tidigare år. Fr o m hösten 2022 är en specialist-sjuksköterska anställd inom palliativ vård för att utveckla och kvalitetssäkra den palliativa vården; ta fram en struktur och tydligt arbetssätt, ett mål är bland annat att öka registreringarna i palliativregistret.

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 för en omställning till god och 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. Tillsammans med Vårdcentralen har vi startat med att göra en lokal aktivitetsplan utifrån sex olika områden.

I statistik gällande samverkan vid utskrivning (SVU) ses under 2022 ett minskat antal medborgare som planeras hem från sjukhus med olika kommunala insatser jämfört med 2021 (12 %). Vi ser att även om antalet patienter minskat något så är komplexiteten större och flera patienter har team 3 under lång period (3 månader eller mer).

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.

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. Ansvaret 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 har två verksamhetschefer. En för HS (hälso- och sjukvården), och ÄO (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. Sedan hösten 2022 har Höörs kommun MAS anställd 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 området rehabilitering och medicintekniska hjälpmedel. MAR 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 2022 fortsatt haft mycket samarbete och dialog med på gemensamma hygiendialoger, smittspårning m.m. Strama (nätverk med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling), Regionens chefläkare och chefsjuksköterskor samt Patientnämnden och IVO.

Internt samverkar och samarbetar MAS och MAR med SAS (socialt ansvarig sönionom).

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 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)
- 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. Var tredje vecka har sjuksköterskorna sjuksköterskemöte.
- Varannan vecka har ledningsgruppen för hälso- och sjukvården möte.
- Teamträffar (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.
- Kvalitetsmöten med all legitimerad personal en ggr/termin. MAS och MAR ansvarar för kvalitetsmötena. Tema fall och skydds- och begränsningsåtgärd samt riskbedömningar och Senior Alert samt hjälpmedelsförskrivning- tryckavlastande madrasser.
- 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.
- Kommunen och primärvården har kontinuerliga träffar. Enhetschef för sjuksköterskorna samt MAR/enhetschef för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, Verksamhetschef för HS och ÅO och MAS samt vårdcentralens verksamhetschef träffas i den lokala samarbetsgruppen minst 8 ggr/år.
- 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 läkemedelshanteringen.
- 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.

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. Alla medborgare har möjlighet att 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. Trots att det finns en tydlig process via intranätet så är det låg följsamhet ute i verksamheterna, en anledning till detta är att det saknas påminnelser gällande att loggkontroller ska utföras 4 ggr/år. Påminnelser ska gå ut till samtliga chefer framöver.

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 Höörs kommun e- fax som är ett säkrare alternativ jämfört med vanlig fax.

Digitala läkemedelsskåp

Alla verksamheter har digitala läkemedelsskåp. Det innebär en kvalitetssäkring av läkemedelshanteringen. 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 få hjälp med läkemedelshantering annars kan hemsjukvården inte ansvara för en säker läkemedelsadministrering.

Sjuksköterskorna har tre läkemedelsrum där de delar dosetter och tar emot leveranser från Apotek mm. 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 på Skogsgläntan, hemtjänstområde Norr och Centrum 2 samt på Norrevärn och där fanns en del mindre brister som tex saknad av rutin för städning av läkemedelsskåp, ej rensat ut äldre listor när de är inaktuella, använt pennor som inte är arkivbeständiga vid signering, ej följt befintlig rutin till viss del. Efter granskningen har vissa delar har förtydligats i rutin samt vissa rutiner reviderats och åtgärder vidtagits utifrån relevans. Överlag har personal bra följsamhet till läkemedelshanteringen i kommunen.

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, funktionsstödande, rehabiliterande, målstyrt och rättssäkert.

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

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 landar ner i så kallade testlabb för att därefter eventuellt leda till ett projekt.

Innovationsarbete har genomförts under hela året i syfte att säkra medborgarperspektivet samt att ge medarbetarna möjlighet till att påverka vård och omsorg.

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 medarbetare 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/ delegeringsutbildning samt utbildning i basal hygien genom e-learning.

En annan viktig del i detta är även tillgången till personal med rätt kunskap och kompetens, under året har Social sektor tyvärr haft brist på legitimerad personal. Brist på sjuksköterskor har medfört att sjuksköterskor ersatts med bemanningssköterskor vid längre frånvaro kontinuerligt. Anledningarna är många- korttidsfrånvaro, långtidsfrånvaro och att det är svårt att rekrytera då det är brist på sjuksköterskor nationellt.

Måndag, onsdag och fredag träffas legitimerad personal och biståndshandläggare för att diskutera nya ärenden vid t ex hemgång från sjukhus samt aktuella avvikelser som behöver hanteras av teamet.

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 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.

1. För att ordinatorer/förskrivare ska kunna göra utprovningar, ordinera, instruera samt göra uppföljningar behövs fördjupande kunskaper om hjälpmedel. 10-gruppen samverkar med Sodexo för att anordna utbildningar. Lyft/ förflyttningsutbildning för två personer 2 dagar, funktionell sittställning 2 personer 1 dag. Produktvisningar och utbildning har genomförts där leg personal deltagit.
1. Handledarutbildning för studenter, via Högskolan i Kristianstad. Det har en arbetsterapeut gått under vårterminen 2022.
2. Nya förskrivare (arbetsterapeuter/ fysioterapeuter/ sjuksköterskor) genomgår förskrivarutbildning från Socialstyrelsen löpande.
3. Diverse webbutbildningar har genomförts inom de olika verksamheterna.
4. Instruktörsutbildning första hjälpen Psykisk hälsa- en sjuksköterska gick veckolång kurs i december 2022.
5. Kompetenshöjande interna åtgärder riktat till omvårdnadspersonal: Lyft- och förflyttningsutbildning. Hygienutbildning. Delegeringsutbildning.
6. 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 timmar och sedan finns uppföljningstillfälle som är 2 timmar. Det har arrangerats grundutbildningar och uppföljningstillfälle kontinuerligt under 2022. Vid varje utbildningstillfälle kan 6- 8 omvårdnadspersonal delta. Under höstterminen så har ny lokal tagits i bruk vilket gör att deltagarantalet ökat till 9- 12 personer/ tillfälle. Så det innebär att 105 omvårdnadspersonal har gått grundutbildning lyft och 71 omvårdnadspersonal har gått uppföljningsutbildning under 2022.
7. 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 utsedda hygienombud som kontinuerligt har möten med ansvarig hygiensjuksköterska och är extra uppmärksamma på att basala hygienrutiner följs på enheten.
8. Delegeringsutbildning, samtlig personal går delegeringsutbildning via e-learning. Därefter görs kunskapsprov och delegering erhålls av sjuksköterska. Det är viktigt med hög kvalitet i hela delegeringsprocessen för att erhålla och säkra upp patientsäkerheten men det är onekligen ett omfattande och tidskrävande arbete för samtliga enheter, framförallt för sjuksköterskorna som lägger mycket tid på att delegera medarbetarna i kommunens vård och omsorgsverksamheter.
9. En del av stadsbidraget (stimulansmedel) 2022 kopplat till omställningen God och nära vård var kompetensutveckling för att motivera sjuksköterskor att vidareutbilda sig. Höörs kommun tog fram ett förslag där två sjuksköterskor skulle ges möjlighet att kostnadsfritt utbilda sig på halvfart i kombination med att arbeta resterande procent. Två sjuksköterskor utbildar sig till specialistsjuksköterska med inriktning äldre.

Rutiner och riktlinjer inom Hälso- och sjukvård

Rutiner och riktlinjer har reviderats under 2022. Löpande revideringar har gjorts vartefter nya förordningar, lagar och organisationer tillkommer eller förändras.

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 delar vi varandra aktuella rutiner och frågeställningar för att öka kvaliteten inom området.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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 kan medverka på dialogmöten och anhörigträffar på särskilt boende och i hemtjänst.
- 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.
- Fallförebyggande rådgivning ska erbjudas 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 47 % total följsamhet till samtliga hygien och klädregler, en följsamhet på 67% i samtliga hygiensteg och samtliga klädsteg följdes till 58%. 2021 gjordes mätningen i samtliga verksamheter, resultatet från 2021 redovidas inom parantes nedan och resultatet från 2022 års mätning redovisas sammanfattningsvis nedan och hela vårens resultatrapport finns i bilaga 3.

Följsamhet till samtliga hygien och klädregler har Höörs kommun på 61,5% en ökning med 3,5 % mot 2021. (58% 2021). En följsamhet till samtliga hygienregler på 78% och en ökning med 1,8% mot 2021 (76,2%) och till samtliga klädregler på 81,3% även här en ökning i följsamhet med 6,3% mot föregående år (75% 2021). 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 samtliga chefer att vara extra uppmärksamma på och resultatet

redovisas i sektorns ledningsgrupp och vidare på APT. Redan 2020 infördes obligatorisk utbildning i basala hygienrutiner samt har hygienombud i alla verksamheter och en ansvarig sjuksköterska som utbildar och träffar hygienombuden ett par ggr/år.

Av vikt är att samtliga medarbetare hjälps åt att påminna varandra kring vikten av följsamhet avseende basala hygienrutiner och påpeka att ringar o dylikt inte får förekomma inom vård och omsorg då risken för smittspridning ökar. Sedan första mätningen 2019 har Höörs kommuns resultat förbättrats för vart år vilket är positivt och en trend som vi hoppas se även under kommande år.

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 1 gång/ månad 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.

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. Det finns hygienombud i samtliga verksamheter och enligt rutin ska egenkontroll göras avseende följsamhet till basala hygienrutiner 1 ggr/år i samtliga verksamheter (förutom den nationella mätning som görs på våren varje år. 2022 gjordes enbart denna egenkontroll på Apoteksgatan och inom boendestödsverksamheten. Tyvärr har det missats i övriga verksamheter och något som hygienombuden framöver ska initiera på sina enheter.

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 2022. 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 februari 2023. I och med nytt verksamhetssystem kommer inga strukturerade journalgranskningar att göras under 2023 däremot kommer journalföring i hög grad vara i fokus. Kvalitetsutvecklande journalgranskning, eventuellt utformat som egenkontroll, blir åter aktuellt när Lifecare HSL införts tidigast 2024.

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

IVO nationell tillsyn på särskilt boende

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en pågående tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på särskilt boende för äldre. Syftet med tillsynen är att ta reda på om det finns förutsättningar att ge god och säker vård för personer som bor på Säbo.

I juni presenterade IVO det nationella resultatet av tillsynen för Sveriges kommuner. I augusti publicerades också en delrapport av det nationella resultatet. Varje kommun har erhållit en övergripande sammanställning av de risker som framkommit utifrån journalgranskning och enkätresultat.

Sammanställningen berör tillsynsområdena individuell bedömning och kompetens, dokumentation och

kontinuitet, läkemedel samt vård i livets slutskede.

Riskbedömningen baseras främst på den journalgranskning som IVO har genomfört (80%), men också på svaren från den enkät som skickats ut till sjuksköterskor i kommunen (20%).

Beskrivning av aktuella tillsynsområden (utifrån brister som IVO hittat nationellt)

Individuell bedömning och kompetens

IVO konstaterar att många livsavgörande bedömningar av patienters hälsotillstånd, på Säbo, görs av den personal som har lägst kompetensnivå. Faktorer som bland annat påverkar är sjuksköterskans ansvarsområde samt tillgången till läkare.

Kontinuitet och dokumentation

IVO konstaterar att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation medför allvarliga patientsäkerhetsrisker. Faktorer som bland annat påverkar risken är antalet sjuksköterskor som dokumenterat i patientens journal samt avsaknad av vårdplan för patientens vård och behandling.

Läkemedel

IVO konstaterar att det finns brister i läkemedelshantering för patienter på SÄBO. Faktorer som bland annat påverkar risken är förekomsten av läkemedel som bör undvikas för äldre och avsaknad av läkemedelsgenomgångar. Avsaknad av tillräckliga förutsättningar att genomföra delegerade uppgifter såsom iordningställande av dosett och subkutana injektioner.

Vård i livets slutskede

IVO konstaterar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede. Faktorer som bland annat påverkar är brist på dokumenterade brytpunktssamtal samt avsaknad av planering av vården i livets slutskede.

2021 laddades över 70 journaler ner i Höörs kommun för att förmedlas till IVO. Ett omfattande arbete lades ner av MAS och systemförvaltare för att möjliggöra och säkert kunna utföra denna begäran. Nu har resultatet redovisats utifrån en nationell vinkel och nästa steg i tillsynen är fysiska inspektioner från IVO i varje kommun. I november besökte IVO Höörs kommun där de träffade medborgare boende på Säbo, sjuksköterskor samt socialnämndens ordförande, socialchef, verksamhetschef AO och HS samt MAS för intervju. De redovisade resultatet på kommunnivå från den nationella journalgranskningen med koppling till intervjuerna med medborgarna på Säbo och sjuksköterskorna. Under våren har det även gått ut en enkät/frågeformulär till kommunens sjuksköterskor som tyvärr enbart fem sjuksköterskor i vår organisation besvarat. Tillsynen är ett steg i IVOs uppdrag efter kritiken mot äldreomsorgen som uppdagades i samband med pandemins utbrott.

2023 kommer IVOs slutgiltiga resultat på kommunnivå att presenteras, utifrån detta ska handlingsplaner upprättas och åtgärder vidtas.

Redan nu har vi i Höör påbörjat arbetet med att förbättra vår delegeringsprocess, en e-learningutbildning är under framtagande, grupputbildning samt digitala kunskapstest ska införas i mars 2023. Delegeringar ska fördelas. Nyanställda kommer få delegering i max 3 månader därefter ska uppföljning göras innan ev förlängning. En sjuksköterska är anställd som ska arbeta 50% av sin tjänst med att utveckla den palliativa vården. Läkemedelsgenomgångar genomförs kontinuerligt from 2022. Kompetensutveckling, rekrytering mm diskuteras på samtliga nivåer och en plan har tagits fram övergripande för Social sektor. I februari införs ett nytt verksamhetssystem inom kommunens hälso- och sjukvård, Lifecare HSL.

