

Patientsäkerhetsberättelse

För Eslövs kommun

År 2023

Med plan för 2024



Datum
20240301
Ansvarig för innehållet
Pia Arndorff, MAS
Marie Hansson, MAR
Diarienummer VOO 2024/130

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	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	13
Riskhantering	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	23
Klagomål och synpunkter	32
Öka riskmedvetenhet och beredskap	33
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	35

SAMMANFATTNING

En viktig del av patientsäkerhetsarbetet under 2023 har handlat om Nära vård och hur hälso- och sjukvårdskunskap ska kunna säkras i framtidens hemsjukvård. Här har frågan om delegeringar varit viktig. Ännu finns inga lösningar på denna fråga och den kommer att fortsätta under 2024.

Basala hygienrutiner har fortsatt att vara i fokus och mätningar visar att vi under 2023 minskat något i efterlevnad, men fortsatt har en bättre efterlevnad än före pandemin. Nu gäller det framöver att hålla i och ytterligare öka efterlevnaden. Givetvis måste målsättningen för efterlevnad av basala hygienrutiner vara 100 procent, vilket det fortfarande inte är. Ett problem är att SKR avslutat sin punktprevalensmätning (ppm) gällande basala hygienrutiner. Detta gör att andra sätt att mäta efterlevnad måste användas fortsättningsvis.

Arbetet med att förbättra dokumentationen har fortsatt under 2023. Ett arbete med skapandet av standardvårdplaner har inletts och planen är att flera standardvårdplaner kommer att vara igång under 2024.

Arbetet med riskbedömningar i senior alert är en viktig del av att arbeta förebyggande med risker. Under 2023 har arbetet med riskbedömningar fortsatt inom vård och omsorgsboende och det har startats upp i hemsjukvården. Under hösten 2023 genomfördes utbildningsinsatser inom funktionsnedsättning för att även de ska kunna starta upp. Tyvärr hanns inte detta med under 2023, men planeras genomföras under 2024.

Det finns ett stort engagemang i verksamheten kring patientsäkerhetsfrågor. Samtliga medarbetare har deltagit i patientsäkerhetsarbetet. Personal har bidragit genom att identifiera och anmäla avvikelser. Det är genom att hitta risker och analysera vad som skett, som organisationen kan lära och inte göra om samma sak. Ett stort arbete har pågått gällande den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.

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 §

Mål för 2023

- Ökad efterlevnad av basala hygienrutiner
- En utveckling av dokumentationen
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande minskning av antalet patienter med trycksår samt minskning av antalet sår
- Utveckling av vård i livets slut
- Lokala vårdprogram inom rehabilitering

Organisation och ansvar

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

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet har under 2023 varit organiserat enligt följande:

Vård och omsorgsnämnden

Vård och omsorgsnämnden är vårdgivare och har det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera hälso- och sjukvården på ett sätt som leder till att kravet på en god och säker vård upprätthålls. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

Inom kommunen är förvaltningschefen för vård och omsorg verksamhetschef enligt HSL. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun finns en MAS. I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetschefen HSL ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas för den kommunala hälso- och sjukvården.

MAS har ett särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner
 - för läkemedelshantering
 - rapportering av avvikelser
 - för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd kräver det.

I förvaltningen är MAS ansvarig för att händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Enligt HSL 11 kap 4§ får en fysioterapeut eller arbetsterapeut ansvara för att fullgöra det ansvar som åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska inom ett verksamhetsområde som i huvudsak omfattar rehabilitering.

I Eslövs kommun finns en MAR utsedd. Då MAR i Eslöv har en tudelad tjänst som fysioterapeut och MAR finns en intern ansvarsindelning där MAS ansvarar för utredningar av allvarligare karaktär.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen ska planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheterna inom sin verksamhet.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef enligt HSL, verksamhetschef och MAS har fastställts är kända och följs i verksamheten. Enhetschefen ansvarar även för att förutsättningar finns för hälso- och sjukvårdspersonal att utföra god och säker vård inkluderat att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet inom sitt ansvarsområde 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 som har delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför

delegerade uppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonal ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Patientnämnden

Om patient eller närstående vill framföra ett klagomål till vårdgivare kan patienten vända sig till patientnämnden. Patientnämnden fattar inga medicinska beslut, men kan hjälpa och stödja patienten i att få sina klagomål framförda och besvarade av vårdgivaren.

De klagomål som kommer in till patientnämnden framförs till vårdgivaren som genom sin utredning av klagomålet kan hitta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO utövar tillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet inom lagområdet Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I tillsynsuppdraget ingår handläggning av anmälningar som lex Maria.

IVO utreder endast allvarligare händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit.

Ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete

SOSFS 2011:19 gäller sedan 2012 och beskriver hur ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara uppbyggt. Ledningssystemet ska beskriva hur de olika nivåerna i organisationen ska arbeta för att främja en hög patientsäkerhet. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser kring hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens kvalitetsdefinition är den ram som ska fyllas med innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter.

För att ta reda på vad som är kvalitet för respektive verksamhet måste en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och föreskrifter göras. Arbetet med kartläggning av lagar och föreskrifter måste pågå fortlöpande, då dessa förändras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur Vård och Omsorgs verksamhet för hälso- och sjukvård 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
- Samordnad vårdplanering, rutiner vid samordnad vårdplanering.
- 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.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

- Åtkomstkontroller (loggar)
Enligt rutin ska chefer eller utsedda funktioner på olika nivåer göra åtkomstkontroller enligt fastställt intervall. Kontroller görs i verksamhetssystemen Life Care HSL modul och Nationell patientöversikt (NPÖ)
- Inloggning med SITHS-kort. 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), Alfa eCare Signit (digital signering), kvalitetsregistret Senior alert, Svenska palliativregistret och BPSD samt utfärdande av tandvårdskort.
- Behörighetsstyrning till patientjournalen. Arbete pågår löpande för att säkra upp att behörigheter inte är större än nödvändigt.

En god säkerhetskultur

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



- Regelbundna möten mellan MAS och sjuksköterskor hålls. Mötesfrekvensen är en gång per månad. Mötenas innehåll har baserats på aktuella patientsäkerhetsrelaterade frågor såsom återkoppling av utredningar, dokumentation, genomgång av reviderade rutiner, delegeringsprocessen, riskanalyser, förbättringsområden och planerade åtgärder samt dialog om olika frågeställningar och utmaningar.
- MAR har möten med fysioterapeuter och arbetsterapeuter fyra gånger per år. Innehållet i dessa möten liknar de som MAS har med sjuksköterskor.
- MAS och enhetschef för sjuksköterskorna har regelbundna träffar varannan vecka för samtal kring patientsäkerhetsrelaterade frågor.
- MAS skickar regelbundet information till enhetschefer gällande till exempel hygienåtgärder eller förändrad samverkan med region Skåne. Denna information läggs även upp på vård och omsorgs intranät.
- Enhetschef har regelbundna genomgångar av avvikelser tillsammans med arbetsgruppen. Avvikelsen diskuteras och åtgärder för att förhindra upprepning tas fram.
- Samverkan mellan vård och omsorg och de fyra vårdcentralerna i Eslöv. MAS, MAR och enhetschef för sjuksköterskorna samt enhetschef för rehab träffar de fyra verksamhetscheferna en gång per månad.
- MAS, MAR och SAS har regelbundna träffar för att säkerställa att HSL och SoL arbetar åt samma håll med gemensamma patienter.
- En tvärprofessionell arbetsgrupp för arbete med kognitiv svikt finns inom vård och omsorg för ett sammanhållet arbete enligt nationella riktlinjer för vård och omsorg för demenssjuka.

- Ett planerat och strukturerat tvärprofessionellt teamarbete sker regelbundet i verksamheterna kring patientens behov
- Ett ökat arbete med nationella kvalitetsregister

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.



- Webbaserad utbildningsplattform finns för att underlätta för medarbetare att kunna tillgodogöra sig kunskap vid tillfällen som passar dem. Enhetschef ska fortfarande ge förutsättningar för utbildning, men det kan ske med en individuell planering. I utbildningsplattformen finns det olika utbildningar som riktar sig till samtliga personalgrupper. Det finns en del utbildningar som är obligatoriska som t ex basala hygienrutiner, jobba säkert med läkemedelshantering och teoretisk förflyttnings- och lyftteknik. Det finns även andra utbildningar som enhetschef kan begära att medarbetaren genomgår eller som den enskilde själv väljer att genomgå.
- Vård och omsorg har tagit fram en kompetensförsörjningsplan för att säkerställa rätt kompetens på alla nivåer inom vård och omsorg framöver

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

- *Samordnad individuell plan (SIP)*
Genom samordnad individuell plan (SIP) samverkar vårdgivare med den enskilde och vid behov med närstående. För att genomföra en SIP behövs den enskildes samtycke. Syftet med SIP är att identifiera den enskildes behov och göra denne delaktig i planeringen. Genom att genomföra SIP kan den enskilde tidigt erbjudas insatser, insatser kan samordnas och tydliggöras, för att möjliggöra en god och nära vård socialtjänst av god kvalitet.
- *HSL pärm*
Varje patient som är berättigad kommunal hemsjukvård får en pärm, där bland annat ordinationer och kontaktuppgifter finns lättillgängliga. Syftet med innehållet i pärmen är att all personal runt patienten ska ha lättillgänglig information för att kunna ge rätt och säker vård samt omsorg med god kvalitet. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och delaktig genom att ha sin aktuella planering och kontaktuppgifter lättåtkomligt i sin bostad.
- *Synpunkts-och klagomålshantering*

I samband med synpunkter, klagomål och avvikelser involveras patienter och närstående i den omfattning som krävs och är möjligt.

