



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

2021-03-01

Pia Arndorff, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Anna Netterheim, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Sammanfattning

Året 2020 har till stor del präglats av den pandemi som världen drabbats av. Mycket planerad verksamhet kring utveckling av patientsäkerhetsarbete har fått ställas in då det inte funnits varken tid eller resurser för att genomföra insatserna. Rent praktiskt har det också varit svårt att genomföra utbildningar då vi inte kunnat träffas och verksamheterna inte haft utbyggda möjligheter till att genomföra utbildningar via Skype.

Införandet av ett nytt avvikelssystem och ett nytt dokumentationssystem har också tagit mycket kraft under året. Med dessa system på plats så kommer troligtvis kvaliteten i arbetet att förbättras, men att införa detta parallellt med en pandemi är inte enkelt.

Basala hygienrutiner kom under året i verklig fokus och vi har också kunna se vid mätningar att efterlevnaden kraftigt har ökat. 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.

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.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Mål för 2020

- Utveckling av kvalitetsledningssystemet genom fortsatt arbete med att tydliggöra processer i verksamheten
- Förebygga smittspridning genom att egenkontroll av basala hygienrutiner införs.
- Förbättrad dokumentation genom införande av markörbaserad journalgranskning.
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande sårvård
- En lärande verksamhet genom att dela information om händelser och åtgärder samt utveckla nya arbetssätt efter analys av avvikelser.

Organisation och ansvar

SFS 2010:559, 3 Imp. 9 § och SOSFS 2011-9, 7 kap. 2 §, p 1

Vård och omsorgsnämnden

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

Förvaltningschefs ansvar

I Eslövs kommun är det förvaltningschefen för Vård och Omsorg som är lagstadgad verksamhetschef för hälso- och sjukvård (HSL). Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom vård och omsorg. Ansvaret avser att verksamheten

tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun ska det enligt HSL 11 kap 4§ finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beskrivs att MAS ansvarar för att:

- patienten får en ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som läkare ordinerat,
- 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 väl fungerande rutiner för:
 - läkemedelshantering,
 - rapportering enligt 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659),
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder alla allvarliga händelser inom vård och omsorg som gäller hälso- och sjukvård. MAS beslutar om ärende ska anmälas som lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO). MAS rapporterar anmälda lex Maria händelser till nämnden.

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 enhetschef för rehabilitering och MAR finns en intern ansvarsindelning där MAS ansvarar för utredningar av allvarligare karaktär.

Chefer

Verksamhetschefer (andra linjens chef) och enhetschefer (första linjens chef) ansvarar inom respektive område för att alla medarbetare har kunskap om patientsäkerhetsarbetet samt för att engagera medarbetarna i detta arbete. Respektive chef ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens för att ett patientsäkert arbete ska kunna utföras. Det är även chefens ansvar att alla medarbetare har kunskap om hur de anmäler avvikelser samt för att medarbetarna faktiskt anmäler avvikelser. Chefen ansvarar också för att de riktlinjer som MAS och MAR satt upp för en patientsäker vård, efterlevs i verksamheten.

Enhetschefer ansvarar för att minst en gång per månad sammanställa enhetens avvikelser och tillsammans med arbetsgruppen analysera dessa och ta fram åtgärder för att förhindra upprepning. Verksamhetschefen ansvarar för att en gång per halvår tillsammans med enhetscheferna analysera verksamhetens avvikelser. Rapport från dessa analyser samt vidtagna åtgärder

för att förhindra upprepning ska ges skriftligt till MAS. I de fall avvikelser rör sig om rehabilitering ges rapport till MAR.

Legitimerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Legitimerad personal ansvarar för att anmäla avvikelser i hälso- och sjukvården samt för att utreda avvikelser och genom detta förbättra och utveckla vården.

Samtlig personal inom vård och omsorg

All personal inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser i verksamhetssystemet. Samtlig personal har också en skyldighet att följa uppsatta riktlinjer så att en patientsäker verksamhet kan ske.

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 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 §, 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.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Lokalt avtal beträffande samverkan kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fort-bildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid upprättande av samordnad individuell plan (SIP) är alltid patient med. Vid samtycke från patienten erbjuds även närstående att delta. I samband med allvarliga vårdskador eller när allvarliga vårdskador skulle kunna ha inträffat tar tjänstgörande sjuksköterska kontakt med patient och om samtycke finns även kontakt med närstående.