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, i sig ett lärande för sjuksköterskorna. Under 2019 har Höörs kommun registrerades åtta avlidna i det palliativa registret. Det fördubblades 2020 till 16 st. 2021 har enbart 4 avlidna registrerats i palliativ registret. 2022 har 12 registreringar gjorts. Flertalet gånger har vikten av registrering i palliativ registrets lyft på sjuksköterskemöten under året, men tyvärr har det inte blivit någon större förbättring. I år har sjuksköterska anställts där 50% av hennes tjänst innebär att utveckla den palliativa vården i kommunen på en övergripande nivå. Ett mål är att öka antalet registreringar i palliativregistret under 2023.

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. Två utbildare för administratörer i BPSD har utbildats under 2022 och de har sedan arrangerat en administratörsutbildning för Åtorp avd Björklövet.

BPSD används med gott resultat och vi hoppas genom denna utbildningssatsning att användandet av BPSD- registret och bemötandeplaner ska öka. På Björken gjordes 28 registreringar i BPSD under 2022. På Björklövet är 6 BPSD registreringar gjorda. Alla medborgare där man gjort registreringar har också en bemötandeplan.

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. Omstart med införande av teamträffar i samtliga verksamheter har påbörjats kvartal 1 2022.

Unika personer som riskbedömts på Björken är 24 personer (1 person 2021), Skogsglantan 20 personer (9 personer 2021) och Åtorp 7 personer (7 personer 2021). Således en rejäl ökning av antalet unika personer som riskbedömts. Se Bilaga 1.

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 förutbestämd 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. Totalt antal inkluderade vårdtagare var 20 384 medborgare i hela riket.

Förra året registrerade Höörs kommun i HALT för första gången då på Åtorps särskilda boende. I år blev det Skogsglantan tur. Planen var att samtliga SöBo i kommunen skulle göra registreringar men pga personalbrist behövdes andra prioriteringar göras.

På Skogsglantan plan 1 gjordes 8 registreringar, en förvärvad infektion på enheten; urinvägsinfektion och den behandlades med antibiotika.

På Skogsglantan plan 2 gjordes 10 registreringar, inga infektioner förvärvade på enheten däremot en medborgare som var ordinerad antibiotika efter sjukhusvistelse pga lunginflammation..

Risker för antibiotikaanvändning på båda planen är urinkatetrar och sår.

Bedömningar

Bedömningsinstrument

VAS (smärtskattningsinstrument)	0
FBG (funktionellt balanstest för geriatriska patienter)	21
ADL (bedömning av aktiviteter i det dagliga livet/ funktionsförmåga)	3
MNA (bedömning av nutritionsstatus)	51
BERG (balansbedömning)	1
Norton (bedömning av trycksår)	5
Nutritionsscreening (första steg att upptäcka malnutriton)	2
CAN-skattning (bedömning av behov, symtom, träning av kognitiv funktion)	0
DFRI (avser bedömning fallrisk)	3
Abbey Pain scale (smärtbedömning ffa till personer med kognitiv svikt)	0
ROAG (munhälsobedömning)	0

Användning av bedömningsmodulen har minskat med nästan 50% varje år sedan 2020. Från totalt 343 bedömningar år 2020 till 163 bedömningar 2021 till att minska ytterligare med 50% (från 2021 års resultat) till 86 bedömningar 2022. Statistiken visar att samtliga riskbedömningar minskat märkbart.

Riskbedömningar är ett led i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Arbete och påminnelse om nyttan med att använda riskbedömningsinstrument är ett pågående arbete som vet vi av erfarenhet måste ske kontinuerligt och det har bland annat lyfts på MAS/MARs kvalitetsträff med samtliga legitimerad personal hösten 2022. Sedan införandet av Senior alert på Säbo har det visat sig att legitimerad personal inte alltid skriver in riskbedömningarna som gjorts i patients journal/i kommunens verksamhetssystem. Något alla ska då Senior alert inte är en journal utan ett kvalitetsregister vilket tyvärr leder till dubbeldokumentation. Här ser vi en anledning till att statistiken avseende riskbedömningar minskat, dvs vissa riskbedömningar är enbart registrerade i Senior alert. En annan anledning är att legitimerad personal inte skriver in resultatet i verksamhetssystemet bedömningsmodul utan i löpande text vilket leder till att statistik inte kan tas ut. From februari 2023 införs ett nytt verksamhetssystem där vår förhoppning är att riskbedömningar kommer utföras på ett mer strukturerat sätt.

Läkemedelsgenomgångar

Syftet med läkemedelsgenomgångar är att öka säkerheten och kvaliteten i läkemedelsbehandlingen.

En läkemedelsgenomgång utförs enligt strukturerad och systematisk metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning

Om patienten bor på särskilt boende, har kommunal hemsjukvård eller behandlas med 5 eller fler läkemedel, är 75 år + och sjukhusvårdas, bör en så kallad tvärprofessionell läkemedelsgenomgång erbjudas, eftersom dessa patientgrupper löper störst risk för läkemedelsrelaterade problem och läkemedelsorsakade sjukhusinläggningar. Kommunens sjuksköterska ska aktivt delta i den tvärprofessionella läkemedelsgenomgången på förfrågan av läkare. Vårdcentralen samordnar genomgångarna och bokar in farmaceut. Sjuksköterskan förbereder genom insamling av uppgifter och provtagning som ordineras av läkaren. Vårdcentralerna ska i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård planera för att det genomförs läkemedelsgenomgångar.

Den tvärprofessionella läkemedelsgenomgången utförs av läkare, apotekare/farmaceut och sjuksköterska/kontaktperson, i dialog med patienten utifrån ett standardiserat program enligt ”skånemodellen för läkemedelsgenomgångar”.

Basal läkemedelsgenomgång är en ”enklare” genomgång som genomförs av läkare ev i samråd med sjuksköterska om patienten har hemsjukvård.

2021 genomfördes inga tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar under 2022 har det bokats in kontinuerligt och 5 st har genomförts i ordinärt boende samt 10 st på Skogsgläntans säbo.

Läkemedelsgranskning - Extern läkemedelsgranskning

Enligt läkemedelsförfattningen ska en extern läkemedelsgranskning utföras årligen vilket i år skedde fysiskt på tre enheter. Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen bygger på Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelshantering HSLF-FS 2017:37.

Extern läkemedelsgranskning som utförs av farmaceut från Apoex gjordes 2022 på Skogsgläntans Säbo, hemtjänstgrupperna Norr och Centrum 2 samt Norrevärns gruppbostad.

Granskningen gjordes i år på plats. Deltog på granskningarna gjorde MAS, enhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Farmaceut från Apoex höll i granskningarna och gick bland annat igenom hela läkemedelsprocessen utifrån lokala rutiner och författningar. Allt från beställning/förvaring till ordination och administrering/överlämnande analyserades och diskuterades. Även det praktiska arbetet med läkemedel och vikten av fullgod spårbarhet och tydliga ansvarsfördelningar gick igenom.

Läkemedelslistor, signeringslistor, hantering av narkotiska preparat och förvaring kontrollerades. Det uppdagades en del mindre brister som tex avsaknad av rutin för städning av läkemedelsskåp. Viss brist i följsamhet till rutin tex att inaktuella listor sitter kvar i pärmen uppdagades. Att pennor som inte är arkivbeständiga vid signering används. Vissa delar har förtydligats i rutin och vissa delar i rutinerna har reviderats. Åtgärder har vidtagits utifrån relevans. Överlag har personal bra följsamhet till läkemedelshanteringen i kommunen. De förbättringsförslag som identifierades redovisas i åtgärdsplaner vilka gått ut till sektorns verksamhetschefer för vidare spridning och åtgärder i verksamheterna.

Extern läkemedelsgranskning leder till att samtliga rutiner ses över och går igenom. Leder till förbättringar och det blir ett direkt lärande för samtliga medverkande i granskningen. Extern läkemedelsgranskning görs varje år i Social sektors olika verksamheter.

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, AO och OF för patientsäkerhetsarbetet inom enheten.

Kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal

Sjuksköterskeorganisationen

- 337 medborgare i snitt under året har varit beviljade hemsjukvård. Förra året var snittet 355.
- Riskbedömningsinstrument gällande fall, nutrition, trycksår, smärta används men vi ser ett generellt markant minskat antal riskbedömningar överlag. Arbeta med vikten av riskbedömningar samt åtgärdsplaner kommer att vara ett av målen 2023.
- Delegeringsgrupp, bestående av sjuksköterskor, har under 2022 arbetat med att ta fram en e-learning- utbildning för grunddelegering. Kunskapsprov via Apoteket ska köpas in och användas för att kvalitetssäkra delegeringsprocessen. Det kommer starta 2023.
- Samordnade individuella planer (SIP) har gjorts under året både med ASIH och primärvården samt inom psykiatri. 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. Under våren kommer vi ha gemensam utbildning med vårdcentralen avseende SIP. • SIP (samordnade individuella planer) görs tillsammans med medborgare, anhöriga, biståndshandläggare, leg personal och med läkare.
- Genomgång/revidering av befintliga hälso- och sjukvårdsrutiner har gjorts kontinuerligt under 2022.
- Väletablerat hemtagningsteam som hanterar utskrivningar från sjukhuset. Inget betalningsansvar 2022. Antalet inskrivningar i Mina Planer har under 2022 varit i snitt 36 per månad mot föregående års snitt på 41 per månad. Således ett något mindre antal personer som skrivits in under 2022 (12 % minskning). Av inskrivningarna 2022 så hamnar i snitt 19 patienter i Team 3/ hemtagningsteamet och i snitt 12 patienter går till ordinarie team. 6 patienter som skrivs in i mina

planer får inga insatser alls efter utskrivning. Vi ser att även om antalet patienter minskat något så är komplexiteten större och flera patienter har team 3 under lång period- 3 månader eller mer.

- Infört nytt avvikelssystem och kontinuerlig utbildning och uppföljning kring avvikelserarbetet har gjorts under 2022.
- Kontinuerliga munhälsobedömningar har genomförts i ordinärt och särskilt boende om den enskilde så önskat. Dessa utförs av Oral Care.
- Loggkontroller ska göras enligt rutin inom samtliga verksamheter. Syftet är att garantera att patientjournalssäkerheten följs. Under 2022 har loggkontroller gjorts. Samtliga utan anmärkning.
- Covid-19 har fortsatt påverkat det dagliga arbetet inom sjuksköterskeorganisationen märkbart. Dels med anledning av den stora mängden provtagningar som ålagts vid symtom 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 vilket leder till en stundtals omöjlig ekvation där dagliga omprioriteringar har krävts.

Rehabenheten

Rehabilitering

Antalet rehabiliteringsdiagnoser under året var totalt 563 st att jämföra med 537 st 2021, således en ökning under 2022- positivt.

Rehabiliteringsdiagnos används både vid ordination hjälpmedel och/eller träningsinsatser. Antal diagnoser som resulterat i åtgärd rehabilitering var 141 st (146 st 2021). 422 rehabiliteringsdiagnoser resulterade i åtgärd hjälpmedel (391 st 2021).

Målet är att antalet rehabiliteringsdiagnos rehabilitering/träning ska öka i jämförelse med rehabiliteringsdiagnos hjälpmedel. Ett annat mål är att rehabiliteringsinsats 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.

Användning av bedömningsinstrument såsom FBG 21 (26), ADL 3 (8) + x antal utanför bedömningsmodul, Bergs balansskala 1 (1). Under 2022 har det gjorts 25 bedömningar. Att jämföra med 35 bedömningar 2021. Således en minskning av användning av bedömningsinstrument för en systematisk/ kvalitativ bedömning. Kommer bli ett utvecklingsområde framåt. De fallförebyggande hembesöken har varit få eller inga. Ny hantering under 2023 gällande fallförebyggande hembesök ska förhoppningsvis öka inflödet.

93 bostadsanpassningar har gjorts under året (under 2021 gjordes 97 bostadsanpassningar). Således ganska lika fördelning mellan 2021 och 2022.

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 413/ kvartal, vilket är något fler än 2021 (cirka 395/ kvartal).

Avvikelser från Höörs kommun till Sodexo har minskat under 2022 från 33 avvikelser 2021 till 25 avvikelser 2022. Mestadels gäller avvikelserna försenad leverans men även kategori övrigt samt anmärkning på produkt är en stor grupp.

Anmärkning på produkt 4 st

Fel levererad produkt 1 st

Försenad leverans 9 st

Förkommen beställning/ arbetsorder 3 st
Bemötande 0 st
Teknisk service 3 st
Övrigt 4 st
Hämtningar 1 st = **25 avvikelser under 2022**

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 lyftsels 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. Arbetar med registervård kontinuerligt.

Samarbete Vårdcentral-Kommun

Hälso- och sjukvårdsavtalet har medfört ett nära och kontinuerligt samarbete mellan framförallt den regionala primärvården och den kommunala primärvården men även regionen dvs specialistvården. Under 2022 har verksamhetschef på Vårdcentralen, MAS, Verksamhetschef HS & ÄO samt enhetschefer för HS haft kontinuerliga teammöten, en samverkan som präglas av ett öppet klimat utifrån patientfokus och personcentrerat förhållningssätt.