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.

Efter att det långsiktiga strategiska patientsäkerhetsarbetet fått stå tillbaka under coronapandemin, så har under 2023 arbetet med detta åter kommit igång. En fortsatt stor personalomsättning är ett hinder för detta arbete.

Förbättringsområden inom systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har identifierats i samband med avvikelser och utredningar under det gångna året. Åtgärder, egenkontroller och uppföljningar relaterade till dessa förbättringsområden har dels utförts och dels påbörjats under 2023.



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.



Avvikelsehantering

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normalt eller förväntat förlopp. Målet med avvikelsehanteringen är att alla avvikande händelser rapporteras. Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. I samband med att avvikelse gällande hälso- och sjukvård inträffar ska alltid legitimerad yrkesutövare kontaktas för bedömning om akut åtgärd.

Alla avvikelser ska dokumenteras i Vård och Omsorgs avvikelssystem. Händelserna utreds i verksamheten, en första utredning görs alltid av enhetschef. Första bedömning och identifiering av vad, varför och vem ska göras inom fem dagar och hela utredningen ska i normalfallet vara klar inom en månad. Legitimerad personal utreder händelser som delegerad personal utfört och enhetschefer för sjuksköterskor respektive rehabilitering utreder avvikelser som gäller legitimerad personal. Allvarliga händelser utreds av MAS som beslutar om anmälan enligt lex Maria till IVO.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan inkomma muntligt eller skriftligt. Den som mottar klagomålet eller synpunkten, oavsett hur den inkommit, för in det i avvikelssystemet. Enhetschef ansvarar för utredning och svar till den som lämnat klagomål eller synpunkt. Är allvarlighetsgraden 3-4 lämnas klagomålet till MAS för vidare utredning.

Klagomål och synpunkter som kommer via IVO eller patientnämnd förs in i avvikelssystemet av MAS eller MAR. MAS eller MAR beslutar om allvarlighetsgrad. Är allvarlighetsgraden hög utreder MAS eller MAR händelsen, bedöms allvarlighetsgraden som lägre skickas händelsen till chef för utredning.

Oavsett hur klagomål eller synpunkt inkommit ska svar ges så snart som möjligt, dock senast efter fyra veckor. Tar en utredning längre tid ska kontakt tas med den som inkommit med klagomålet med information om att längre tid krävs för utredning.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen (ppm – punktprevalensmätning)
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år 1 gång per år	PPM databasen Uppföljning arbete med handlingsplaner BHR
Avvikelser	1 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	PPM-databasen, Senior alert

Enhetscheferna upplevelse av arbete med patientsäkerhet	1 gång per år	Enkätverktyg
Nattfasta	1 gång per år	Enkät med efterföljande analys
Vård i livets slut	1 gång per år	Patientjournal, Palliativ registret
Utförda HSL ordinationer/instruktioner	1 gång per år	Alfa e-signering

Vårdskador

MAS har under året inte anmält någon allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO.

IVO har under 2023 fortsatt sin omfattande granskning av äldrevården. Under våren 2023 kom beslut från IVO gällande den granskning de gjort i Eslöv. IVO riktade kritik mot omvårdnadspersonals kunskap gällande hälso- och sjukvård, omvårdnadspersonals språkkunskaper, legitimerad personals dokumentation samt vård i livets slut. Vård och omsorgs ledningsgrupp för hälso- och sjukvård gjorde upp en handlingsplan som IVO godkände. Strax innan sommaren beslutade IVO att avsluta granskningen av Eslöv.

Patientnämnden

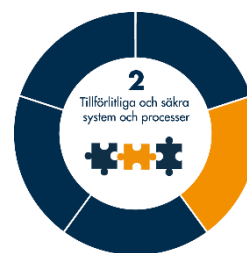
Under 2023 har det inkommit ett ärende till Patientnämnden gällande patient i Eslöv. Det gällde patient som klagade över lång väntetid för att få hjälpmedel. Patienten önskade enbart få lämna sin synpunkt och ville ej ha något svar.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för analys, uppföljning och omprövning av patientens läkemedelsanvändning.

Läkemedelsgenomgång genomförs på ett strukturerat och systematiskt sätt. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitén och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Det kräver en god samverkan mellan behandlande läkare, farmaceut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.



Basala hygienrutiner

Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården är en mycket angelägen patientsäkerhetsfråga. Förutom deltagande i SKR:s årliga punktprevalensmätning (ppm) gällande basala hygienrutiner så arbetar vi med egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner. Egenkontrollen är rekommenderad av vårdhygien Skåne. Enhetschefer i verksamheten har ansvar för att upprätta handlingsplan och sätta in åtgärder efter den analys som MAS var med och utförde i verksamheterna under hösten 2022. Under 2023 har arbetet med hygienombud i verksamheterna åter startats upp efter att ha legat vilande under pandemin.

Delegeringar

Delegering ska ske när det underlättar för patienten att få en god och säker vård. Delegering är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Hälso- och sjukvårdens delegering försvåras när rätt grundkompetens saknas hos vårdpersonal och när personalomsättningen är stor. Alla delegeringar kräver en ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal och när hen slutar måste ersättaren försäkra sig om personalens kunskaper och kompetens innan ny delegering kan utfärdas. Delegering är en tidskrävande process, men det är väldigt viktigt att alla steg genomförs och att den legitimerade personalen känner sig säkra på kunskapsnivån hos den som ska delegeras. Det blir en stor patientsäkerhetsrisk om personal som saknar kunskap genomför hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vid utgången av 2023 fanns inom vård och omsorg 1422 delegerade arbetsuppgifter fördelade på 974 omvårdnadspersonal. Detta är en ökning med 232 delegeringar sedan 2022 och en ökning med 104 unika individer. Enligt författningar gällande delegering ska legitimerad personal, inom vård och omsorg oftast en sjuksköterska, ansvara för att den delegerade omvårdnadspersonalen har en tillräcklig kunskap för att utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift. Den legitimerade personalen har dessutom ett uppföljningsansvar där man regelbundet ska följa upp den delegerades kunskapsnivå. Uppföljningen ska ske minst en gång per år.

Inom vård och omsorg finns det 27 sjuksköterskor som är omvårdnadsansvariga. Det är dessa 27 sjuksköterskor som sköter delegering och utvärdering. När 27 sjuksköterskor har 974 medarbetare delegerade så innebär detta att varje sjuksköterska har i snitt 36 omvårdnadspersonal att delegera samt följa upp.

Ett av de områden IVO kritiserade vård och omsorg på i sin granskning var att det brister i uppföljningen av delegeringar. Det sker inga uppföljningar under året, utan uppföljning sker i samband med ny delegering. Detta problem uppstår när varje sjuksköterska har runt 36 omvårdnadspersonal som först ska delegeras och sedan följas upp. Då vi ser en trend som visar på mer avancerad vård i hemmet, så kommer antalet delegeringar att fortsätta att öka samtidigt som delegeringar på mer avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter också ökar.

Under 2024 behöver det påbörjas ett större arbete kring framtidens hemsjukvård i Eslöv. En utredning behöver göras kring hur en patientsäker vård kan upprätthållas, utan att utöka delegeringen av avancerad hälso- och sjukvård.

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.



- **Låg kontinuitet**

Den minskade kontinuiteten av legitimerad personal generellt inom vård- och omsorg leder till sämre följsamhet till riktlinjer, svårighet att upprätthålla förtroende och trygghet hos patienter samt att kompetens går förlorad. Med en kartläggning av

arbetsmiljöfaktorer och kunskap samt riktade långsiktiga kompetensåtgärder finns en förhoppning om att vända trenden.

- **Hälso- och sjukvårdskompetens**

Omvårdnadspersonal med ibland ganska låg hälso- och sjukvårdskunskap förväntas utföra relativt avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De förväntas även göra detta väldigt självständigt i patientens hem. Inom LSS finns ett behov av att anställa pedagoger, men samtidigt har vård och omsorg ett lagstadgat hälso- och sjukvårds ansvar inom detta område. Med fler anställda pedagoger kommer vi ännu längre bort från hälso- och sjukvårdskunskapen. Det långsiktiga arbetet för att kartlägga och anställa sjukvårdskompetens måste även innefatta denna del. Då det är svårt att rekrytera de sjuksköterskor som det finns behov av så har vård och omsorg under 2023 fortsatt med att ha undersköterskor anställda inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. De arbetar enbart med hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har en högre hälso- och sjukvårdskompetens och kan därmed på ett säkert sätt avlasta sjuksköterskorna med en del arbetsuppgifter. Trots detta utförs mycket av den kommunala hälso- och sjukvården av delegerad personal ute i verksamheterna.