Vid lex Maria-ärenden erbjuds patienten och/eller dess närstående att som en del av utredningen beskriva hur de upplevt händelsen. MAS återkopplar till patient och/eller närstående och redogör för kommunens utredning och åtgärder. Detsamma gäller vid klagomål.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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 chef. 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

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

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

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

Exempel på redovisning

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Hypergene
Hygienrond	1 gång per år	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger	2 gånger per år	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	PPM-databasen, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2020 har åtskilliga åtgärder vidtagits för att förbättra patientsäkerheten. På grund av pandemin under året så har de flesta handlat om att förhindra smittspridning, medan andra viktiga åtgärder tyvärr fått stå tillbaka.

Utveckling av kvalitetsledningssystemet

Ett arbete som fortsatt under hela 2020. Vi använder oss här av systemet Hypergene. På grund av pandemin har inte arbetet kunnat framskrida i den takt vi tänkt oss. MAS riktlinjer finns upplagda på intranätet.

Förebygga smittspridning

Det dominerande området inom patientsäkerhetsarbetet under 2020 har varit efterlevnaden av basala hygienrutiner. Vi har under året genomfört egen kontroll samt deltagit i SKRs två punktprevalensmätningar (ppm). Vi har även kraftigt förbättrat kunskapen i organisationen gällande kohortvård och användning av skyddsutrustning.

Förbättrad dokumentation

Vi är i en övergång till nytt verksamhetssystem och samtlig dokumentation håller på att gås igenom och flyttas över. Det har därför inte varit varken läge eller har funnits resurser för att införa ett nytt sätt att granska dokumentation.

Ett kvalitetsarbete gällande nutrition

Under 2019 påbörjades ett arbete inom vård och omsorg med rutiner för att tidigt upptäcka undernäring. I detta arbete använder vi oss av Socialstyrelsens kunskapsstöd ”Att förebygga och behandla undernäring”. Tyvärr har pandemin gjort att vi inte haft möjlighet att ytterligare utveckla detta arbete under 2020.

Ett kvalitetsarbete gällande sårvård

Vård och Omsorg har fattat beslut om att ansluta sig till kvalitetsregistret Rikssår. Tyvärr har detta inte gått att genomföra under 2020 på grund av pandemin.

En lärande verksamhet

En uppföljning görs årligen av MAS för att se hur arbetet med avvikelser tas tillvara i verksamheterna. Tanken med avvikelser är att vi ska identifiera processfel och förändra vårt arbetssätt så att inte samma fel ska hända igen. Uppföljningen sker genom att enhetschefer svarar på en enkät från MAS.

Ett ytterligare sätt att vara en lärande organisation är att arbeta med avvikelser på aggregerad nivå. Detta arbete har vi inte fått igång under 2020.

Riskanalys

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

Verksamheterna ska arbeta systematiskt och bedöma om det finns risker att negativa händelser kan inträffa för patienten. Att inventera, prioritera, fastställa och hantera risker är en ständigt pågående process som är en viktig del i det förebyggande arbetet. Med ett förebyggande arbete kan eventuella risker identifieras i ett tidigt skede innan en negativ händelse inträffar. De nationella kvalitetsregisterna är ett bra verktyg för riskbedömning.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt göra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon får en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vargskadan får så liten effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas och utredas där dessa har inträffat. Om händelsen under eller efter en utredning bedöms vara av betydande och/eller katastrofal karaktär ska alltid MAS eller MAR kontaktas för att eventuellt ta över utredningsuppdraget. Enhetschef är alltid mottagare av samtliga avvikelser som inträffar och utreder den del som rör chefskapet i verksamheten. Legitimerad personal utreder händelser som berör delegerad personal och enhetschef för legitimerad personal utreder händelser gällande legitimerad personal. En utredning ska leda fram till vilka åtgärder som behöver vidtas vid enheten och om planerade åtgärder är åtgärder som behöver genomföras inom hela förvaltningen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren är skyldig att kontrollera att ingen obehörig har läst i patientjournalen. För att ha rätt att läsa en patientjournal ska personen ha en vårdkontakt eller på annat sätt behöva uppgiften för arbetet. I Eslövs kommun förs patientjournalen i verksamhetssystemet Treserva och varje gång en journal läses registreras aktiviteten. Förutom i verksamhetssystemet finns tillgång till att läsa Region Skånes patientjournaler via Nationell patientöversikt (NPÖ). Varje månad sker en loggkontroll i Treserva och NPÖ av slumpvis utvald legitimerad personal. Tio procent av den legitimerade personalen kontrolleras varje månad. Det är systemadministratör som slumpar och enhetschef som granskar. Vid misstanke om olovlig läsning av journal kontaktas omgående MAS för vidare åtgärder. En gång per år lämnas de kontrollerade utdragen till MAS för förvaring.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