Tillsammans har vi tagit fram en lokal aktivitetsplan kopplat till Nära vård *Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025* utifrån aktivitetsplanens olika områden:

1. **Personcentrerat arbets-och förhållningssätt**
Patientkontrakt/SIP, teambaserad vårdform, jämlik läkarmedverkan och insatser för tidvis sviktande
2. **Förebyggande och hälsofrämjande insatser**
Samverkan ”Hälsa” och utveckling av arbetssätt för personer i riskgrupper
3. **Kompetenssamverkan**
Stödfunktioner och Kompetensplattform
4. **Gemensamma digitala lösningar**
E-hälsost strategi och handlingsplan
5. **Barn och ungas hälsa**
Växa tryggt, Tidiga och samordnade insatser (TSI), ”en väg in” för psykisk ohälsa
6. **Rehabilitering**
Samordnat arbete kring rehabilitering, hjälpmedel och habilitering

Särskilt boende äldre

- Apoteksgranskning på Skogsglantan
- Infört Senior alert inom alla SÄBO
- Infört Teamträffar med delegerad personal där bla avvikelser diskuteras
- Infört avvikelse-hantering via Life Care
- Årlig utbildning i Basal vårdhygien
- Mat vid dysfagi – Måltidsombud

- Trycksårs-utbildning
- BPSD-utbildningar för nya medarbetare och chefer
- Fallskyddsmattor

Hemtjänst/ordinärt boende

Kunskap och kompetens

Vi strävar efter att det ska vara undersköterskor som arbetar, fast personal och vikarier.

Alla ska göra utbildning digitalt angående medicin hantering därefter träffar medarbetaren sjuksköterska för genomgång och delegering.

Gruppledare säkerställer att det är medarbetare med rätt kompetens som utför arbetsuppgifterna.

Lyftutbildning sker kontinuerligt.

Teamträffar har införts där all profession deltar. Fysioterapeuter, arbetsterapeuter, biståndshandläggare, undersköterska, enhetschef för att få en samsyn angående medborgare.

Det finns hygienombud i hemtjänsten som kontinuerligt följer upp hygienrutiner. Medarbetare ska även göra självskattning.

Synpunkter

Alla synpunkter hanteras skyndsamt. Hembesök av enhetschef, enskilt samtal med medarbetare och synpunkter tas upp på APT.

Genomförandeplaner görs tillsammans med medborgare. Anhöriga kan delta om medborgaren vill det.

Avvikelser

Avvikelser tas upp på APT. Samtal i grupp och med enskild medarbetare om händelsen.

Vi har även haft en sittning med vikarier om avvikelser som bl.a. handlade om vikten av att läsa ordinationshandlingen, räkna medicin, och allvaret i att ha en delegering för läkemedel.

Sjuksköterska har blivit inbjuden till värdegrunds möten för att diskutera läkemedelshantering.

Mål och planer 2023

Cirkulationskläder kommer att införas under 2023 för att säkerställa tvätten.

Digital signering av läkemedel kommer att införas 2023.

Basala hygienrutiner utbildning, alla ska gå den 1 gång/år.

Senior Alert ska införas i hemtjänst under 2023.

Utmaning: Kompetensförsörjning. Att få rätt kompetens till arbetet.

Bemanningsenheten

- Engagerande ledning och tydlig styrning:

Är viktigt att jag som chef på bemanningen är tillgänglig för vikarierna som har många frågor och behöver vägledas, mycket mer nu än för bara några år sedan då en hel del av de som vi rekryterar inte har någon formell utbildning. Vi på Bemanningsenheten arbetar nära i ett team som består av mig och två

bemanningsplanerare, även bemanningsplanerarna har en daglig kontakt med våra anställda som även kan ställa frågor och få snabba svar från dom.

- Övergripande mål och strategier:

Viktigt för oss är att göra bra rekryteringar med människor som har ett väl socialt bemötande. Även våra avvikelssystem jobbar vi med dagligen där vi snabbt får till oss om något hänt, och kan agera utifrån det och lära och bli bättre och utvecklas. Och inte minst säkerställa våra medborgares omvårdnad.

- Organisation och ansvar:

Vi har vårt team på Bemanningenheten som jag beskrev under ledning, men vi har även ett samarbete med sjuksköterskor, arbetsterapeuter & fysioterapeuter inom vår egen organisation. Och inte minst har vi en engagerande stab bestående av MAS, MAR & SAS som vi alltid har möjlighet att vända oss till, det är oftast från dom vi får nya restriktioner framförallt nu under pandemin då vår MAS varit i kontakt med smittskydd.

- Informationssäkerhet:

Vi har ett väl fungerande dokumentationssystem Life Care där varje medarbetare dokumenterar, vi har också snabbmeddelande där vi i Life Care kan maila varandra.

- En god säkerhetskultur:

Vi skapar mellan verksamheterna ständig patientsäkerhet när vi har täta dialoger om hur vår personal fungerar, får vi in en synpunkt på en medarbetare så har vi samtalet så fort det går att genomföra och återkopplar till vederbörande som lämnat in en synpunkt. Vi har våra utbildningar som personlyftsutbildning, läkemedelsutbildning & hygienutbildning som alla anställda ska gå. Vi har träffar i mindre grupper där vi går igenom om vi tycker att det är specifika saker vi behöver ta upp för speciellt några få som de berör. På det viset säkerställer vi information och kompetens som behöver komma ut till rätt personal.

- Adekvat kunskap och kompetens:

Idag är det inte lätt att rekrytera utbildad vårdpersonal, de man lyckas att rekrytera ska vi vara rädda om!

I övrigt så rekryterar vi in de som visar intresse för vård och omsorg, där måste vi läsa av den sociala kompetensen, brister vi där då brister vi på allt. När vi väl har fått in rätt grund så måste vi tänka på att introducera och ge utbildningar. Introduktionen måste för en som är utbildad få ta lite extra tid då detta är viktigt så att våra medborgare kan känna sig trygga i sin vardag.

Vi har under det gångna året utbildat några inom äldreomsorgslyftet till undersköterskor där man arbetar femtio procent och studerar femtio procent. Detta tror jag att vi kommer att behöva även i framtiden för att få utbildad personal till vården.

Vad gäller schemaläggning i vår kommun så är det alldeles för många som håller på med schema, det hade varit bättre om man hade två schemaplanerare under administrationen på Bemanningenheten, då hade vi inte tagit så mycket tid från vår vårdpersonal.

- Patient som medskapare:

Vi arbetar inte nära medborgaren i den vardagliga omvårdnaden, men det jag kan uttala mig om är om vi får in synpunkter från medborgare eller anhörig så tar vi detta som hög prioritering. Om synpunkten

handlar om någon medarbetare så kallas den in för ett samtal där vi går igenom synpunkten och dokumenterar och återkopplar till enhetschefen för den verksamheten medborgaren har sin tillhörighet.

Omsorgen om personer med funktionsnedsättning (OF)

Ute i verksamheterna har fokus legat på avvikelser och avvikelshantering, samt en digitalutbildning som skapats under senhösten.

All personal har gått HLR-och brandskyddsutbildning.

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

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. Vi ser över ett nytt samarbetsätt för alla kommun-parter för socialpsykiatri.

Vi bör få bättre förutsättningar för team-träffar inom LSS och socialpsykiatri.

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 har gjorts.

3 personal går äldreomsorgslyftet.

Extern läkemedelsgranskning har gjorts på Norrevärnsgatans LSS-boende.

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.

Medarbetare har gått lyftutbildningar steg 1 och 2 under året.

Covid-19 anpassningar

Covid-anpassningar ligger kvar sedan föregående år. Vi följer vårdhygiens riktlinjer.

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 alla verksamheter.

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.

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

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Avvikelser/ vårdskador

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 via länk på Intranätet till närmsta chef som mottar och fördelar avvikelser till aktuella utredare/ medutredare. Vid behov träffas 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. När utredning är klar och nödvändiga åtgärder är vidtagna avslutas respektive avvikelse.

För 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.

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. Ett ärende har inkommit från patientnämnden. Det ärendet rörde en hjälpmedelsförskrivning som patient ej var nöjd med. Inga ärenden har inkommit från IVO under 2022. En lex maria anmälan efter en fallhändelse har gjorts till IVO under 2022.

Patientens klagomål och synpunkter

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

Patientsäkerhetsdialoger

Bör ske kontinuerligt på APT i våra verksamheter utifrån avvikelser och synpunkter som kommer oss tillhanda. Dialoger bör ske på alla nivåer i organisationen; allt från ledningsgrupper till anhörigträffar, här finns utvecklingspotential.

Värdegrund

Diskussioner kring värdegrunden ska föras i alla sammanhang bland annat vid teamträffar, ledningsgrupper och APT. Eftersträvar ett salutogent och funktionsstödjande förhållningssätt vilket ständigt 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 bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Social Sektor har ett 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.

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 och är ett pågående arbete.

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 utifrån världsläget ökat ytterligare. Beror på internationellt läge med hamnar och transporter men även lokalt med hjälpmedelsleverantör Sodexo.

Inhyrd personal- framförallt legitimerade sjuksköterskor. Under 2022 har SSK-organisationen haft bemanningssjuksköterskor hela året. En konsekvens av detta blir att vården inte blir lika säker utifrån svårighet att bibehålla kontinuitet och kännedom om arbetsplats och rutiner. Strävar efter att få kontinuitet genom att samma bemanningssjuksköterska anlitats om möjligt samt att det är ett krav med gedigen erfarenhet hos bemanningssjuksköterskorna som ska anlitats.

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. Det vanligast förekommande är skyddsåtgärd sänggrind. Inom OF finns också skyddsåtgärd höftbälte både i rullstol och

hygienstol samt enstaka individuella skyddsåtgärder. Rutin kring skydds- och begränsningsåtgärder har aktualiserats på kvalitetsträff våren 2022 och lathund för dokumentation har utarbetats.

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

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 som sker i verksamheten. Sedan ska avvikelserna utredas av aktuell yrkesgrupp och ansvarig för avvikelserna är respektive enhetschef och i allvarigare avvikelser kopplas MAS och/ eller MAR in. Bilaga 2 visar en sammanställning av antalet avvikelser uppdelat på avvikelsetyp samt per verksamhet.

Totalt har 36 avvikelser bedömts med allvarlighetsgrad 3 eller 4.

Avvikelsetyp	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4	Summa
Fall	205	131	166	196	698
Läkemedel	63	72	100	95	330
Ordinationer HSL	16	12	28	17	73
Rehab/ träning	1	0	0	0	1
MTP	4	2	3	7	16
Sekretess	1	1	3	0	5
Info överför int	7	3	3	5	18
Info överför ext	0	1	2	5	8
Totalt ant avv.					1149

Läkemedel/Ordinationer HSL

Antalet rapporterade avvikelser avseende läkemedel och ordinationer var under 2022 403st jämfört med 379 st 2021 (en generell ökning med ca 6%). Antalet inrapporterade avvikelser har ökat något i antal inom samtliga områden. Det är nästan exakt lika många läkemedelsavvikelser inrapporterade 2022 som 2021 10 fler 2022 dvs 330 st och en ökning med %). Ordinationer HSL har 73 st inrapporterats vilket är en rejäl ökning mot fjolårets 46 rapporter (nästan 59%). Vi ser positivt på denna ökning med anledning av att vi 2022 gick över till ett annat avvikelssystem som är mer omfattande. Vi var lite oroliga att detta skulle leda till att färre avvikelser inrapporterades.

Avvikelserna 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 avseende ordinationer HSL handlar främst om signeringslistor som inte är

ifyllda, ordinationer tex såromläggningar, stödstrumpor, viktkontroller som inte blivit gjorda. I bilaga 2 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 60-tal avvikelser handlat om att legitimerad personal brustit vilket främst också varit inom läkemedelshanteringen tex feldelade dosetter, otydliga HSL-uppdrag etc. Samtliga verksamheter har läkemedelshantering som stående punkt på APT för att diskutera och förbättra organisatoriskt så fel förebyggs.

Fall statistik

Registrerade fall (se tabell i bilaga 2); Sammanlagt har 698 fall registrerats 2022 mot 798 fall 2021. Således en minskning av antalet fall (12.5%).

Fallriskbedömningar enligt bedömningsinstrumentet Downton (DFRI) har minskat från 17 st under 2021 till 3 fallriskbedömningar enligt DFRI 2022. En markant försämring som dels beror på att man i mycket liten utsträckning använder bedömningsmodul i verksamhetssystem utan istället dokumenteras i Senior Alert. Nyttan/ vinsten med att arbeta med riskbedömningar behöver diskuteras och göras synlig för legitimerad personal.

Arbetet med tydliga fallutredningar, riskbedömningar och åtgärder av det tvärprofessionella teamet fortsätter 2023 för att förebygga och minska antal fall.

En fallavvikelse har lett till en Lex Maria anmälan där det uppdagades att kunskap kring hantering av skydds- och begränsningsåtgärder behövde uppdateras och aktualiseras både hos leg personal samt hos omvårdnadspersonal.

Rehabilitering/ habilitering och medicintekniska produkter

1 avvikelse inom området rehabilitering/ habilitering. 16 avvikelser inom området medicintekniska produkter. Flera av avvikelserna handlar om rörelselarm enligt SoL och är inte en vårdskada och sedan är några avvikelser gällande personals hantering av medicinteknisk produkt.

Anmälan om negativ händelse med medicinteknisk produkt; det har gjorts 2 anmälningar under 2022. En anmälan gällde en rollator som tappade ett hjul i samband med användning. Patienten klarade sig oskadd men det kunde inneburet en risk för allvarlig vårdskada. En anmälan rörde produktfel på lyftsele från ett specifikt företag. De senare är också uppmärksammade genom säkerhetsmeddelande från leverantör samt åtgärdslista.