- **Nära vård**

Arbetet med nära vård gör att vård och omsorg behöver se över hur hälso- och sjukvårdsverksamheten ska se ut i framtiden. Nära vård kommer troligen att leda till att en ännu mer avancerad hälso- och sjukvård kommer att genomföras i hemmet och detta måste vård och omsorg kunna hantera personalmässigt och kompetensmässigt.

- **Sjukhus hemma**

Under 2023 har information gått ut om att region Skåne beslutat att införliva Eslöv i konceptet sjukhus hemma. Detta är ett koncept som fungerat väldigt bra i Malmö, men ser lite annorlunda ut där än vad som planeras ske i mellersta via SUS Lund. Vi vet ännu inte hur detta koncept kommer att påverka vård och omsorg. Start är januari 2024.

- **Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet**

Patientsäkerhetslagen säger att alla vårdgivare är skyldiga att arbeta systematiskt med patientsäkerhet. Socialstyrelsen har därför tagit fram en nationell handlingsplan. Den nationella handlingsplanen måste anpassas lokalt och för detta har socialstyrelsen och SKR gemensamt tagit fram ett verktyg. Vård och omsorg har under 2023 fortsatt arbetet med en lokalanpassad handlingsplan. I detta arbete använder vi oss av det verktyg som tagits fram. Beslutet om arbetet har tagits av tjänstemän på förvaltningsnivå och nämnden har informerats om arbetet. Arbetet leds av MAS och MAR. I arbetsgruppen finns representanter från alla verksamheter och verksamheterna representeras av enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Även SAS är inbjuden till dessa möten för att hållas informerad om eventuella förändringar i arbetssätt som kan påverka arbetet inom SoL.

- **Dokumentation**

Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap 6§ ansvarar MAS och MAR för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. MAS och MAR genomför därför årligen journalgranskningar för att säkerställa kvaliteten. Under dessa granskningar har MAS och MAR funnit brister. Under 2023 har därför det gemensamma arbetet för en patientsäker dokumentation fortsatt. Bristande dokumentation var ett område där IVO kritiserade vård och omsorg i sin granskning. MAS, MAR och SAS har tillsammans med systemförvaltare och superanvändare bedrivit ett arbete för att systematisera dokumentationen genom användning av standardvårdplaner och frastexter.

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.

Utredningarna i avvikelssystemet innebär ett arbetssätt där fokus ligger på att skapa åtgärder för att förhindra upprepning samt att utvärdera dessa åtgärder. Riskanalyser görs fortlöpande relaterat till de avvikelser som inkommer. För att säkerställa efterlevnad av rutiner genomförs egenkontroller.

Arbetet med vårt avvikelssystem fortsätter. De problem som uppmärksammades under 2022 för legitimerad personal att genomföra korrekta utredningar i systemet har fortsatt under 2023, trots genomförda utbildningsinsatser. Då det är viktigt för vårt kvalitetsarbete att säkerställa korrekt hantering av avvikelserna kommer fortsatta insatser gällande att hitta ett bra arbetssätt att fortsätta under 2024.

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.



Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister

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

Vård och omsorg är anslutet till de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD-registret och Palliativ registret. Nationella kvalitetsregister används för förbättringar i patientvården genom systematisk riskidentifiering, insättning av åtgärder, utvärdering av åtgärder och utvärdering. Genom ett strukturerat teamarbete kan risker identifieras tidigt och åtgärder sättas in.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att arbeta förebyggande med vårdskador avseende fall, nutrition, trycksår och ohälsa i mun. Genom individuella riskbedömningar tas åtgärder fram och uppföljningar planeras in. I Senior Alert systematiseras det preventiva arbetssättet på individnivå och vårdgivaren ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer.

Under 2023 gjordes mätningar på både vård och omsorgsboende och i ordinärt boende. Mätningarna i ordinärt boende startade under våren 2023.

Uppåt	Unika personer	varaprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Eslövs kommun	327	89% ↑ 504 av 565	79% ↓ 400 av 504	92% ↓ 462 av 504	70% ↑ 326 av 464	38 ↑ 25 personer	104 ↑ personer	42 ↓ 29 personer	123 ↑ personer
Trycksår		29% ↑ 162 av 565	79% ↓ 128 av 162	96% ↓ 155 av 162	71% ↓ 104 av 146				
Undernäring		46% ↑ 259 av 565	93% ↓ 241 av 259	93% ↓ 242 av 259	73% ↑ 184 av 251				
Fall		74% ↑ 417 av 565	95% ↓ 395 av 417	94% ↓ 392 av 417	71% ↑ 271 av 383				
Munhälsa		41% ↑ 229 av 562	74% ↓ 170 av 229	91% ↓ 208 av 229	75% ↓ 149 av 198				

Uppåt	Unika personer	varaprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Eslöv Hemsjukvård	70	92% ↑ 66 av 72	65% ↑ 43 av 66	71% ↑ 47 av 66	41% ↑ 9 av 22	2 ↑ 2 personer	25 ↑ personer	1 ↑ 1 personer	26 ↑ personer
Trycksår		19% ↑ 14 av 72	79% ↑ 11 av 14	100% ↑ 14 av 14	75% ↑ 3 av 4				
Undernäring		46% ↑ 33 av 72	88% ↑ 29 av 33	76% ↑ 25 av 33	46% ↑ 6 av 13				
Fall		72% ↑ 52 av 72	96% ↑ 50 av 52	75% ↑ 39 av 52	35% ↑ 7 av 20				
Munhälsa		54% ↑ 37 av 69	51% ↑ 19 av 37	76% ↑ 28 av 37	58% ↑ 7 av 12				

Resultatet av 2023 års mätningar visar att 327 unika personer riskbedömts. I 89 procent av riskbedömningarna har en risk identifierats. I 92 procent av fallen med funnen risk har en åtgärdsplan satts in. I 70 procent av fallen där en åtgärdsplan satts in finns det dokumenterat att åtgärden är utförd och uppföljd. Detta är en förbättring sedan 2022 och en återgång till det resultat vi hade 2021 då utförda åtgärder vid risk också låg på 70 procent.

Då grundtanken i ett förbättringsarbete är att en risk ska identifieras, åtgärdsplan ska sättas in och åtgärder ska följas upp och eventuellt justeras, så är det ett problem att uppföljningsdelen enbart utförs i 70 procent av riskbedömningarna så här finns en viktig utvecklingsdel.

Under 2023 startade arbetet med att riskbedöma patienter enligt Senior Alert i ordinärt boende. Resultatet visar att 70 unika personer riskbedömdes under 2023 och av dem såg man en risk hos 92 procent. En anledning till att andelen patienter som bedöms ha risk är så hög, är att när mätningarna startade så ombads sjuksköterskorna att starta med de patienter som de bedömde hade de största riskerna. När mätningarna kommer längre så får uppföljningar göras om risknivån kvarstår vid så högt värde.

Ett fortsatt utvecklingsarbete måste också ske gällande åtgärdsplaner och uppföljningar, där resultatet idag är alldeles för låg i mätningarna i ordinärt boende. Endast 71 procent med identifierad risk har fått en handlingsplan och enbart 41 procent av dem har fått en uppföljd handlingsplan. En anledning till det låga antalet uppföljda planer kan vara att man ännu inte hunnit göra några uppföljningar då det inte gått så lång tid sedan handlingsplanen gordes.

Planen är att införa Senior Alert även inom funktionsnedsättning. Under hösten 2023 genomfördes utbildning för införande av Senior Alert inom funktionsnedsättning. Målsättningen är att komma igång under våren 2024.

Trycksår

Registreringarna i Senior Alert för 2023 visar att 25 personer har 38 trycksår. Detta är en stor ökning mot de senare årens mätningar. Det är första året som vi även mäter antalet sår i hemsjukvård, men hemsjukvården står enbart för en ökning med två sår fördelat på två patienter. Övrig ökning står vård och omsorgsboendena för.

Av 2023 års resultat kan utläsas att 24 sår uppkommit i egen verksamhet, 10 i annan verksamhet (t ex på sjukhus) och i fyra fall är det oklart var såret uppkommit. Detta visar att antalet sår i egen verksamhet ökat från nio 2022 till 24 stycken 2023. Detta innebär att vi nästan är tillbaka i 2021 års värden som var 30. Den goda trend av minskande antal trycksår som varit de senaste åren har nu brutits.

För den som drabbas av trycksår innebär detta ett stort lidande. I de allra flesta fall går det att förhindra att trycksår uppkommer och därför räknas alltid trycksår som vårdskada. Att mäta och följa trycksårsförekomst är därför en viktig del i ett strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Kategori	Beskrivning	Antal i riskbedömning			
		2023	2022	2021	2020
Kategori 1	Hudrodnad som inte bleknar vid tryck	16	10	23	31
Kategori 2	Delhudsskada t ex sår med rosa botten, blåsa	14	2	11	13
Kategori 3	Fullhudsskada; sår där subkutant fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte	3	4	3	5
Kategori 4	Djup fullhudsskada; sår som involverar ben, sena eller muskel	2	1	2	4

De vanligaste lokaliseringarna för trycksåren är i rygglut, häl, sittbensknöl, tå och öra.