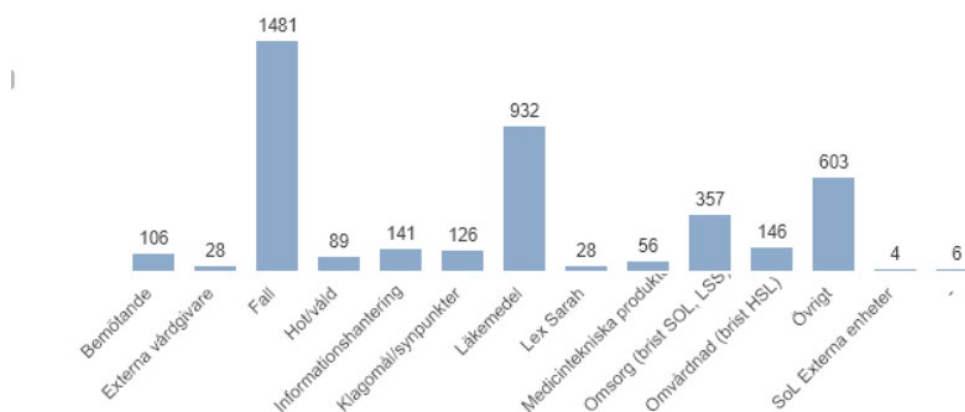
Avvikelse

Under 2020 rapporterades 4103 avvikelser i avvikelssystemet Treserva från den 1 januari till den 30 november. Den 1 december 2020 gick Vård och Omsorg över till att rapportera avvikelser i det nya verksamhetssystemet från Tieto. Det har under alla år vi redovisat avvikelser i Treserva varit ett problem med att vi inte kunnat särskilja avvikelser inom HSL och avvi-

kelser inom SoL. Förhoppningen är att vi genom övergång i det nya verksamhetssystemet härnäst ska kunna skilja på avvikelser inom de olika lagrummen.

För att kunna göra en jämförelse så var antalet avvikelser under 1 januari till den 30 november 2019 5004. Detta innebär att antalet avvikelser har minskat med 901 avvikelser. Vi kan se en minskning av antalet avvikelser gällande läkemedel med 396 avvikelser från 2019 till 2020 (1/1-30/11). Detta beror troligen till största delen på att digital signering införts. I övrigt är det svårt att göra en analys av minskningen under 2020, då det varit ett exceptionellt år med en pandemi och belastningen i verksamheten kan ha lett till att man avstått från att göra avvikelser.

Avvikelser per område



Fall

Fallfrekvens på särskilda boenden

Enligt litteraturen används måttet fallfrekvens, antal fall på en enhet delat med antalet platser. Följande mått är normalvariation av fall. (Fall och fallskador SKL 2011)

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Geriatrisk rehabiliterings avd	Psykiatri/geriatrisk avdelning
Fall per person och år	0,2-1,0	2,0-4,3	2,0-6,5	4,0-6,2

	Fallindex (fall/platser)			
	2018		2019	2020
Bergagården	1,6	(90/57)	3,0	(145/48)
Gjutaregården	2,3	(86/38)	1,8	(70/38)
				2,3 (88/38)

Solhällan	2,5 (118/ 48)	4,1 (196/48)	3,75 (180/48)
Trollsjögården	1,8 (104/56)	1,7 (98/56)	1,4 (79/56)
Kärråkra	3,4 (192/56)	3,8 (215/56)	3,40 (190/56)
Ölycke boende	-	1,3 (12/9)	3,5 (32/9)
Ölycke korttid	4,0 (68/22)	4,2 (92/22)	3,8 (85/22)
Vårlöken	-	-	2,3 (26/11)

Analys

Bergagården sticker ut bland de särskilda boendena i Eslöv. Under perioden januari till november (därefter byte av avvikelssystem) visar analysen att en person står för 52 av fallen, en för 45 och en för 25 av fallen på enheten. Tre personer står med andra ord för över 50 procent av fallen.