Informationsöverföring internt och sekretess

Rapporter gällande intern informationsöverföring har handlat om brister i kommunikation mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor; olika missförstånd/bristande kommunikation, brister i dokumentation, lång väntan på hembesök, översäkring i samband med flytt från en enhet till en annan, fel information personal sinsemellan samt att omvårdnadspersonal inte getts återkoppling efter provtagning/covid.

En större avvikelse gjordes i höstas vilket handlar om att omvårdnadspersonal felaktigt har kunnat skriva under en rubrik i verksamhetssystemet Lifecare som heter Delegerad HSL. Om personalen skriver här kan inte den legitimerade personalen se anteckningen. Delegerad HSL är ett sökord vilket måste finnas i verkställigheten för att personal ska kunna utföra/verkställa samtliga HSL-uppdrag de får från legitimerad personal. Här ska inte personal dokumentera. Omvårdnadspersonal ska enbart dokumentera under sökordet SBAR/Iakttagelser vårdpersonal när det gäller hälso- och sjukvård då blir anteckningen sparad i Hälso- och sjukvårdsjournalen och synlig för legitimerad personal.

Med anledning av detta har MAS, MAR och systemförvaltare granskat dokumentationen sedan verksamheternas övergång till Lifecare. Nedan resultat är allvarligt på så vis att anteckningar inte hamnat i rätt journaler och att legitimerad personal inte kunnat läsa vad omvårdnadspersonal dokumenterat. Det vi ser är att det är en blandning av dokumentation i denna verkställighet, allt från HSL- till SoL- och LSS-anteckningar om vartannat.

Vid allvarliga händelser/förändringar hos patienter/ medborgare ska personal enligt rutin kontakta sjuksköterska telefonledes. Därmed ser vi inte att detta ska ha föranlett allvarliga händelser. Däremot har legitimerad personal inte kunnat ta del av löpande information om medborgares mående vilket eventuellt kan ha lett till fördröjning av vissa insatser och åtgärder samt skapat irritation mellan personalgrupper.

Sökning i systemet visar att samtliga verksamheter har dokumenterat under Delegerad HSL (sökning gjord sedan enheterna har gått över i Lifecare dvs från 2018 och 2019).

Åtgärd: MAS och MAR gör journalgranskning och kontrollerar journalanteckningar som gjordes under 220401-220430 i samtliga verksamheter. Ett bifynd i utredningen är bra/väl dokumenterade anteckningar utan värdeord.

Sammanfattning av utredning: Personal har skrivit rätt saker men det skulle stått under sökord SBAR/Iakttagelser vårdpersonal. Journalgranskningen påvisar inga allvarigare fel och brister eller risk för att allvariga vårdskador skulle inträffa p g a av att personal dokumenterat under fel sökord.

Åtgärder som vidtagits: 221017 stängde systemförvaltare ner möjligheten att skriva under detta sökord, sökordet inaktiveras. All info som skrivits under Delegerad HSL from 220101 kommer att läggas över till HSL-journalen, vilket ombesörjs av systemförvaltare och systemadministratörer. Ny instruktion skickas ut till samtliga enhetschefer kring hur personal ska dokumentera avseende HSL dvs under Hälso- och sjukvårdsjournalen under sökord SBAR/Iakttagelser vårdpersonal. Ytterligare åtgärd är att samtliga enheter varje år har en stående punkt på APT att ta upp dokumentation SoL- LSS/ HSL. Social sektors ledningsgrupp är informerad kring händelsen, utredning och åtgärder.

Sekretess

Sekretess har brutit när fel läkemedelslista och läkemedelsdosett lämnades till fel enhet, ingen medborgare drabbades, förväxling av signeringslistor/hamnat hos annan patient.

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 2022 har 10 synpunkter skickats till externa vårdgivare; olika avdelningar inom regionen, ambulans samt till primärvården. Synpunkterna har handlat om brister i informationsöverföring ffa vid hemgång från sjukhus, läkemedel, hjälpmedelsbehov, fördröjd behandling, felaktig bedömning samt otydliga ordinationer.

Två synpunkter har inkommit externt från sjukhuset och primärvården där synpunkterna handlar om brist i informationsöverföring och faxproblematik vilket efter utredning inte var en avvikelse, inget fel begånget. Den andra handlar om kommunikationsbrist i samband med hemgång från sjukhuset.

9 synpunkter har inkommit från anhöriga och medborgare/patienter där det bland annat handlat om att debitering av näringsdryck och läkemedel, läkemedel inte givits i rätt tid och rätt dos, lång tid att få en elrullstol lagad, synpunkt efter dödsfall vilket handlade om kommunikationsbrist mellan samtliga närstående och sjuksköterska, missad läkartid pga bristande kommunikation med anhöriga, synpunkt på att rullstol inte förskrevs efter bedömning, behandling av sår/fotvård samt brister i bemötande från legitimerad personal. Flertalet av ovanstående synpunkter innehåller synpunkter som tangerar både Sol och HSL.

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 som innebär förändringar i arbetssätt.

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. Verktyget 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 påbörjat arbetet med ovanstående analysverktyg under hösten 2022. Det finns fem fokusområden i analysverktyget och vi har valt att börja med del 1 och del 5. Del 1 är hantering av avvikelser och del 5 är grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet. Analysverktyget har gått igenom tillsammans med ledningsgrupp Social Sektor vid ett tillfälle och tillsammans med en referensgrupp av medarbetare/ enhetschefer vid ett tillfälle. 2023 kommer analys att färdigställas och handlingsplan tas fram. Hösten 2023 ska nytt fokusområde analyseras.

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.

I Bilaga 4 presenteras resultatet från Social sektors egenkontroll som gjordes första gången 2022. Ett antal frågor skickades ut i via webbenkät till samtliga enhetschefer i Social sektor. Frågor ställdes inom områden som är väsentliga för verksamheterna att ha kunskap om och fokusera på eller där risker föreligger. Några frågor gällde enbart för HS, ÄO, OF och IFO flertalet var övergripande för samtliga.

Covid-19

Coronapandemin har under våren 2022 fortsatt hålla Social sektors verksamheter i ett järngrepp, framförallt genom stundtals stora personalbortfall. Under januari och februari var fokus på att få grundläggande vård och omsorg att fungera. Smittspridningen minskade därefter och från april betecknas inte covid-19 längre som en allmänfarlig sjukdom men fortfarande anmälningspliktig och krav på smittspårning i vård och omsorg. Restriktionerna lättade helt under några veckor för att i juni återkomma till följd av ökad smittspridning. Arbetet med smittspår och provtagningar, vaccinationer och skyddsutrustning har varit pågående under hela 2022.

Det har varit ett stundtals omfattande arbete med flera smittspårningar i våra verksamheter samt stor frånvaro av personal på grund av sjukdom. Alla delar av social sektor har påverkats och samarbetet inom och mellan olika verksamheter har varit avgörande.

- Positiva medborgare har påvisats både inom ÄO och OF både på Säbo, gruppbostad och personlig assistans.
- 33 smittspår har gjorts under året
- 244 medborgare har provtagits (denna siffra avser enbart patienter som provtagits vid smittspår, betydligt fler har provtagits pga symtom)
- Vaccinationer var fjärde månad
- Möte med Vårdhygien och Smittskydd var fjärde vecka samt vid behov.

Det läggs mycket tid och resurser på smittspårningar trots att medborgarna idag inte blir allvarligt sjuka. Personal använder munskydd fortfarande i allt vårdnära arbete, vid misstanke om smitta gäller full skyddsutrustning. Mycket resurser måste avsättas till ovanstående vilket blir till bekostnad av annat, en del aktiviteter fått skjutas upp och löpande måste prioriteringar göras för att få resurserna att räcka till.

Aktiviteter som inte kunnat omsättas i praktiken till följd av ansträngt läge.

- Förnyad satsning på utbildning i funktionsstödande arbetssätt
- Att utveckla mötesplatser för social samvaro-seniorträffar
- Förskjutit införandet av nytt verksamhetssystem (Lifecare HSL).

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.

Utifrån rådande situation sker inte utvecklingsarbete i någon större utsträckning utan det är den basala hälso- och sjukvården som prioriteras. Det finns flera olika kvalitets- och utvecklingsområde som är aktuella för 2023 men stort fokus blir på att införa nytt verksamhetssystem.

Mål 2023

Mål:

Patientsäkerhet

Att arbeta mer systematiskt och medvetet med patientsäkerhet i alla led

Strategi:

Att analysera och göra upp handlingsplan utifrån fokusområde 2022. Göra analys på nytt fokusområde hösten 2023.

Mål:

Öka antalet läkemedelsgenomgångar

Strategi:

Under 2023 utföra tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar både vår och höst.

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 förbättra följsamhet till rutin för leg personal.

Mål:

Implementera ny rutin samt öka antalet registreringar i palliativ registret

Strategi:

Palliativ sjuksköterska tillsammans med enhetschef och MAS. Kontinuerlig dialog, resultatredovisning och uppföljning på sjuksköterskemöten under året.

Mål:

Revidera delegeringsrutin- uppföljning av alla nya delegeringar efter 3 månader samt digitaldelegeringsutbildning och digitalt kunskapsprov

Strategi:

Gemensamt utvecklingsarbete tillsammans med sjuksköterskor och enhetschef.

Mål:**Införa egenkontroller systematiskt****Strategi:**

MAS, SAS och MAR utarbetar egenkontrollplan för 2023. Egenkontrollsfrågor kommer skickas ut till samtliga enhetschefer mars 2023.

Mål:

E- learning teoretisk del av lyftutbildning

Strategi:

Publicera utbildningsfilmer samt kunskapsprov på aktuell plattform. Skapa rutin för anmälan och tillgång till utbildningen.

Mål:

Återinföra Seniorträffar våren 2023

Strategi:

Arbetsgrupp bildad som ska planera och starta upp Seniorträffarna.

Mål:

Utbildning i Funktionsstödjande förhållningssätt för personal inom hemtjänst 2023

Strategi:

Utse arbetsgrupp som planerar för det samt går igenom och reviderar material

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.

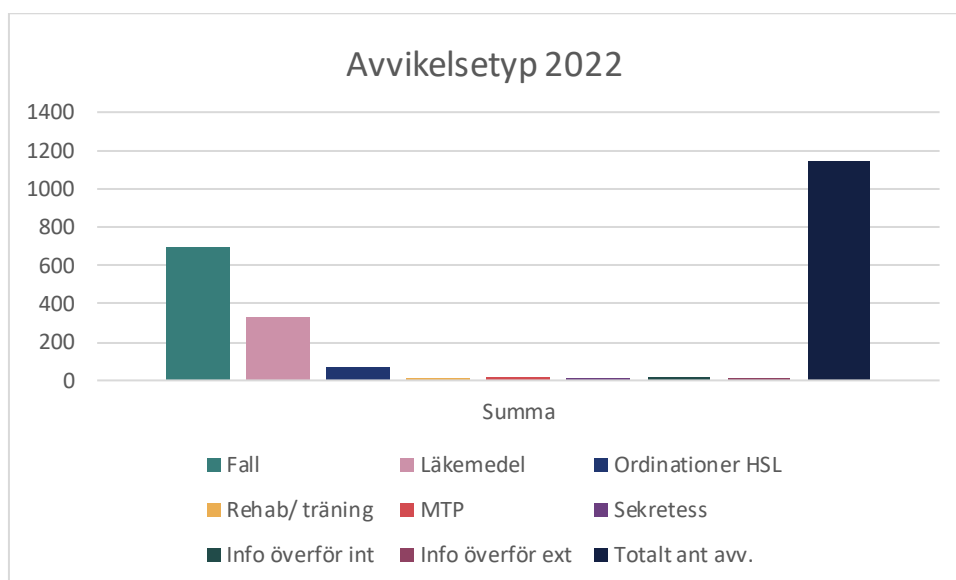
Den stora utmaningen är att få ihop ekvationen vad gäller patientsäkerhet i en ekonomiskt komplex situation kantad av rekryteringssvårigheter och pensionsavgångar. En ekvation som vi enbart kan hantera tillsammans, utifrån innovativa lösningar, förändrade arbetssätt och fokus på vårt uppdrag och allas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

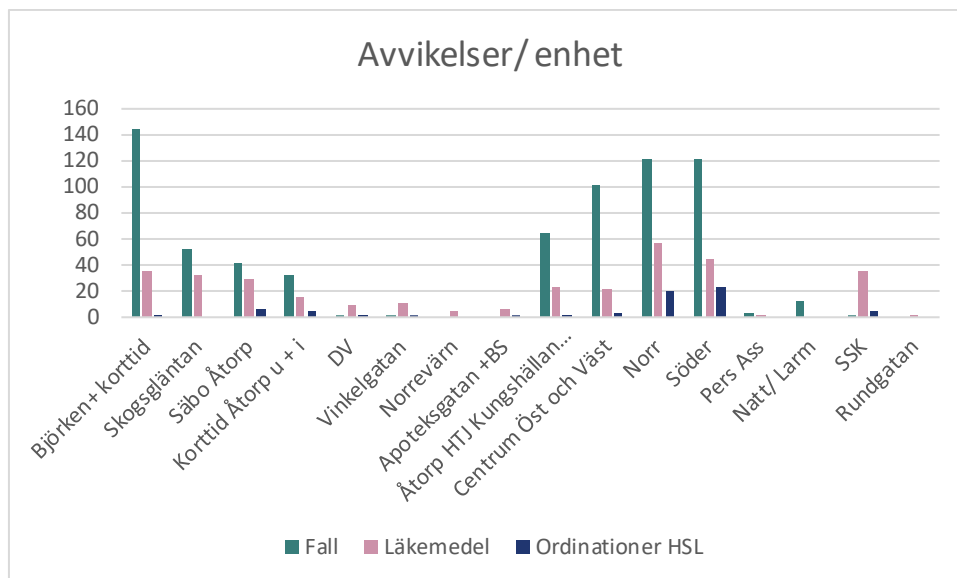
Bilaga 1 Senior Alert

Uppställ	Unika personer	Vårdprevention				Uttal				Vissa resultat per riskområde
		Risikobedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	Står i 22	Fall	Munhälsa grad 2	
Höörns kommun	93	97% 88 av 102	80% 75 av 95	86% 80 av 95	49% 25 av 51	16 11 personer	30 25 personer	62 34 personer	28 25 personer	✓
Björken	24	100% 24 av 24	72% 18 av 25	68% 17 av 25	57% 14 av 25	0 0 personer	10 10 personer	41 12 personer	6 6 personer	✓
Skogsglantan	20	86% 18 av 22	74% 18 av 24	74% 14 av 19	82% 16 av 20	5 4 personer	8 8 personer	1 1 personer	2 2 personer	✓
Åtorp	7	100% 7 av 7	57% 4 av 7	86% 6 av 7	0% 0 av 7	4 4 personer	2 2 personer	3 3 personer	1 1 personer	✓
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %					