Vanligaste åtgärderna är:

- Minska nattfasta till max 11 timmar

- Bedömning av huden en gång per dag eller oftare
- Mellanmål
- Hjälpmedelsförskrivning
- Hudvård
- Regelbundna lägesändringar
- Kroppspositionering i säng/stol
- Bruk av tryckavlastande hjälpmedel
- Berikning av kosten
- Konsistensanpassning
- Näringsdryck

Undernäring

Sedan 2019 har vård och omsorg arbetat enligt MAS riktlinje för nutrition som bygger på socialstyrelsens rekommenderade sätt att arbeta med nutrition. I resultatet för 2023 syns en ökning både av patienter med ett lågt BMI och med ofrivillig viktnedgång. Detta är första året som även patienter i hemsjukvård riskbedöms. Av patienter i hemsjukvård hade 25 ett BMI mindre än 22 och 16 en ofrivillig viktnedgång. Detta innebär att om vi jämför med föregående år så ligger värdena i paritet med föregående års värden. Bedömningen är fortsatt att de åtgärder som genomförs gällande undernäring inte är tillräckliga.

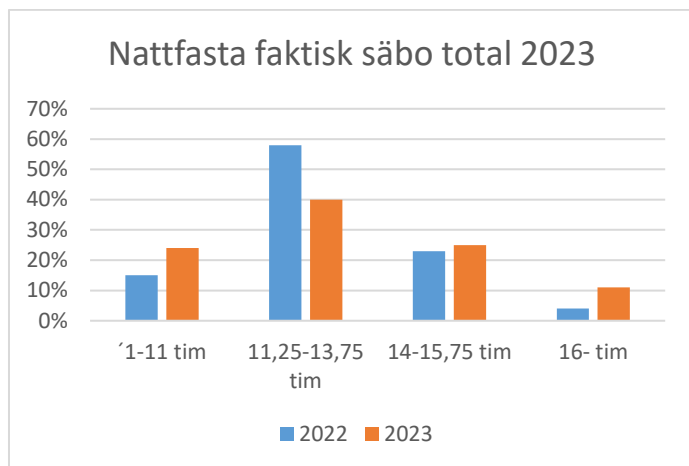
År	BMI mindre än 22 Antal personer	Ofrivillig viktnedgång Antal personer
2019	96	115
2020	98	132
2021	94	107
2022	84	96
2023	104 (104-25= 79)	121 (121-16=105)

En av de vanligaste orsakerna till undernäring som uppges är mer än 11 timmars dygnsfasta. Då detta gäller patienter boende på särskilt boende är dygnsfastan något verksamheten i hög grad styr över. Ingen kan tvinga någon att äta, men verksamheten styr över när mat erbjuds, hur maten ser ut och hur mycket motiverande arbete som görs för att få alla att äta.

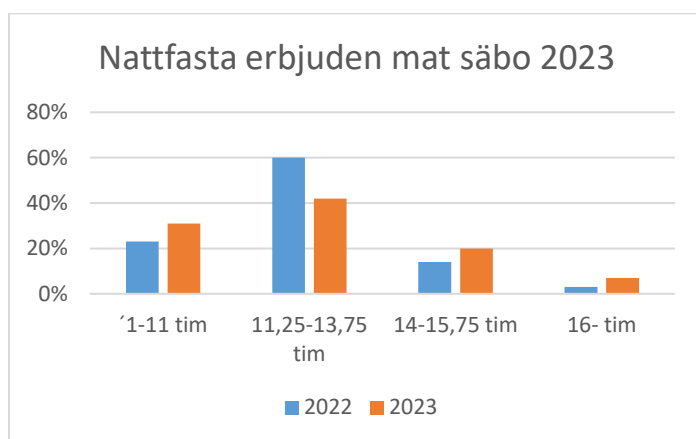
Under ett flertal år har 11 timmars nattfasta funnits med som en av de vanligaste åtgärderna för både att undvika undernäring och trycksår. Då antalet med risk för undernäring fortsatt ligger högt gjordes under hösten på MAS initiativ en egenkontroll gällande nattfasta på vård och omsorgsboende. MAS skickade ut ett formulär där omvårdnadspersonal fyllde i dels när patienten åt och även när patienten erbjöds mat, men tackade nej. Formulären skickades tillbaka till MAS som sammanställde resultatet. Patienter i livets slut och patient med sondnäring undantogs från mätningen. Varje enhetschef har fått ett resultat för sin verksamhet att arbeta med.

Enligt Socialstyrelsen är det inte lämpligt att nattfastan är längre än 10–11 timmar. Anledningen till detta är att man annars får för få timmar kvar av dygnet för att hinna tillgodogöra sig tillräckligt med näring och energi.

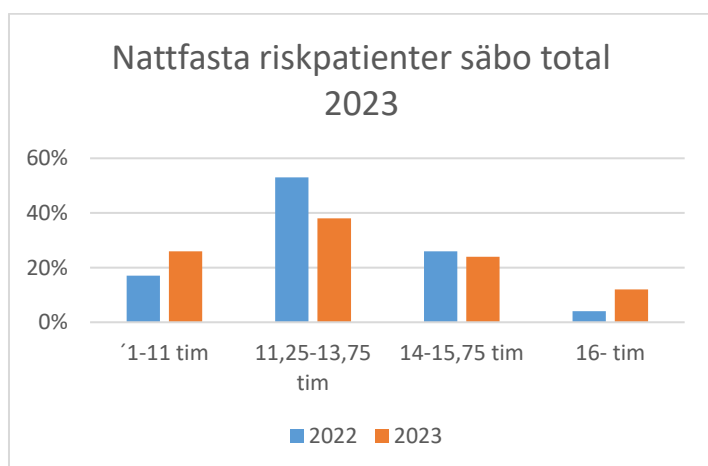
Resultat från egenkontroll nattfasta



Faktisk	2022	2023
1-11 tim	15%	24%
11,25-13,75 tim	58%	40%
14-15,75 tim	23%	25%
16- tim	4%	11%



Erbjuden	2022	2023
1-11 tim	23%	31%
11,25-13,75 tim	60%	42%
14-15,75 tim	14%	20%
16- tim	3%	7%



Risk	2022	2023
1-11 tim	17%	26%
11,25-13,75 tim	53%	38%
14-15,75 tim	26%	24%
16- tim	4%	12%

Mätningen är uppdelad i:

1. den faktiska nattfastan, den nattfasta som patienten har
2. när patienten blir erbjuden mat, men tackar nej. Den nattfasta patienten skulle haft om patienten ville äta när personalen erbjöd mat
3. den faktiska nattfasta som de patienter har som i senior alert blivit bedömda ha en risk för undernäring

Resultatet i mätningen visar att det fortfarande är en alldeles för stor del av patienterna på vård och omsorgsboendena i Eslöv som har en för lång nattfasta. När det gäller den faktiska nattfasta har enbart 24 % en nattfasta som är 11 timmar eller lägre och 11% har en nattfasta som överstiger 16 timmar. Det har skett en liten förbättring sedan 2022 då 15% hade en nattfasta på 11 timmar eller lägre och 17% en nattfasta som översteg 16 timmar. Förflyttningen är dock för liten för att ses som ett gott resultat.

Resultatet gällande mätningen vid erbjuden mat så har det ökat från 24% till 31% för dem som har en nattfasta som är 11 timmar eller mindre och 7% har en nattfasta som överstiger 16 timmar. Denna mätning visar vad verksamheten gör i form av att erbjuda mat. Den säger inget om vad som erbjuds eller hur det erbjuds, men visar ändå att någon insats görs för att minska nattfastan. Trots detta har 69% av patienterna en längre nattfasta än 11 timmar.

Resultatet för de patienter som är bedömda ha en risk för undernäring har enbart 26% en nattfasta som är 11 timmar eller lägre och 12% har en nattfasta som överstiger 16 timmar. Detta trots att den vanligaste åtgärden i i senior alert för patienter med risk för undernäring är just att minska nattfastan.

Då Socialstyrelsen rekommenderar att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar och den vanligaste tiden för nattfasta inom vård och omsorgsboende är från 11 timmar och 15 minuter till 13 timmar och 45 minuter så är här ett stort arbete att göra.

När det gäller de patienter som redan är bedömda som riskpatienter enligt senior alert så blir det högprioriterat att göra individuella bedömningar och åtgärder för att omgående minska nattfastan. Samtliga enhetschefer och ansvariga sjuksköterskor har fått resultaten nedbrutna till sin verksamhet.

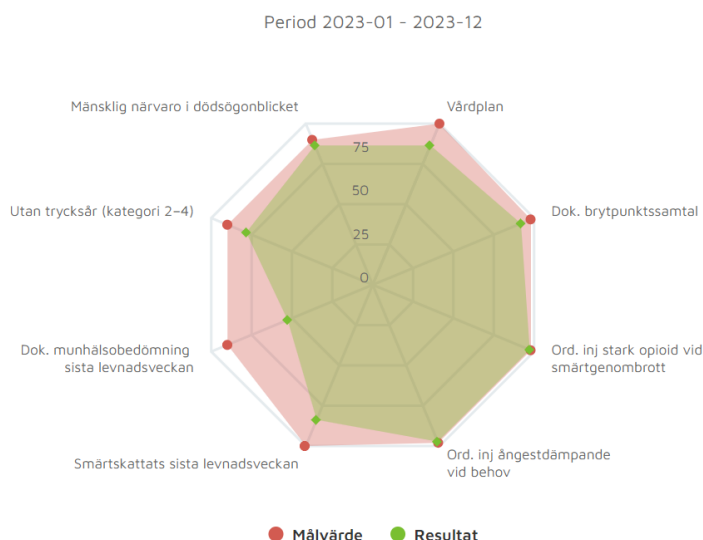
Ny egenkontroll gällande nattfastan kommer att genomföras hösten 2024. Då kommer även en utvärdering av handlingsplaner för riskpatienter att genomföras.