På *Solhällan* är det fyra personer som faller frekvent, och står för 30 procent av fallen.

Demensboendet på *Kärråkra* bedöms tillhöra kategorin ”Psykiatrik avdelning”. Som demensboende är det enligt forskningen förväntat att ha ett högre fallindex än övriga särskilda boenden. Det beror på att det brukar vara fler uppgående personer, med stor kognitiv svikt och utåtagerande beteenden på denna typ av boenden. På *Kärråkra* är det en person som fallit 27 gånger, vilket är 14 procent av fallen. En fördjupad analys visar att teamen kring dessa personer som faller många gånger, arbetar kontinuerligt med åtgärder och att friheten att kunna få röra sig fritt är mycket viktig för dessa individer. Diagnoser med känd fallproblematik så som Parkinsons sjukdom är också mer vanligt förekommande.

Korttidsboende på *Ölycke* bedöms tillhöra ”Geriatrisk rehabiliterings avdelning” i detta sammanhang.

Vårlöken och *Ölycke boende* är små enheter och på *Ölycke boende* står en person för 50 procent av fallen.

Förutom ovanstående är det ovanligt att en person faller mer än 20 gånger under ett år. På särskilda boenden faller dock, de som faller, oftast mer än tre gånger under ett år.

LSS verksamheterna är ej analyserade då de är små samt att tidigare analys visar på få fall och det saknas jämförande värden.

Förebyggande åtgärder mot fall inom särskilt boende

Fall bland äldre med flera olika sjukdomar är ett komplext problem. Åtgärder behöver riktas mot flera olika nivåer. I skriften Fall och fallskador –

åtgärder för att förebygga från SKR 2011 beskrivs fallpreventionspyramiden:



Generella multifaktoriella åtgärder kan vara kompetensutveckling av personal i fallrisk, i introduktionen för nyanställda eller miljöronder. Ett boende i Eslöv uppger att de har ett pågående arbete med miljöronder, där de går igenom den fysiska närmiljön. Det finns ingen utbildning i fallriskkunskap till omvårdnadspersonalen.

Individuella åtgärder innan första fallet, som till exempel genomgång av frågorna i kvalitetsregistret Senior Alert i samband med att personen flyttar in är vanligt. Detta görs oftast i det tvärprofessionella teamet.

Efter ett bekräftat fall görs så gott som alltid individuella åtgärder för att motverka nya fall. Planeringen av detta görs i det tvärprofessionella teamet och respektive yrkesgrupp utför och följer upp sina åtgärder.

Akuta åtgärder har inte analyserats 2020.

Fallavvikelser ordinärt boende

Fallfrekvensen inom ordinärt boende har inte analyserats. Detta på grund av att den totala mängden brukare varierar mycket.

I avvikelserapporteringen har det framkommit ett tillfälle där personalens kunskap om inkilade höftfrakturer var för låg. En mindre informationsinsats genomfördes i kombination med direkt utbildning till berörd personalgrupp.

Framtida behov

Det finns olika övergripande åtgärder att göra. Tydligast framstår behovet av utbildning till omvårdnadspersonal i fallrisk.

Rehabenheten har under 2021 startat ett projekt kring "Snubblometer", en sensor som läser av rörelsemönster och aktivitetsnivå hos äldre. Visionen är att kunna förutsäga när en person ändrar sitt rörelsemönster och därigenom kunna sätta in insatser för att förebygga fall.

Läkemedel

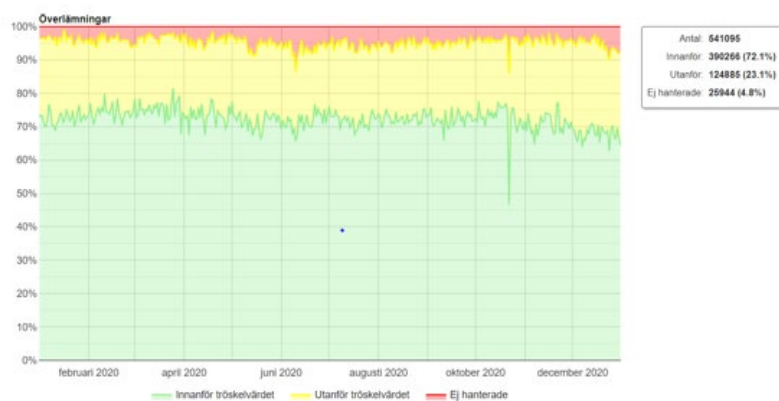
Under våren 2019 infördes digital signering för att säkerställa att patienter fick sin ordination utförd och vid rätt tillfälle. Användningen av digital signering har fortsatt under hela 2020. Andelen avvikelser gällande läkemedel har sjunkit med ungefär 500 avvikelser sedan 2018, då vi inte an-