Sverige / Kommun / Region	År	Typ av enhet								
Höörns kommun	2022	Alla								
			Samtliga riskområden summerat, trycksår, undernäring, fall och munhälsa							
		Unika personer	Risikobedömningar med risk		Bakomliggande orsaker vid risk		Åtgärdsplan vid risk		Utförda åtgärder vid risk	
			Antal riskbedömningar	Antal riskbedömningar med risk	Antal riskbedömningar med risk	Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde	Antal riskbedömningar med risk	Antal med minst en angiven åtgärd per riskområde	Antal uppföljningar för riskbedömningar med risk	Antal uppföljningar med minst en utförd åtgärd per riskområde
Höörns kommun	93		102	99	99	79	99	85	57	28
Björken	24		25	25	25	18	25	17	7	4
Skogsglantan	20		22	19	19	14	19	14	13	8
Åtorp	7		7	7	7	4	7	6	3	0

Bilaga 2 Avvikelser/vårdskador





Bilaga 3

Redovisningsrapport PPM mätning basala hygienrutiner och klädregler

Bifogad nedan

Bilaga 4

Resultatrapport egenkontroll 2022

Bifogad nedan

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler våren 2022

Höör 220601

Annika Atterlid Ohlsson MAS

Linda Persson SSK/Hygienansvarig



Mitt i Skåne

PPM resultat våren 2022

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler

Mätningarna är en nationell 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. Vilket avser följsamhet till åtta olika steg i samband med patientnära arbete som till exempel omvårdnad, behandling och undersökning.

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

Fel i ett steg av åtta eller fyra steg drar ned resultatet till 0 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.

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.

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.

Sammanfattning av resultaten för Riket

Efter flera år av förbättring minskar följsamheten till basala hygienrutiner inom vård och omsorg. Minskningen följer efter en förbättring av följsamheten under flera år, och särskilt åren 2019-2021. Det är framför allt användning av handsprit innan patientnära arbete som drar ner resultatet. Samtidigt har antalet kommuner som mäter följsamhet fördubblats jämfört med före pandemin.

I mätningarna observeras följsamhet till basala hygienrutiner i fyra steg. Mätningen visar att 71,1 procent av medarbetarna i kommunerna följer samtliga fyra steg. Det är en minskning med 1,8 procentenheter sedan mätningen våren 2021. I regionerna är följsamheten till samtliga hygienrutiner 82,6 procent vilket är minskning med 3,7 procentenheter jämfört förra året. Det är framför allt användning av handsprit innan patientnära arbete som drar ner resultatet även här.

Följsamheten till basala hygienrutiner mäts nationellt en gång om året, ihop med följsamhet till klädregler. I 15 regioner har 18 831 observationer genomförts och 25 144 observationer i 158 kommuner. Det är frivilligt för kommuner och regioner att delta i de nationella mätningarna. Mellan åren 2019 och 2021 ökade följsamheten mycket, särskilt i kommunerna. Våren 2019 följde 56,3 procent av medarbetarna i kommunerna samtliga hygienrutiner. 2021 var siffran 72,9 procent. I regionerna var motsvarande siffror 78,1 procent år 2019 och 86,3 procent 2021.

Den ökade följsamheten i kommunerna det senaste året har bland annat handlat om särskilda utbildningsinsatser, täta uppföljningar, särskilda hygienombud, tät dialog med alla chefer och ett bra stöd från ledningen. Mätningarna är viktiga verktyg för att verksamheter ska kunna följa resultatet av deras egna arbete och se vilka insatser som behöver sättas in.

Basala hygienrutiner har naturligt fått stort fokus under pandemin, och många verksamheter har nationellt jobbat väldigt framgångsrikt med att få upp följsamheten. Över dubbelt så många kommuner mäter sin följsamhet idag, jämfört med innan pandemin. Det är viktigt att behålla fokus på frågan och fortsätta arbeta både långsiktigt och systematiskt för att följsamheten ska bli bättre.

Kommunernas resultat 2022

Av landets 290 kommuner medverkade 158 kommuner i mätningen. Året innan medverkade 140 kommuner. Antal observationer var 25 144 jämfört med 25 635 våren 2021. Det har skett en ökad medvetenhet och fler kommuner mäter följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, 2019 deltog 73 kommuner och 2022 deltog 158 kommuner.

Resultaten visar att följsamheten till samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler ligger på 65,3 procent våren 2022 jämfört med vårens mätning 2021 som låg på 67,6 procent. Följsamheten till samtliga fyra steg för klädregler har minskat något från 90 procent till 88,7 procent.

Resultaten visar att följsamhet till samtliga fyra steg för basala hygienrutiner har minskat från 72,9 procent våren 2021 till 71 procent under våren 2022.

De som observeras i kommunen har hög följsamhet till basala hygienrutiner i 7 av 8 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.

Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete med utbildningsinsatser, regelbunden uppföljning, dialog med linjechefer och stöd från ledningen.

Hörs kommun Social sektor (ÄO, OF och HS) resultat 2022

Hösten 2020 gjordes den första mätningen i Hörs kommun och då enbart på Åtorps Säbo och bland legitimerad personal, resultatet blev då 47 % avseende total följsamhet till samtliga hygien och klädregler, en följsamhet på 67% i samtliga hygiensteg och samtliga klädsteg följdes till 58%.

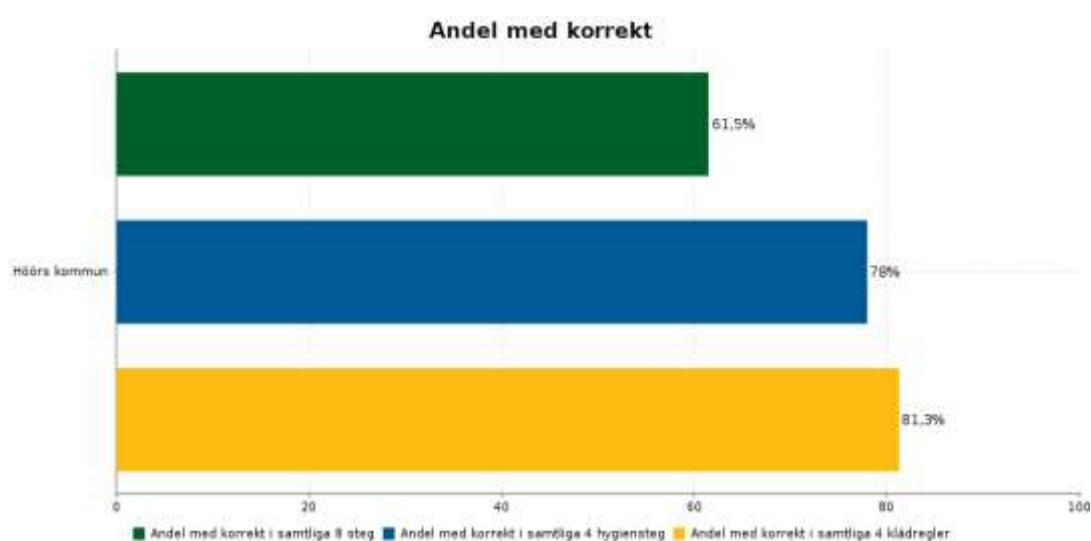
Våren 2021 gjorde Hörs kommun mätningar för första gången i samtliga verksamheter inom ÄO, OF och HS.

Våren 2022 har observationsmätningarna gjort igen i samtliga verksamheter under v 11 och 12. Mätningarna har gjorts av hygienombuden ute i respektive verksamhet med stöttning av ansvarig sjuksköterska inom hygienområdet som utbildat och samordnat hela arbetet.

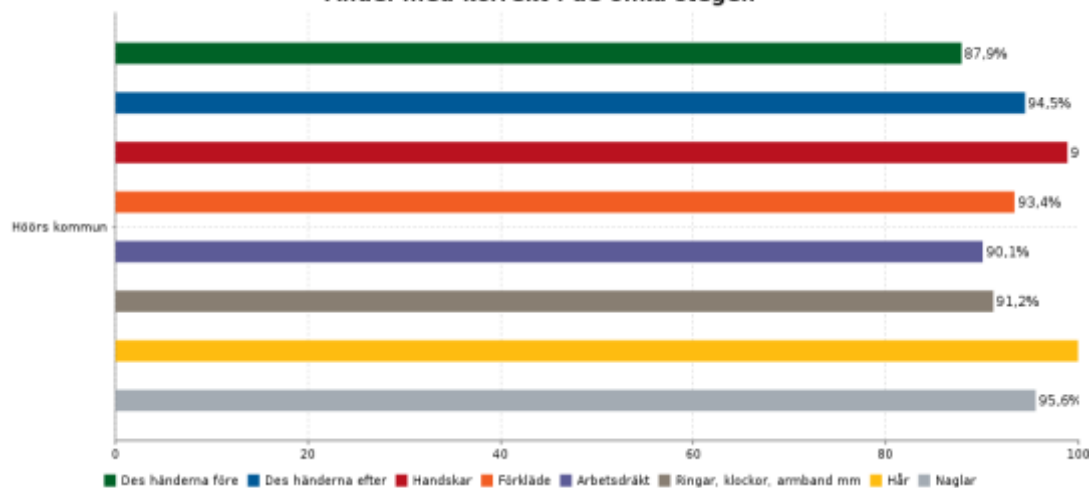
Följsamhet till samtliga hygien och klädregler har Höörs kommun på 61,5% en ökning med 3,5 % mot 2021. (58% 2021). En följsamhet till samtliga hygienregler på 78% och en ökning med 1,8% mot 2021 (76,2%) och till samtliga klädregler på 81,3% även här en ökning ui följsamhet med 6,3% mot föregående år (75% 2021). Bristerna indentifieras framförallt i att personal inte decinficerar händerna innan omvårdnadsarbetet påbörjas samt att personal har smycken eller dyligt på händer och underarmar. Detta lyfts till hygienombud och samtliga chefer att vara extra uppmärksamma på och resultatet redovisas i sektorns ledningsgrupp och vidare på APT. Redan 2020 infördes obligatorisk utbildning i basala hygienrutiner samt har hygienombud i alla verksamheter och en ansvarig sjuksköterska som utbildar och träffar hygienombuden ett par ggr/år. Av vikt är att samtliga medarbetare hjälps åt att påminna varandra kring vikten av följsamhet avseende basala hygienrutiner och påpeka att ringar o dyligt inte får förekomma inom vård och omsorg då risken för smittspridning ökar.

Sedan första mätningen 2019 har Höörs kommuns resultat förbättrats för vart år vilket är positivt och en trend som vi hoppas se även under kommande år.