Munhälsa

I 2023 års mätningar har 123 personer munhälsoproblem av grad 2 och 3. Enligt 2022 års mätning var detta 87 personer. Detta är första gången som vi även riskbedömer patienter i hemsjukvård. Andelen från hemsjukvården är 26 patienter, vilket gör 97 från vård och omsorgsboende och detta innebär en ökning med 10 patienter på vård och omsorgsboende sedan 2022. Förutom att det ger smärta med munhälsoproblem så hänger det kraftigt samman med undernäring. Att äldre har en så god mun och tandstatus som möjligt är viktigt. Vård och omsorg behöver här se över hur vårt samarbete med Oral Care kan förbättras, samt säkerställa kunskapsnivån hos omvårdnadspersonal gällande munhälsa och munvård.

Palliativ vård

Det är viktigt för både patient och anhöriga att vården i livets slut blir god. Syftet med palliativregistret är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos eller vårdgivare. Genom att föra in svar på frågor kring varje avlidna patient visas det i diagram hur den palliativa vården kopplat till Socialstyrelsens indikatorer kring palliativ vård bedrivs. Socialstyrelsen upprättar viktiga indikatorer som vårdgivaren ska mäta mot och de anger också ett målvärde som ska uppnås.



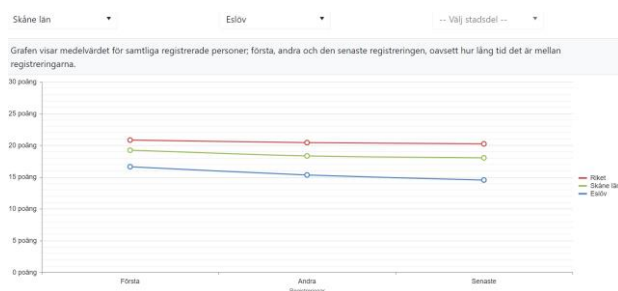
Sedan 2017 har Eslövs kommun arbetat extra med kvalitetsindikatorerna smärtskattning och munhälsa. Detta är indikatorer som gäller omvårdnad och alltså ligger under sjuksköterskans direkta ansvarsområde.

Indikatorer	Värde 2017 mot målvärde (%)	Värde 2018 mot målvärde (%)	Värde 2019 mot målvärde (%)	Värde 2020 mot målvärde (%)	Värde 2021 mot målvärde (%)	Värde 2022 mot målvärde (%)	Värde 2023 mot målvärde (%)
Smärtskattning	30	75	62	51	54	62	84
Munhälsa	45	65	60	59	62	60	53

Resultatet för 2023 visar ett kraftigt ökat värde gällande indikatorn smärtskattning. Det är det bästa värdet som uppmäts sedan vi började mätningarna 2017. Tyvärr visar resultatet en fortsatt nedgång gällande indikatorn munhälsa. Värdet 53% är det lägsta sedan 2017.

BPSD registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång 90 procent av alla med demenssjukdom. Symtomen kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnsvårigheter. Dessa symtom orsakar ett stort lidande för framför allt personen med demenssjukdom, men också för närstående. Syftet med BPSD registret är att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder, minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD. Arbetet med BPSD-registret sker på vård och omsorgsboende men framför allt på Kärråkra demensboende.



Det sker ett stort arbete med BPSD registreringar och det tas fram handlingsplaner på individnivå efter det resultat som fås från mätningarna. De låga poäng som fås i mätningarna visar på bra resultat av de handlings- och bemötandeplaner som tas fram för individen.

Nationellt vårdprogram för svårläkta sår

Planer fanns att under 2023 påbörja ett arbete med implementering av det nationella vårdprogrammet för svårläkta sår. Tyvärr har inte möjligheter funnits att starta upp detta. Under 2024 planeras för start av samverkan mellan kommunen och vårdcentralen gällande svårläkta sår

Basala hygienrutiner

Vård och Omsorg deltog under våren 2023 i SKR:s årliga punktprevalensmätning (ppm) gällande basala hygienrutiner och klädregler. Denna mätning är en viktig indikation på efterlevnaden av basala hygienrutiner i verksamheten.

Vård och omsorg har haft en bra utveckling gällande efterlevnad av basala hygien rutiner. År 2020 hade endast 18 procent av de observerade medarbetarna korrekt utförd efterlevnad i samtliga åtta steg av basala hygienrutiner och klädregler. Vid extra mätning hösten 2020 så hade efterlevnaden av samtliga åtta steg stigit till 62 procent. Det låg kvar på 62 procent i mätningen våren 2021, men har tyvärr sjunkit till 55 procent i mätningen våren 2022. Vid mätningen 2023 var efterlevnaden åter uppe i 62%. Målsättningen är alltid 100%, men en ökning från 18% till 62 % på några år måste ändå ses som en framgång.

Mätningarna visar höga värden när det gäller de fyra klädreglerna. Där har vård och omsorg en efterlevnad på mellan 90-95% genom åren. Problemen finns i den fyra områden som gäller basala hygienregler där efterlevnaden legat mellan 60-70% genom åren. Framför allt finns problemet i efterlevnaden i att sprita händerna före omvårdnad.

Tyvärr kommer SKR att avsluta sina punktprevalensmätningar och mätningen 2023 var den sista. Ett arbete pågår för se om kommunerna i Skåne kan hitta ett eget sätt att mäta framöver.

En egenkontroll av efterlevnad av basala hygienrutiner påbörjades under hösten 2022 och har fortsatt under 2023. Egenkontrollen rekommenderas av Vårdhygien Skåne. Egenkontrollen genomförs i form av en nulägesanalys och efter vad den analysen visar upprättas en handlingsplan. MAS kommer under 2024 att följa upp handlingsplanerna som gjorts upp i verksamheterna

Ett dokument för självskattning av efterlevnad av basala hygienrutiner har tagits fram. Detta dokument kan enhetschef använda inför samtal med arbetsgruppen om basala hygienrutiner. Resultatet behöver inte redovisas, utan det är enbart ett arbetsredskap för enhetschef.

En nystart i arbetet med att utse hygienombud i verksamheterna gjordes under 2023. Detta arbete har legat nere under pandemin, men då det är ett viktigt sätt att föra ut kunskap om basala hygienrutiner i verksamheterna så beslutade MAS att återuppta detta arbete. Ett uppstartsmöte för hygienombuden hölls i december 2023, då hygiensköterskor från Vårdhygien deltog.

Resultat ppm basala hygienrutiner

Vad	Eslövs värde (%) Våren 2021	Riket (%) Våren 2021	Eslövs värde (%) Våren 2022	Riket (%) Våren 2022	Eslövs värde (%) Våren 2023	Riket (%) Våren 2023
<i>Basala hygienrutiner</i>						
Korrekt användning av förkläde	95	92	85	89	79	87
Korrekt användning av handskar	99	98	100	97	98	92
Desinfektion av händer efter	92	94	80	94	77	92
Desinfektion av händer före	71	82	71	79	62	76
Samtliga fyra korrekt basala hygienrutiner	64	74	Ej sammanställt av SKR	Ej sammanställt av SKR	60	67
<i>Klädregler</i>						
Kort/ uppsatt hår	95	99	100	97	100	98
Korta rena naglar	100	98	96	97	100	97
Fria armar	96	98	100	96	95	95
Korrekt arbetsdräkt	100	98	100	97	98	97
Samtliga fyra korrekt klädregler	92	92	96	91	95	89
<i>Korrekt samtliga åtta rutiner och regler</i>	62	68	55	64	60	61