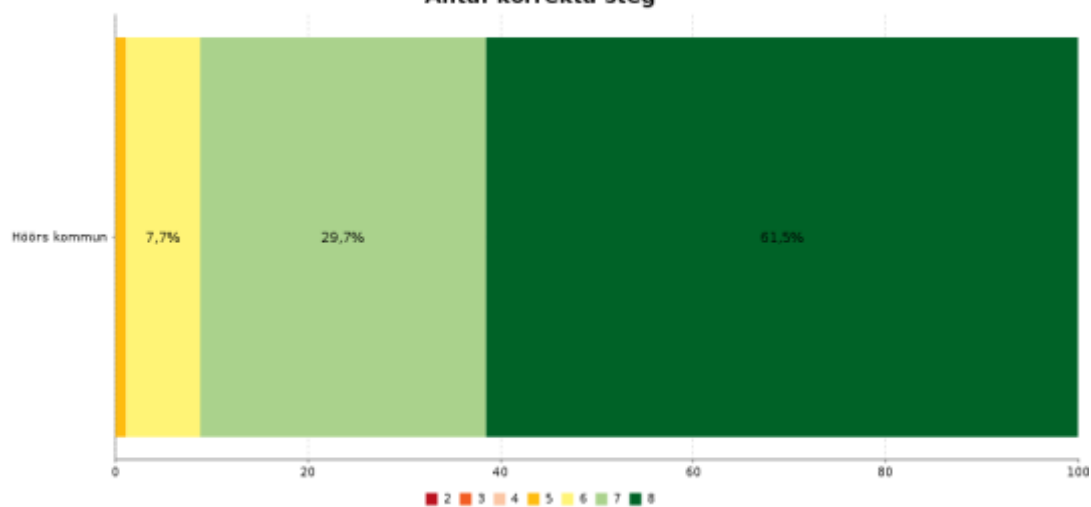
Redovisning av Höörs kommuns resultat:

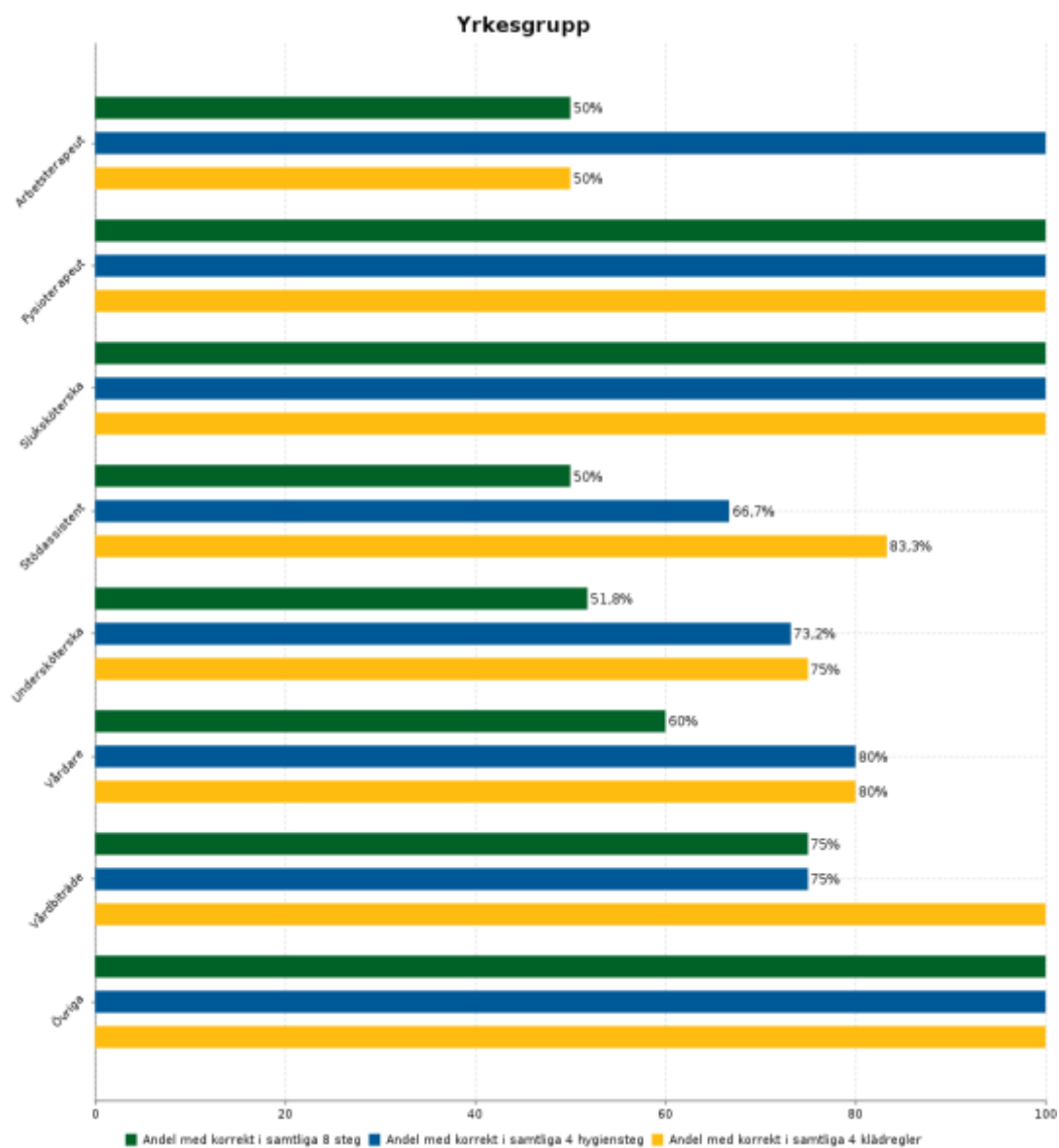


Andel med korrekt i de olika stegen



Antal korrekta steg





Metadata

Enhet	Antal observerade	Hygiensteg					Klädsteg				
		Des före	Des efter	Handskar	Förkläde	Korrekt hygien	Dräkt	Ringar	Naglar	Hår	Korrekt klädnegler
Björken - Avdelning Höst	4	3	4	4	2	1	4	4	4	4	4
Björken - Avdelning sommar	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Hemtjänst Norr - Hemtjänst Norr	10	10	8	9	8	7	8	10	10	10	8
Hemtjänst söder - Hemtjänst söder	8	7	7	8	7	5	8	6	8	8	6
Norrevägen - Norrevägen	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4
Personlig assistans - Personlig assistans	6	5	4	6	6	4	3	6	5	6	5
Skogsgården - Skogsgården	10	7	10	10	10	7	10	10	10	10	10
Social psykiatri/apoteksgatan 5 - Social psykiatri/apoteksgatan 5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Teamet legitimerad personal - Teamet, legitimerad personal	8	8	8	8	8	8	7	7	8	8	6
Vinkelgatan - Vinkelgatan	10	7	10	10	10	7	8	9	9	10	7
Åtorp Björklövet - Åtorp / Björklövet	3	2	3	3	2	1	3	2	3	3	2
Åtorp Oasen - Åtorp / Oasen	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Åtorp Rehab - Åtorp / Rehab	10	10	10	10	10	10	8	7	8	10	5
Totalt	91	80	86	90	85	71	82	83	87	91	74

Resultatrapport egenkontroll 2022

Socialsektor

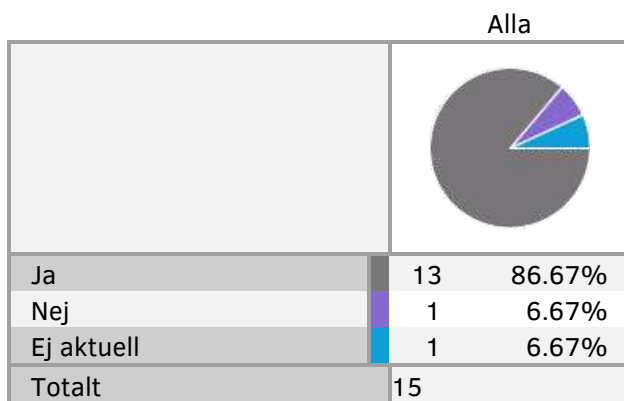
Höör 2022-06-01

Leona Stehn
Socialt ansvarig
sacionom (SAS)

Annika Atterlid Ohlsson
Medicinskt ansvarig
sjuusköterska (MAS)

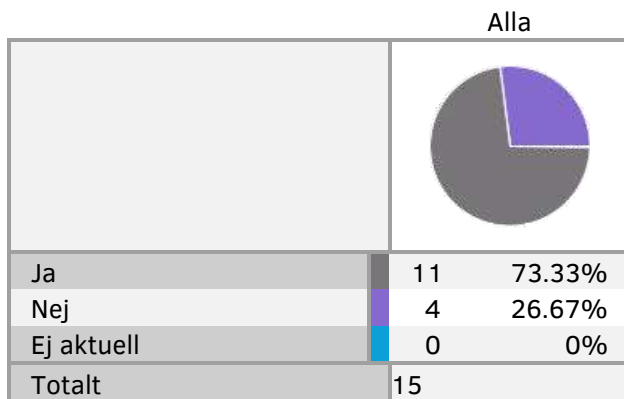
Malin Espersson
Medicinskt ansvarig
för rehabilitering (MAR)

1. Genomförs loggkontroll enligt rutin?



I huvudsak följs befintlig rutin, loggkontroll ska göras i samtliga av sektorns verksamheter.

2. Känner alla medarbetare till hur man ska hantera synpunkter och klagomål?

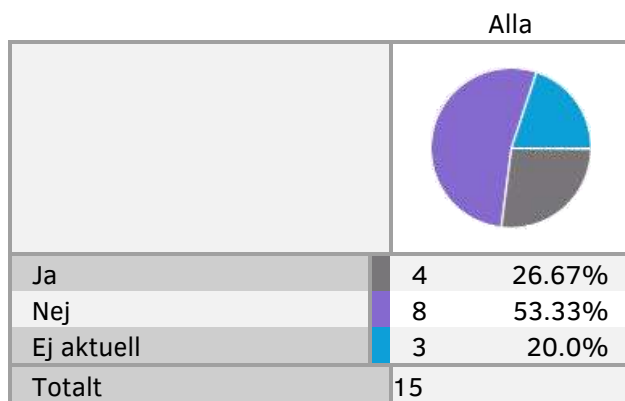


Här ser vi ett förbättringsområde, synpunkter och klagomål bör tas upp regelbundet på verksamhetens APT som en del i verksamhetens kvalitetsarbete. Är viktigt att medarbetarna får information om synpunkter och klagomål som inkommit samt får återkoppling på vad utredningen visat.

Det är även av vikt att medarbetarna vad de ska göra när de får en synpunkt/ett klagomål till sig muntligen, via mail eller skriftligen.

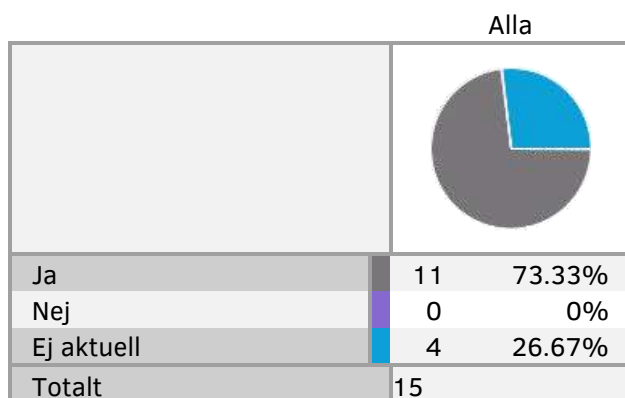
Det finns ett behov av att se över processen för synpunkter och klagomål samt revidera och publicera en rutin för detta.

3. Känner alla medarbetare till rutiner för registrering och diarieföring?



Här ser vi ett förbättringsområde. Det är av vikt att medarbetare i alla verksamheter vet att handlingar som lämnas på plats eller inkommer via deras mail eller via blankett eller brev kan vara sådana att de ska diarieföras. Det är viktigt att enhetschefer arbetar med detta i sina verksamheter och att medarbetare vänder sig till sin chef om de är osäkra.

4. Har alla medarbetare kunskap om anmälningsskyldighet när barn far illa?

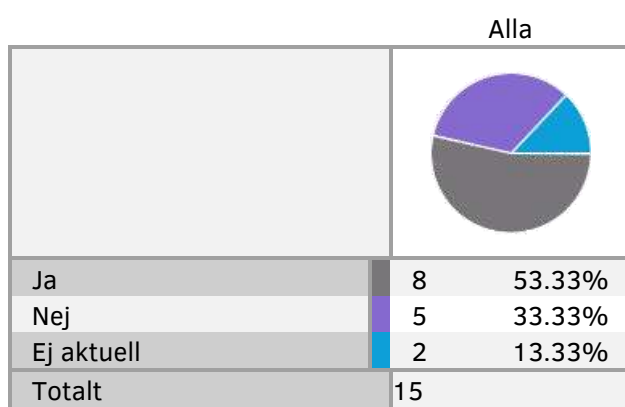


Alla som arbetar inom social sektor har en anmälningsskyldighet enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL) att vid misstanke om att ett barn far illa göra en anmälan till socialtjänsten.

Utifrån svaren ej aktuellt så bedömer vi att innebörden i anmälningsskyldigheten behöver förtydligas och det behöver även poängteras att det räcker att det finns en misstanke om att ett barn far illa, man behöver alltså inte veta att barnet far illa.

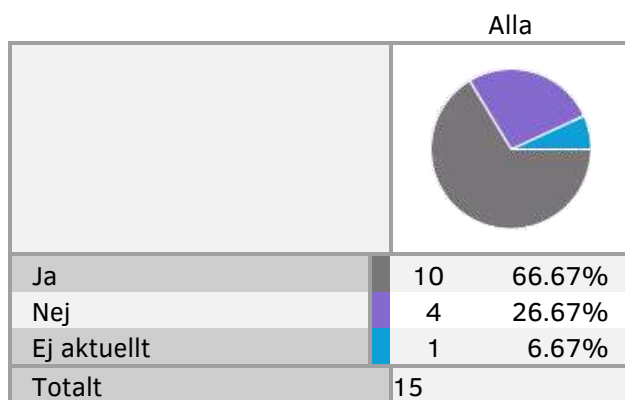
Samtliga medarbetare som arbetar i någon annans hem behöver känna till detta, likaså chefer utifrån ett medarbetarperspektiv då de kan få kännedom om något i en medarbetares personliga förhållande som kan innebära att det finns en risk att barn i dennes närhet far illa.

5. Finns verksamhetsnära plan för extrem väderhändelse?



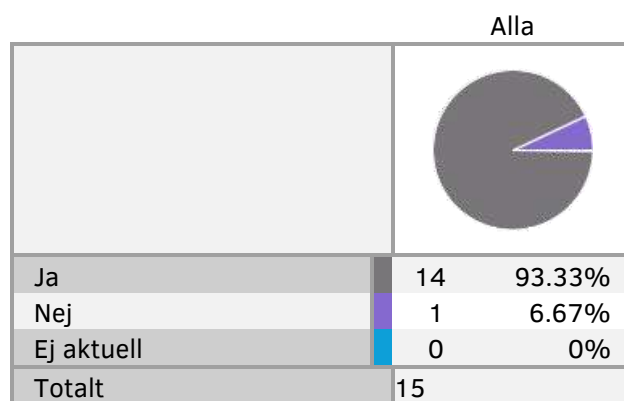
Rutinen bedöms vara mindre aktuell i verksamheter där medarbetarna endast arbetar med myndighetsutövning. Det finns dock en övergripande rutin som gäller alla verksamheter inom vård- och omsorg, denna rutin tas upp årligen inför sommaren så den ska vara känd i alla verksamheter. Möjligen kan en del av nej-svaren bero på att värmebölja inte exemplifieras i frågan.

6. Finns verksamhetsnära plan vid driftstörning i data och telefoni?



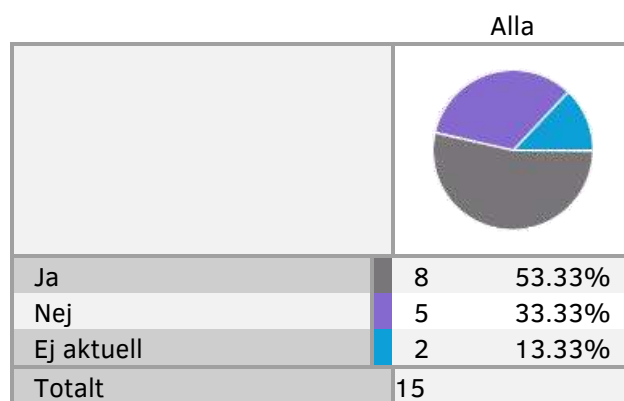
Rutiner/planer avseende detta saknas helt i kvalitetsledningssystemet förutom inom Hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det är dock troligt att det finns lokala rutiner i vissa verksamheter men att dessa inte är inlagda i kvalitetsledningssystemet. Befintliga rutiner ska läggas in i kvalitetsledningssystemet och de verksamheter som saknar rutin behöver upprätta detta samt lägga in dem i kvalitetsledningssystemet. Det saknas även övergripande rutiner kring driftstopp gällande samtliga verksamhetssystem i kvalitetsledningssystemet vilket behöver upprättas.

7. Har du som chef kunskap om delegationsordningen?



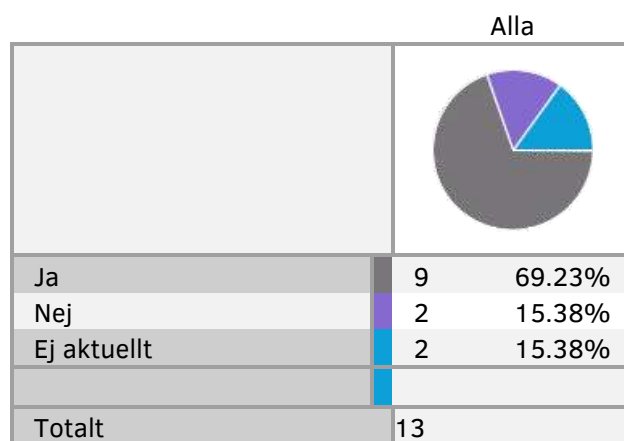
Delegationsordningen är välkänd i alla verksamheter utom en. Samtliga enhetschefer inom myndighetsutövning och verkställighet samt Hälso- och sjukvården behöver ha kännedom om delegationsordningen då den reglerar beslutsfattande även i rollen som enhetschef.

8. Har medarbetare kunskap om rutin för hur överlämning av medborgare ska ske mellan olika enheter?



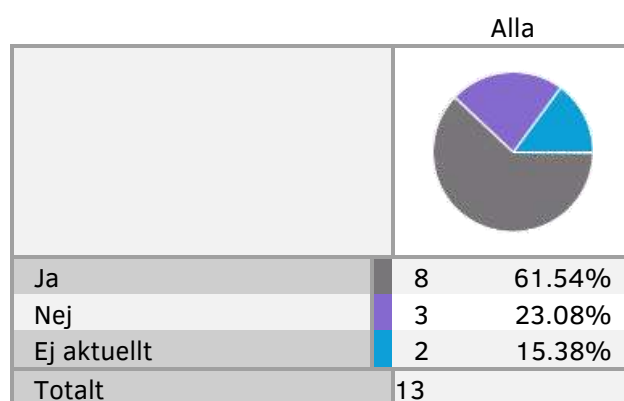
Här ser vi ett förbättringsområde då det är av vikt att överlämningar kan ske smidigt och säkerställa att nödvändig information överlämnas mellan verksamheterna. Det sker överlämningar hela tiden och det bör finnas rutiner för detta i samtliga verksamheter då vi vet att överlämningar alltid är förenat med en risk för medborgaren. Saknas rutin så bör rutin upprättas, finns rutin så kan det vara bra att lyfta den på APT samt lägga in den i kvalitetsledningssystemet.

9. Känner alla medarbetare till hur man ska hantera avvikelser inom Hälso- och sjukvårdens område?



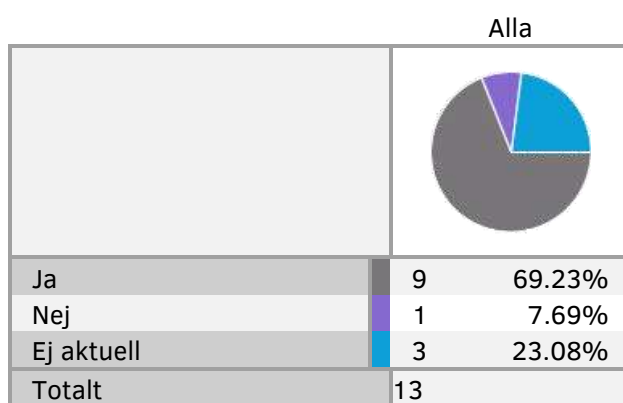
Avvikelsesystemet är nytt sedan årsskiftet vilket inneburit en del problem under införandet med bland annat felaktiga registreringar.

10. Har alla medarbetare genomgått webbutbildningen om basala hygienrutiner?

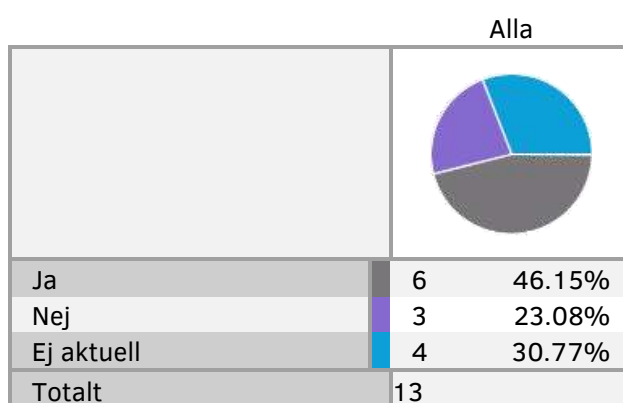


Enligt rutin så ska alla nyanställda genomgå utbildning om basala hygienrutiner under introduktionen, samtliga medarbetare inom vård- och omsorg ska därefter genomgå utbildningen årligen.

11. Har alla kunskap om och följer delegeringsrutinen?

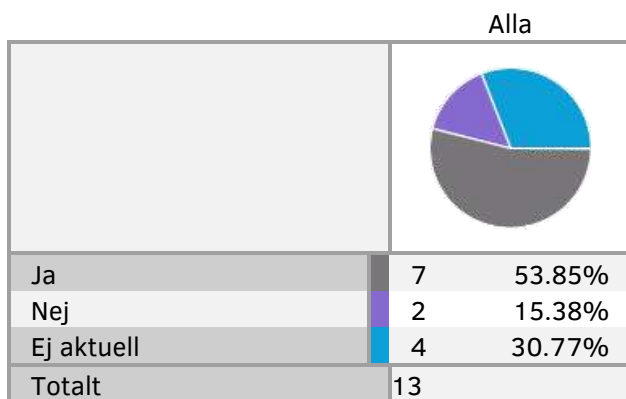


12. Har alla medarbetare som använder förflyttningshjälpmedel fått utbildning i hantering av dessa?

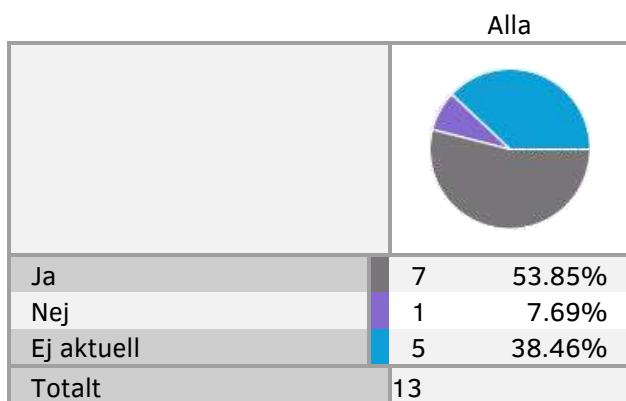


Nej-svaren kan bero på att covid-pandemin inneburit både restriktioner samt hög belastning på verksamheterna vilket medfört att antalet utbildningsplatser varit begränsat och behovet av antalet utbildningsplatser har inte kunnat tillgodoses.

13. Känner alla medarbetare till rutin för hantering av riskavfall?

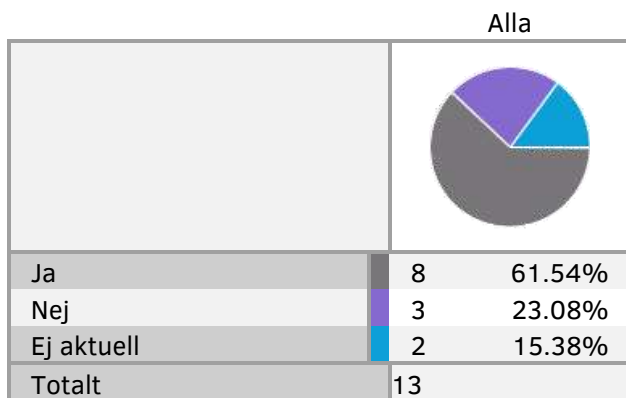


14. Följs den?



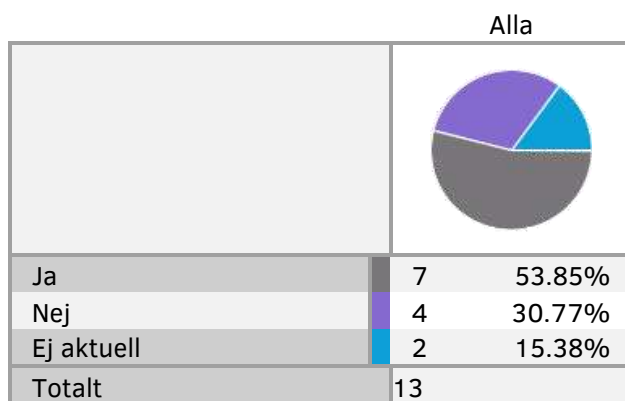
Frågorna 13 och 14 kommer inte att följas upp i nästa års egenkontroll då de handlar om medarbetarnas arbetsmiljö och inte har medborgarfokus.

15. Känner alla medarbetare till rutin för rengöring av hjälpmedel?

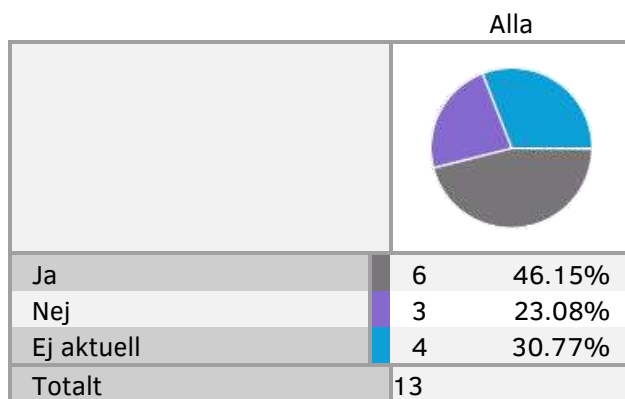


Inom hemtjänsten har man svarat nej på denna frågan. Det kan bero på att rengöringen av hjälpmedel genomförs av LOV-företagen inom ramen för servicetjänster.

16. Följs den?

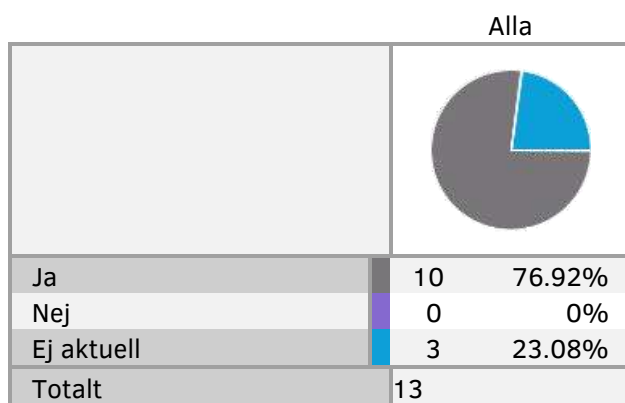


17. Arbetar enheten aktivt med att undvika nattfasta över 11 timmar?



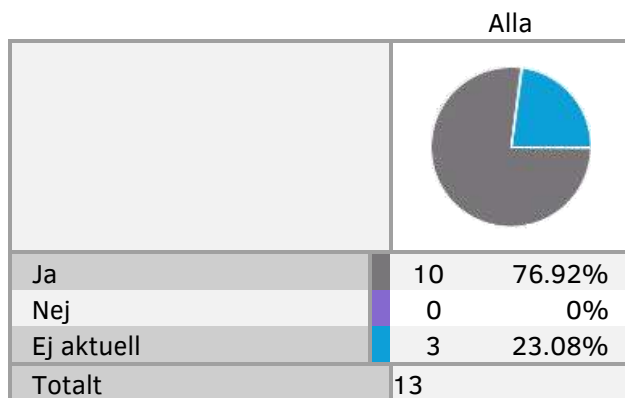
Samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen samt gruppbostäder inom omsorg om personer med funktionsnedsättning arbetar aktivt med nattfastan. Hemtjänsten och sjuksköterskeorganisationen har svarat att man inte arbetar med detta. Detta är ett förbättringsområde då samtliga verksamheter bör arbeta aktivt med att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar. Nattfasta ska tas med vid riskbedömningar enligt Senior Alert, MNA etc.