Avvikelser

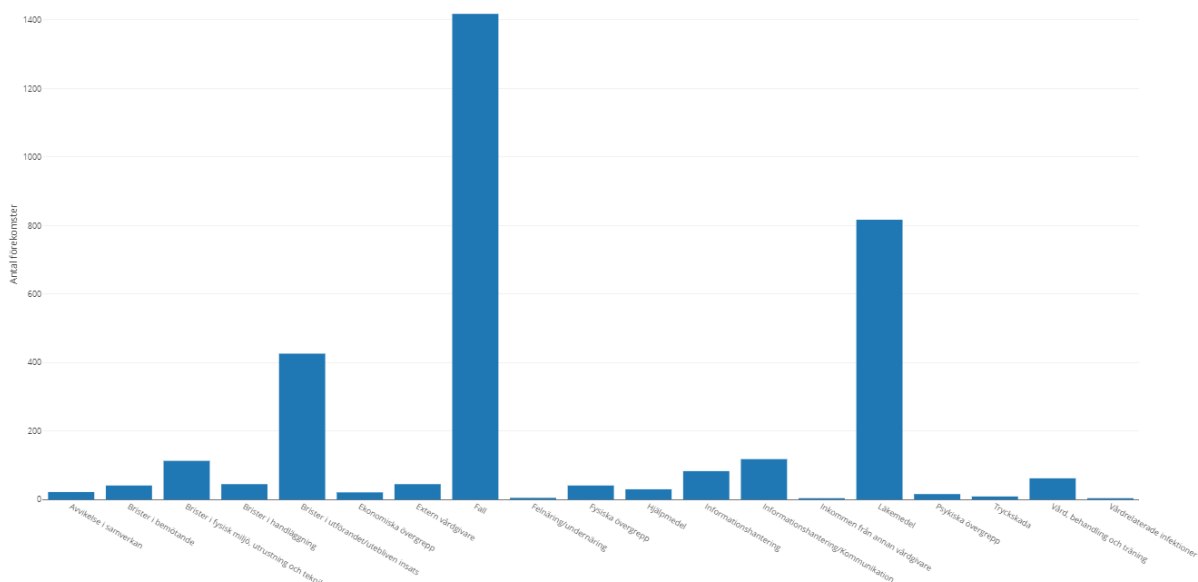
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Hälso-och sjukvårdspersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av rapporterade händelser är respektive chef som beslutar om fortsatt hantering av händelsen. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som utreder

avvikelsen vidare. Om utredningen visar att det handlar om risk för allvarlig vårdskada eller en allvarlig vårdskada anmäler MAS händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria

Under 2023 har det anmälts 3316 avvikelser gällande vårdskador, detta jämfört med 2022 då 2644 avvikelser redovisades. Under 2022 såg vi en minskning av antalet avvikelser som inte gick att förklara. År 2021 var antalet avvikelser 3451. Vi kan nu se att trenden vänt och antalet avvikelser åter ökat och är i paritet med vad det var 2021. Det troliga är att det nya avvikelssystem som infördes 2021 gjorde att antalet anmälningar minskade då kunskapen kring hur man anmälde en avvikelse minskade. Efter utbildningsinsatser har nu detta vänt.

Det som också kan uppmärksammas är att den stapel med avvikelse för ”Brister i utförande/utebliven insats” som tillkom 2022 med 566 avvikelser har en nedåtgående trend. År 2023 var det 426 avvikelser.



Avvikelser läkemedel och fall

	2023	2022	2021	2020	2019	2018
Läkemedel	817	860	785	932	1328	1546
Fall	1418	1518	1594	1481	1958	1784
Brister/utebliven insats	426	566	-	-	-	-

Läkemedel

Under våren 2019 infördes digital signering för att säkerställa att patienter fick sin ordination korrekt utförd och vid rätt tillfälle. Användningen av digital signering har fortsatt sedan dess. Andelen avvikelser gällande läkemedel hade 2021 sjunkit med 49 procent sedan 2018. 2022 ökade antalet läkemedelsavvikelser med 9% trots att antalet avvikelser totalt minskade. 2023 har åter antalet läkemedelsavvikelser minskat trots en ökning av det totala antalet avvikelser. Trots en fortsatt hög andel avvikelser gällande läkemedel så har införandet av digital signering visat sig vara en bra kvalitetshöjning för patienten som nu i betydligt högre grad får sina hälso- och sjukvårdsordinationer utförda vid rätt tillfälle.

Digital signering fungerar i realtid vilket ställer stora krav på den legitimerade personalen som ska se till att signeringslistor är korrekta och att de omgående korrigeras vid förändringar. Tidigare kan en muntlig ordination ha getts och sedan har uppföljning skett genom att signeringslistan fyllts i, i efterhand. Om det idag inte finns någon signeringslista i systemet så genereras en avvikelse. Alla brister gällande läkemedel och ordinationshandlingar syns omgående och genererar avvikelser. Bedömningen är att avvikelser som tidigare varit ett mörkertal nu dokumenteras då bristen syns direkt i det digitala systemet. Därför har vi en större minskning av de ursprungliga avvikelserna än vad vi kan se, men vi har däremot fått till nya sorters avvikelser gällande läkemedel. Ett fortsatt arbete pågår för att även komma tillrätta med dessa avvikelser.

Konstateras kan att nästan 75 procent av samtliga ordinationer och instruktioner utförs korrekt. 78 procent hanteras korrekt inom vård och omsorgsboende, 75 procent inom LSS och socialpsykiatri och 68 procent inom hemvården. Vård och Omsorg hanterade 1,7 miljoner ordinationer under 2023. Av dessa utfördes nästan 1,3 miljoner ordinationer helt korrekt.

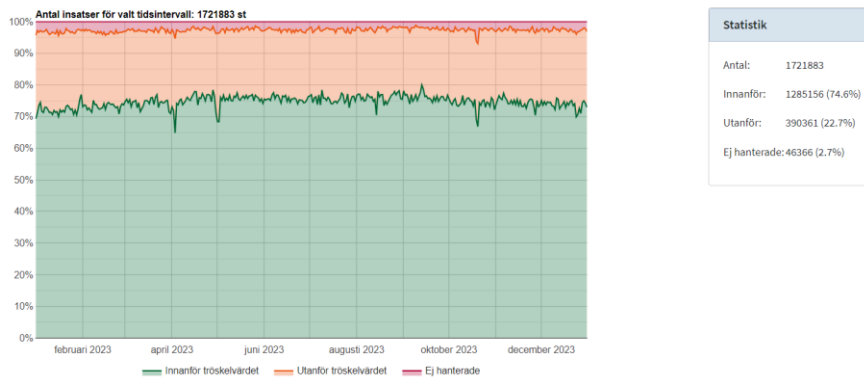
De senaste åren har det syntts en minskning av korrekt utförda ordinationer. Denna nedåtgående trend har brutits under 2023, då det i stället syns en viss ökning av korrekt utförda ordinationer. På totalen har antalet korrekt utförda ordinationen ökat från drygt 1,1 miljoner år 2022 till nästan 1,3 miljoner 2023.

Nästan 23 procent av samtliga ordinationer hanteras utanför ordinerad tidsram. Detta är ett problem som kunnat ses starten av digital signering. MAS har löpande informerat enhetschefer om denna problematik och att den behöver hanteras. Vid kontroller har det visat sig att väldigt mycket är ett hanteringsfel där delegerad personal inte följer den rutin som finns för signering. Delegerad personal signerar inte i samband med administrering av läkemedel, utan signerar i efterhand administreringen till samtliga patienter. Detta innebär en stor patientsäkerhetsrisk. Detta kommer att vara ett prioriterat område under 2024.

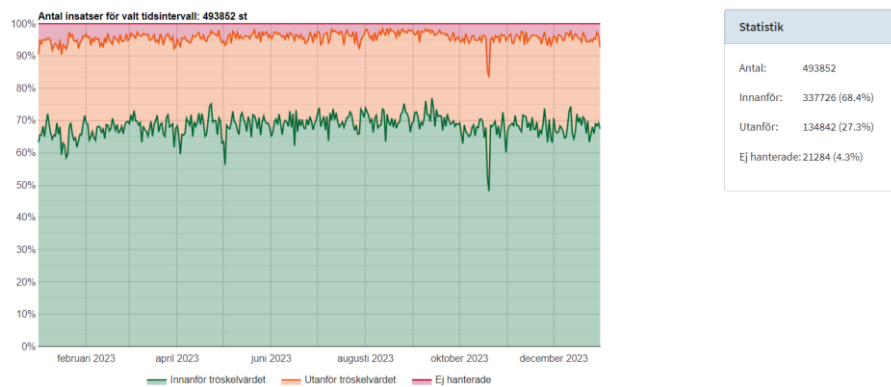
Drygt 2,5 procent av ordinationerna är ej utförda. Vid stickprov för kontroll av detta har det visat sig att detta i stor utsträckning är patienter som är bortresta eller på sjukhus. Detta skulle förts in i det digitala signeringssystemet, men har inte gjorts. En minskning av ej utförda

ordinationer har skett sedan 2022, då nästan 4 procent inte fick sina ordinationer utförda. Här har hemvården gjort en stor förbättring och minskat ej utförda ordinationer från 6 procent 2022 till 4 procent 2023.