18. Känner medarbetare till läkemedelsrutinen?



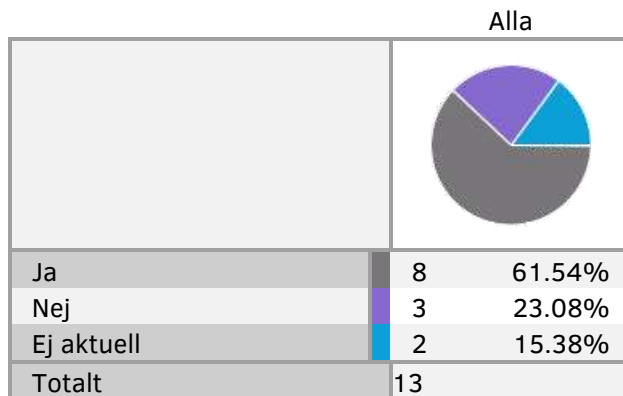
Rutinen är väl implementerad och känd i samtliga verksamheter.

19. Följs rutinen?



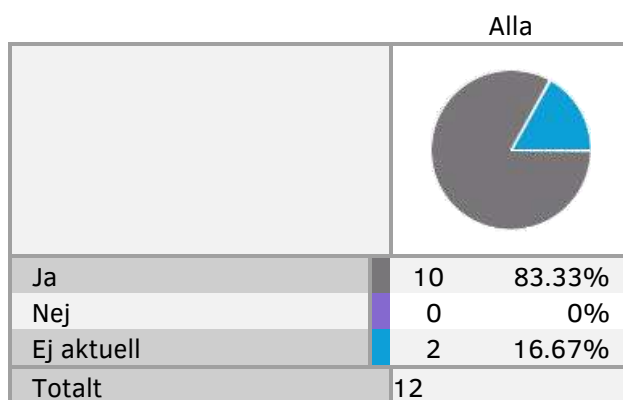
Rutinen efterföljs i samtliga verksamheter inom vård- och omsorg.

**20. Känner alla medarbetare till rutinen avseende skyddsåtgärder?
(Skydds- och begränsningsåtgärder)**

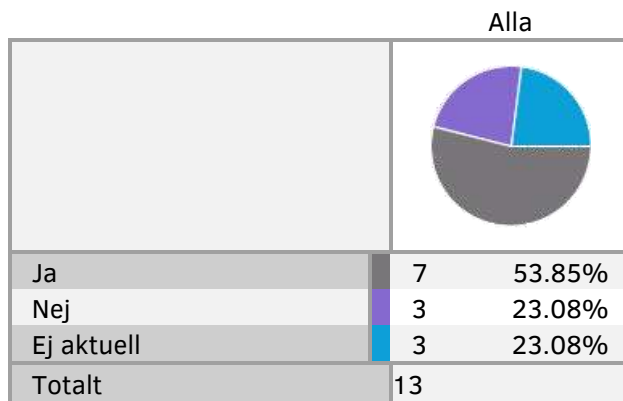


Rutinen kommer att tas upp på kvalitetsträff med samtlig legitimerad personal.
Rutinen har även aktualiserats och lyfts med verksamhetschef och enhetschefer efter en
lex Maria-anmälan har gjorts vilken handlade om skydds- och begränsningsåtgärder.

**21. Känner alla medarbetare till hur sjuksköterska ska kontaktas och när
detta ska ske?**

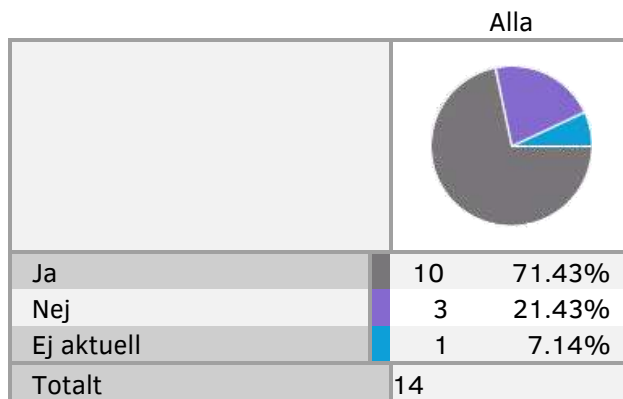


22. Känner alla medarbetare till SBAR?



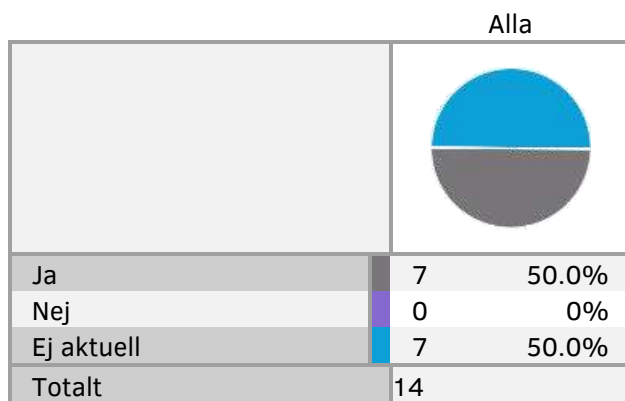
Detta är ett förbättringsområde då samtliga verksamheter inom vård- och omsorg (ÄO, OF och HS) ska känna till detta. Rutinen bör lyftas och gås igenom i berörda verksamheter.

23. Känner alla medarbetare till hur man ska hantera avvikelser inom Socialtjänstens område?



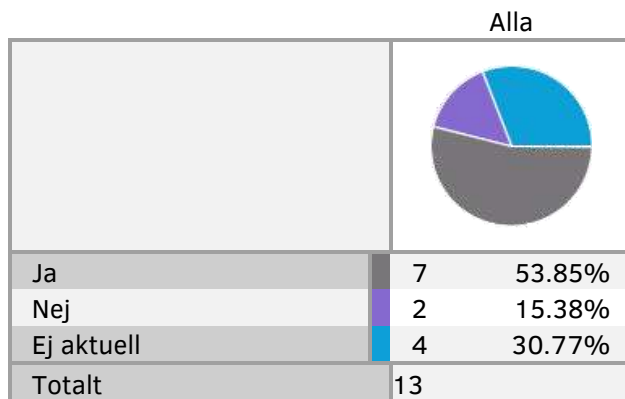
Rutin för avvikelser finns i kvalitetsledningssystemet och bör gås igenom regelbundet i samtliga verksamheter.

24. Har alla medborgare en utsedd kontaktperson (SoL/ LSS)?



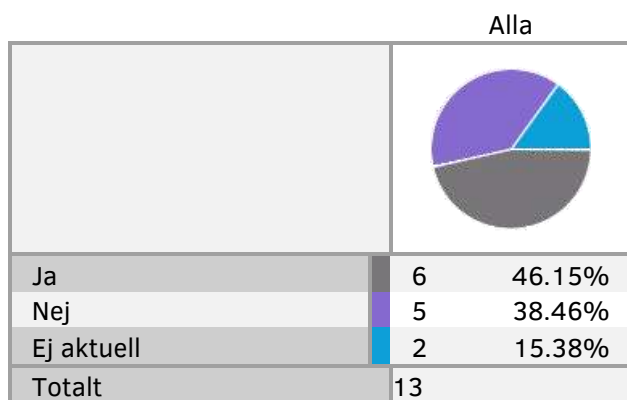
Utsedd kontaktperson finns i samtliga verksamheter där det är relevant.

25. Har alla medborgare en aktuell genomförandeplan som är uppdaterad?



Här ser vi ett förbättringsområde vilket flera verksamheter också har påtalat. Handböcker har upprättats inom Omsorg om personer med funktionsnedsättning (OF) och håller på att implementeras, samma arbete behöver göras inom äldreomsorgen och myndighetsutövningen.

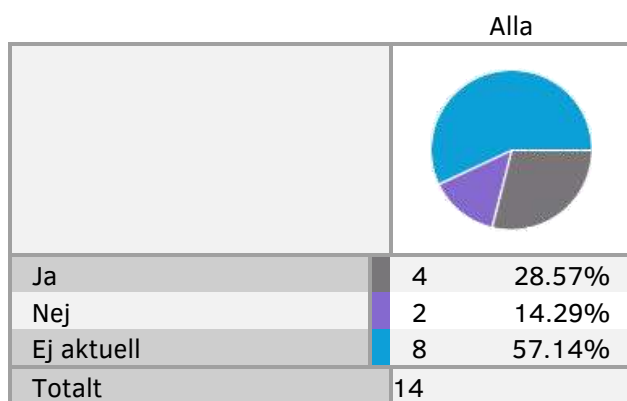
26. Har alla/ samtliga anställda medarbetare fått årlig info om rapporteringsskyldighet och lex Sarah?



Här ser vi ett förbättringsområde. Rutiner och dokument finns i kvalitetsledningssystemet och svaren visar att dessa inte är kända i verksamheterna.

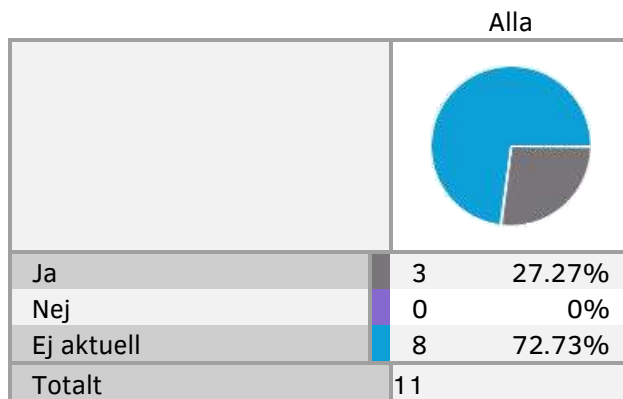
Lex Sarah med tillhörande rapporteringsskyldighet bör gås igenom i samtliga arbetsgrupper (SoL/LSS) minst en gång årligen, en powerpoint-presentation har upprättats som kan användas som stöd i detta.

27. Har alla medarbetare inom myndighetsutövning ÄO, IFO, OF kunskap om delegationsordningen?

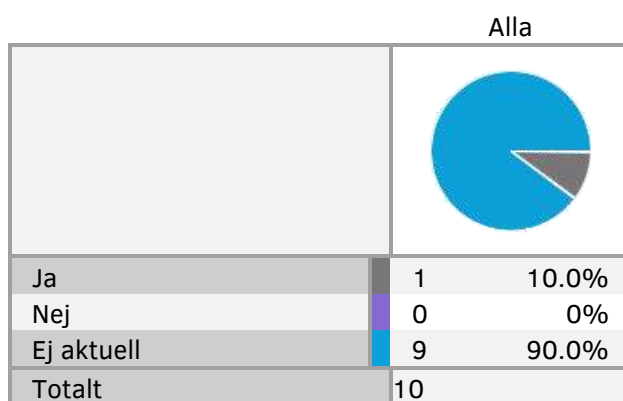


Här finns ett förbättringsområde då all myndighetsutövning inom sektorn utgår från delegationsordningen. Delegationsordningen reglerar vem som får fatta vilka beslut samt utifrån vilket lagrum.

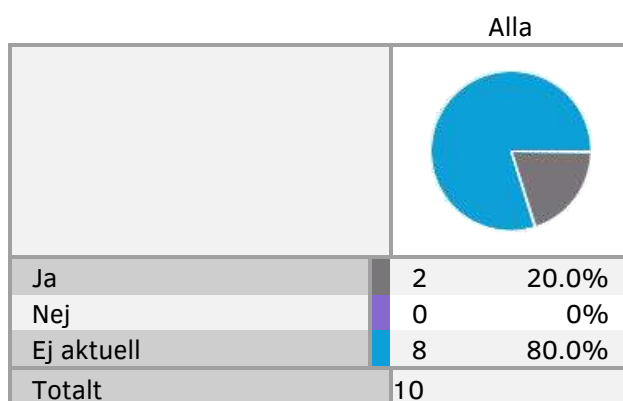
28. Har alla patienter Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (HSL)?



29. Har samtliga sjuksköterskor kunskap om vilka rutiner som finns för att ta kontakt med läkare?



30. Sker periodisk inspektion av lyftselar enligt beslutat intervall?



Sammanfattning

Egenkontrollen har visat vissa förbättringsområden som verksamheterna behöver arbeta med. En del rutiner behöver upprättas ute i verksamheterna och nya men även befintliga rutiner behöver publiceras i kvalitetsledningssystemet.

SAS, MAS och MAR behöver se över processen för synpunkter och klagomål samt upprätta rutin.

Systemförvaltarna behöver upprätta rutin/plan för driftsstopp i sektorns olika verksamhetssystem.

Berörda verksamheter behöver ta upp följande regelbundet i sina arbetsgrupper;

- Rutinen för lex Sarah och innebörden i rapporteringsskyldigheten
- Anmälningsskyldighet vid misstanke om att barn far illa
- Rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder
- Avvikelsehantering inom SoL/LSS
- SBAR
- Delegationsordningen
- Verksamhetsnära plan för extrem väderhändelse såsom värmebölja
- Registrering och diarietföring
- Nattfasta

Ett förbättringsarbete kring genomförandeplaner behöver också påbörjas inom äldreomsorgen och myndighetsutövningen.

Nästa års egenkontroll kommer att vara en uppföljning på de förbättringsområden som identifierats, övriga frågor där inga förbättringsåtgärder krävs kommer inte att tas med däremot kan andra områden tillkomma.