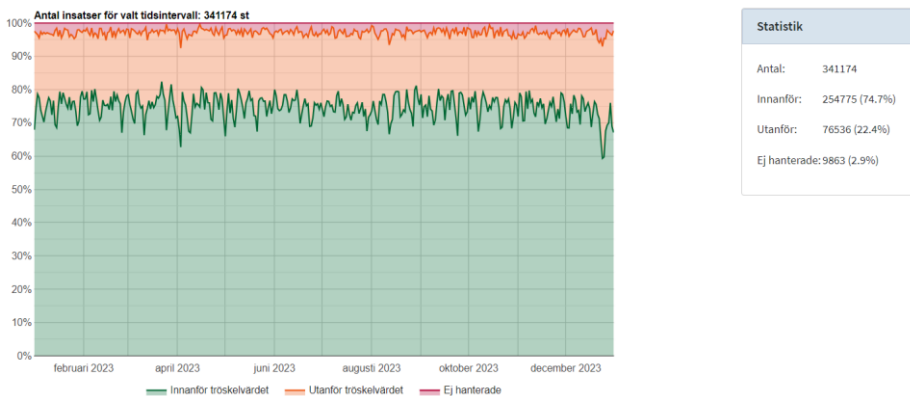
Vård och omsorg totalt



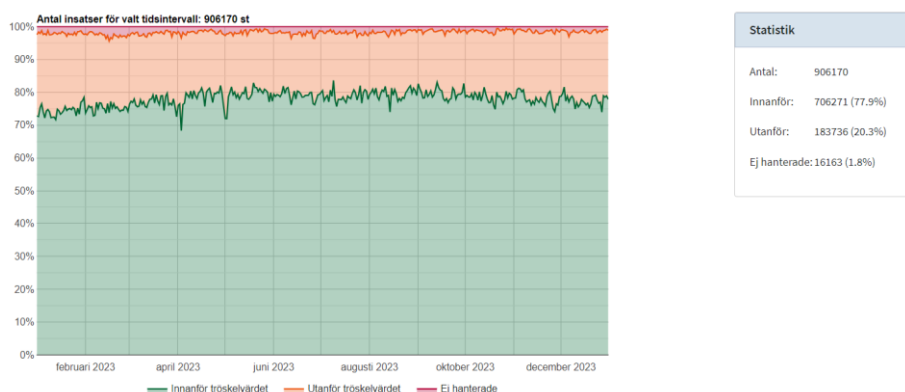
Hemvården



LSS och socialpsykiatri



Vård och omsorgsboende



Förvaring av läkemedel

Läkemedel ska enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 12 kap 1§ förvaras i låst utrymme, oåtkomligt för obehöriga. Sedan 2022 har läkemedelsskåp med digitalt lås installerats i hela verksamheten. Detta innebär att alla läkemedel är inlåsta och enbart sjuksköterskor och delegerad personal har åtkomst till läkemedel.

Extern läkemedelsgranskning

Enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 4 kap 3§ ska vårdgivaren säkerställa hanteringen av läkemedel i verksamheten genom en extern granskning. Under 2022 genomfördes en större extern granskning inom vård och omsorg. Till största delen fick vård och omsorg goda resultat och vi har överlag en god ordning gällande hantering av läkemedel. Ledningsgruppen för hälso- och sjukvård inom vård och omsorg beslutade att under 2023 skulle ingen ny extern granskning genomföras, utan MAS och enhetschef för sjuksköterskorna skulle tillsammans med sjuksköterskorna arbeta med att komma tillrätta med de delar som den externa granskningen kritiserade. Detta har genomförts och under 2024 kommer ny extern granskning att genomföras.

Fall

Under 2022 var 145 000 personer inskrivna på sjukhus till följd av en skadehändelse. Fallolyckor utgör 75 procent av olycksfallen. Fallolyckor den i särklass vanligaste skadeorsaken till slutna vård på sjukhus.

Källa: Socialstyrelsen 2023-06-19 Art.nr: 2023-6-8612

Tidigare antal registrerade fallavvikelser I Eslövs kommun

	2020	2021	2022	2023
Fall	1481	1594	1518	1418

Antal registrerade fallavvikelser 2023 i Eslövs kommun

Hemvården	568
Vård & Omsorgsboende	578
Korttidsboende Ölycke	75
Hemgångsteam	19
Verksamhet Funktionsnedsättning	178
Totalt	1418

Analys

Antal registrerade fallavvikelser har minskat ifrån 2022. Äldreomsorgen arbetar med kvalitetsregistret Senior Alert där bland annat riskbedömning av fall görs. Den riskbedömningen kan göra att medarbetare har mer kunskap i att se fallrisker och att arbeta med fallförebyggande åtgärder.

I tabellen nedan visar antalet registrerade fallavvikelser från varje vård & omsorgsboende i Eslövs kommun. Genom att dela med antalet fallavvikelser med antal boendeplatser räknas det ut ett fallindex.

	Fallindex (antal fall/boendeplatser)	Fallindex (antal fall/boendeplatser)
Vård & Omsorgsboende	2022	2023
Bergagården	3,4 (165/48)	2,5 (121/48)
Gjutaregården	1,9 (72/38)	2,5 (94/38)
Solhällan	2,1(102/78)	1,1(89/78)
Trollsjögården	1,6(87/56)	1,3(75/56)
Kärråkra	3,2 (180/56)	3,1 (175/56)
Ölycke Boende	2,4 (22/9)	2,1 (19/9)
Ölycke Korttid	3,5 (72/22)	3,4 (75/22)

Analys

Generellt så minskar antalet registrerade fallavvikelser på vård & omsorgsboende enligt fallindex ifrån 2022 till 2023. Gjutaregården är det ända vård & omsorgsboende där fallavvikelserna ökar. Det kan bero på att personal har blivit bättre på att registrera fallavvikelser. Det kan även bero på att de personer som har flytta in på Gjutaregården är multisjuka vilket också kan bidra till ökade falloolyckor.

I tabellen nedan visar antalet registrerade fallavvikelser från varje LSS-boende i Eslövs kommun. Fallindex för dessa boenden har inte tidigare redovisats i patientsäkerhetsberättelsen.

Fallindex är uträknat efter enhetschefområden i och med att där inte är så många boendeplatser per LSS-boende och integriteten för den enskilde brukaren måste säkerställas i redovisningen.

	Fallindex (antal fall/boendeplatser)	Fallindex (antal fall/boendeplatser)
LSS-boende	2022	2023
3U Albovägen Hasslebrovägen Oxievägen Vedelsvägen	1,0 (24/23)	1,7 (40/23)
3S Bastugatan Bjärevägen Bryggaregatan Luggudevägen	1,7 (55/32)	1,3 (43/32)
S3 Kvarngatan 10b Kvarngatan 10g Kvarngatan 14 Sockenvägen	0,8 (33/41)	1,0 (41/41)
3Y Järnvägsgatan Poliskroken Rönneberga 14 Tröskevägen Västerlånggatan	0,3 (18/58)	0,43 (25/58)

Analys

Enhetschefområde **3U** har två LSS-boenden där fallindex har ökat. På ena boendet är det samma brukare som faller. Denna brukare har blivit sämre i sin fysiska form efter höftfraktur. Brukaren har även nedsatt kognitiv insikt att hen har blivit sämre och gör aktiviteter som brukaren inte längre klarar av vilket resulterar i fall. Det andra LSS-boendet har fallindex ökat och det är en och samma brukare som har faller. Olika fallförebyggande åtgärder har gjorts men oftast så faller brukaren när personal inte är närvarande.

Enhetschefområde **3S** har ett LSS-boende som har många registrerade fallavvikelser. 90% av dessa är det samma brukare som faller. Resterande 10% är utgörs av en annan brukare. Olika förebyggande insatser har gjorts men dessa två brukare faller oftast när personal inte är närvarande. Fallen sker oftast i samband när brukarna gör aktiviteter som de ska få hjälp med men inte har förmågan att vänta.

Enhetschefområde **S3** har också ett LSS-boende som har högt fallindex. Här är det olika brukare som faller. Det kan bero på att dessa brukare har blivit äldre med sämre fysisk form samt begynnande demensdiagnos.

Enhetschefområde **3Y** är fördelningen på antal fallavvikelser jämnt fördelade på antal LSS-boenden. På ett LSS-boende är det en brukare som faller i samband med epileptiska anfall vilket är svårt att förebygga.

Generellt så ökar fallavvikelserna i samband med att brukarna blir äldre och oftast med en begynnande demensdiagnos och sämre fysisk form och nedsatt balans.

Socialpsykiatri boende	Fallindex	Fallindex
	(antal fall/boendeplatser)	(antal fall/boendeplatser)
	2022	2023
3Ä Mossavägen Remmarlövsvägen Vålarödsvägen	0,35 (9/26)	0,03 (5/26)

Analys

Det finns inte så många registrerade fallavvikelser på dessa boenden.

I tabellen på nästa sida visas antal fallhändelser per person och år för olika boendetyper och sjukhusavdelningar i Sverige. (SKL 2011).

Detta avser en **normalvariation** av fall.

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Geriatrisk rehabiliteringsavdelning	Psykiogeriatrisk avdelning
Fall per person och år	0,2 – 1,0	2,0 – 4,3	2,0 – 6,5	4,0 – 6,2

Frekvens av fallhändelser beräknat som fall per person per år. Siffrorna anger spridningen (minimum-maximum) av data från flera studier

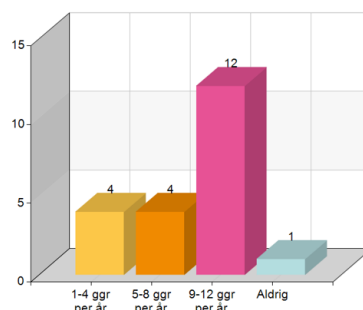
Resultat av arbetet med avvikelser

Enligt MAS riktlinje ska enhetschef ta upp avvikelser med medarbetargruppen en gång per månad då även åtgärder tas fram. En egenkontroll som sker via enkät till samtliga enhetschefer i den nära patient verksamheten visar att flertalet av enhetscheferna tar upp avvikelser 9-12 gånger per år, vilket är ungefär samma resultat som 2022, men en förbättring från 2021 då flertalet tog upp avvikelser 5-8 gånger per år. Det finns dock några enhetschefer som inte tar upp detta mer än 1-4 gånger per år. En chef tar aldrig upp frågan, vilket är ett kraftigt avsteg från riktlinjen. Här finns en förbättringspotential då återkoppling till medarbetargruppen, som skrivit avvikelserna, är oerhört viktig. Samtalet med medarbetargruppen kring avvikelser är grunden till det förbättringsarbete som avvikelserna ska leda till.

Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen kring avvikelser (en episod på 10 min krävs för att det ska räknas som en gång) under 2023?

Namn	Antal	%
1-4 ggr per år	4	19
5-8 ggr per år	4	19
9-12 ggr per år	12	57,1
Aldrig	1	4,8
Total	21	100

Svarsfrekvens
100% (21/21)

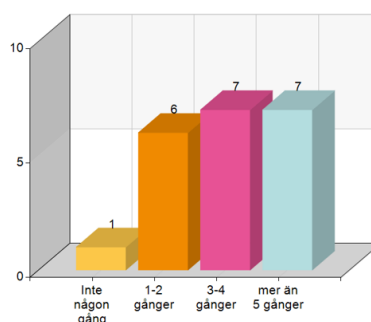


De flesta enhetschefer upplever att verksamheten har utvecklats genom arbetet med avvikelser. Det är endast en enhetschef som inte upplever att verksamheten alls förbättrats genom arbetet med avvikelser. Detta visar på vikten av ett fortsatt och utökat arbete med avvikelser.

Hur många gånger under 2023 har arbetet med avvikelser lett till ett förändrat arbetssätt i din verksamhet?

Namn	Antal	%
Inte någon gång	1	4,8
1-2 gånger	6	28,6
3-4 gånger	7	33,3
mer än 5 gånger	7	33,3
Total	21	100

Svarsfrekvens
100% (21/21)



De förändringar i arbetssätt som enhetscheferna tar upp är:

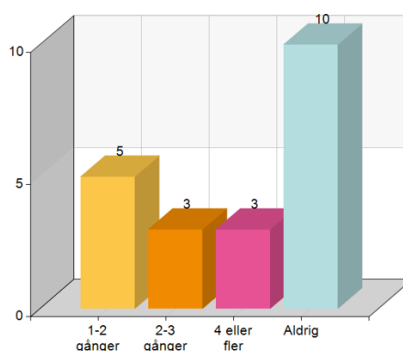
- förändringar i rutiner
- checklistor
- ökat teamsamarbete
- arbete med att förbättra kommunikationen,
- bättre individanpassade insatser för bruk

Enligt riktlinje ska verksamhetschef lyfta frågan om avvikelser med enhetscheferna minst två gånger per år. Detta för att hitta lösningar på aggregerad nivå för att förhindra upprepningar av avvikelser. Här har vi fortsatt ett område som kan utvecklas då ett flertal chefer inte haft något möte alls med sina kolleger gällande att lyfta avvikelser på aggregerad nivå. Enligt Socialstyrelsens handbok för tillämpande av HSLF-FS 2017:40 ”kan analyser på aggregerad nivå bidra till lärandet genom att bakomliggande systemfaktorer blir synliga och kan åtgärdas i det förebyggande arbetet.” Här har verksamhetscheferna ett stort ansvar för att få igång detta arbete.

Hur ofta har du under 2023 haft ett planerat möte med dina kolleger för samtal om avvikelser?

Namn	Antal	%
1-2 gånger	5	23,8
2-3 gånger	3	14,3
4 eller fler	3	14,3
Aldrig	10	47,6
Total	21	100

Svarsfrekvens
100% (21/21)



Klagomål och synpunkter

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

En viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Närmast ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är skyldig att löpande behandla inkomna synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda patienter och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som är förenligt med lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter på vården hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål.

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.



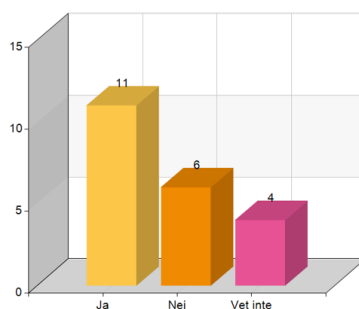
Vård och omsorg har tagit fram en kompetensförsörjningsplan för att säkerställa kunskap och kompetens till verksamheterna framöver. I detta arbete förekommer också ett arbete med att fördela arbetsuppgifter på ett bra sätt. En del i detta är att avlasta de legitimerade grupperna med undersköterskor. I och med att dessa undersköterskor arbetar nära den legitimerade personalen så blir det lättare för den legitimerade personalen att utbilda undersköterskor samt att följa upp utförda uppgifter. Tanken att alla ska kunna göra allt behöver åter prövas i takt med allt mer avancerad hälso- och sjukvård kommer att bedriva i hemmet framöver. Att utföra avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser kräver mer utbildning än vad som kan ges i delegeringssituationer.

Hälso- och sjukvårdskunskap bland omvårdnadspersonal

Anser du att kunskapsnivån gällande hälso- och sjukvård är tillräcklig i din personalgrupp?

Namn	Antal	%
Ja	11	52,4
Nej	6	28,6
Vet inte	4	19
Total	21	100

Svarsfrekvens
100% (21/21)



Vid en förfrågan till enhetscheferna framkommer det en osäkerhet kring hälso- och sjukvårdskompetensen hos medarbetarna. Av 21 tillfrågade enhetschefer anser sex chefer att personalen inte har tillräckliga hälso- och sjukvårdskunskaper samtidigt som fyra av 21 enhetschefer inte vet om kunskaperna är tillräckliga. Detta innebär att 10 av 21 tillfrågade chefer inte tycker att personalen har tillräckliga kunskaper eller inte vet om de har tillräckliga kunskaper. På fråga kring var man som chef anser att det brister så svarar cheferna att det är de grundläggande kunskaperna som brister, att det brister när vikarier är inne och att det brister i att känna till konsekvenser i vad som kan inträffa för patienten om man gör fel.

Enhetschefernas lösningar är stabil personalgrupp inom alla personalkategorier, mer utbildning och utökade resurser gällande personal.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Att löpande mäta resultat via egenkontroller har påbörjats under 2022 och fortsatt under 2023. Det behövs en strategi gällande egenkontrollerna, så att vi håller i och fortsätter mäta tills vi nått det resultat vi önskar. Egenkontroller är ett utmärkt sätt att kontrollera efterlevnad av riktlinjer.

Det finns ett inbyggt problem i verksamheten där hälso- och sjukvårdskunskap efterfrågas av omvårdnadspersonalen, men där resurserna av sjuksköterskor för detta inte räcker till. Ett nytänk i hur man arbetar och vem som göra vad behövs då samtidigt mer avancerad hälso- och sjukvård bedrivs i hemmet.

Grunden för patientsäkerhetsarbetet under 2024 kommer att vara det fortsatt arbetet med Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2021-2024 ”Agera för säker vård”.

Det gemensamma arbetet med region Skåne gällande God och Nära vård kommer också att fortsättningsvis vara en viktig del under 2024.

Mål för 2024

Mål	Metod	Mätning
Ökad efterlevnad av basala hygienrutiner	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning via webbplattform • Nyuppstart av hygienombud • Handlingsplaner enligt egenkontroll 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvärdering av handlingsplaner • Nulägesanalys enligt egenkontroll
Utveckling av dokumentationen	<ul style="list-style-type: none"> • Kollegiala granskningar • Införande av standardvårdplaner 	<ul style="list-style-type: none"> • Kollegers bedömning • MAS och MARs granskning av slumpvis utvalda journaler
Kvalitetsarbete gällande nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsregistret Senior Alert • Egenkontroll nattfasta 	<ul style="list-style-type: none"> • Journalgranskning • Följa resultat i senior Alert • Handlingsplaner efter egenkontroll nattfasta hos riskpatienter
Minskning av antalet patienter med trycksår samt minskning av antal trycksår	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning • Kvalitetsregistret Senior Alert 	<ul style="list-style-type: none"> • Följa resultat i senior Alert

Utveckling av vård i livets slut.	<ul style="list-style-type: none"> • Information • Utbildning 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsregistret • Palliativregistret • Journalgranskning
Höja nivån av patienter som får sin ordination i tid	<ul style="list-style-type: none"> • Information • Utbildning 	<ul style="list-style-type: none"> • Följa statistik i Alfa
Säkerställa att riktlinje gällande skydds och begränsningsåtgärder inom funktionsnedsättning efterlevs	<ul style="list-style-type: none"> • Information genom besök på boendena 	<ul style="list-style-type: none"> • Journalgranskning kopplat till besök hos patient av MAR
Professionellt bemötande mot brukare inom funktionsnedsättning	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i lågaffektivt bemötande 	<ul style="list-style-type: none"> • Antal utbildade under 2024
Säkerställa att patienter inte far illa vid felaktiga förflyttningar	<ul style="list-style-type: none"> • Kartläggning av hur många som gått förflyttningsutbildning under 2024 	<ul style="list-style-type: none"> • Antal utbildade under 2024