vände digital signering. Förhoppningen var att antalet avvikelser gällande läkemedel drastiskt skulle minska. Denna drastiska nedgång har vi inte kunnat se, även om minskningen är markant. Införandet av digital signering har dock visat en bra bild av var i verksamheterna problem finns och vad det finns att arbeta med.

Systemet fungerar i realtid vilket ställer stora krav på den legitimerade personalen som ska se till att signeringslistor är korrekta och omgående korrigeras vid förändringar. Tidigare kan en muntlig instruktion 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. I nuläget är bedömningen 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.

Konstateras kan dock att över 80 procent av ordinationerna utförs korrekt inom säbo, 78 procent inom LSS och socialpsykiatri och 72 procent inom hemvården utförs korrekt. Vård och Omsorg hanterade över 1 620 000 ordinationer under 2020. Av dessa utfördes över 1,27 miljoner ordinationer helt korrekt. Givetvis finns det alltid en önskan om att uppnå 100 procents korrekthet, och dit finns det en bit kvar.

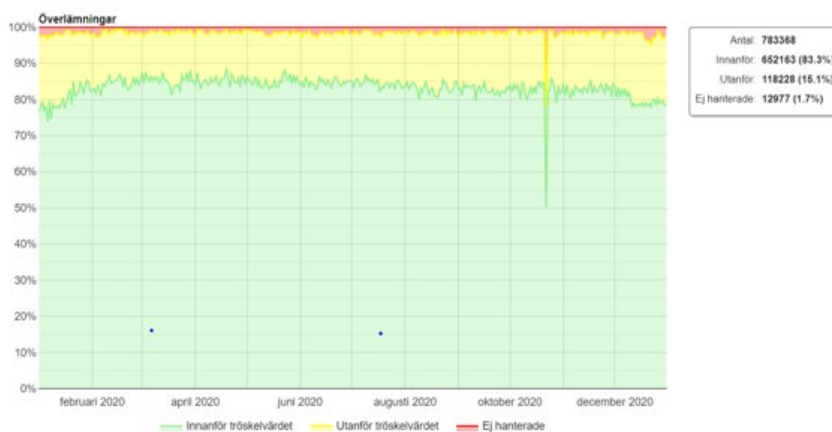
Hemvården



LSS och socialpsykiatri



Särskilt boende för äldre



Efterlevnaden av utförd ordination kontrolleras genom att följa statistik direkt i digital signering. Vid analyser av denna statistik har handhavandefel upptäckts. En del av det som visas som ej utfört gäller missar i att pausa eller flytta patienter som inte är hemma. En del av det som utförs, men vid fel tillfälle gäller felaktigt beteende hos den delegerade personalen. Personal har inte signerat direkt, utan valt att signera samtliga listor när allt är utfört. Detta är ett grovt felaktigt beteende som enhetscheferna arbetar för att komma till rätta med. Andra saker är direkta felaktigheter och här behöver enhetschefer och legitimerad personal samarbeta för att komma till rätta med problemen.

Förvaring av läkemedel

Läkemedel ska enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 12 kap 1§ förvaras i låst utrymme, oåtkomligt för obehöriga. Inom vård och omsorg har vi låsbara läkemedelsskåp på särskilda boende för äldre och inom LSS. Det saknas dock säkra nyckelrutiner vilket gör att läkemedelsskåpen inte kan betraktas som oåtkomliga för obehöriga. Inom ordinärt boende har vi inga låsbara läkemedelsskåp. Genom att inte säkra upp för att läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga så bryter Vård och Omsorg mot socialstyrelsens författning.

Vård och Omsorgsnämnden fattade under 2020 beslut om att införa läkemedelsskåp med digitala lås. För att förenkla så slogs upphandlingen av digitala lås till läkemedelsskåp ihop med upphandling av digitala dörrlås, vilket gjort att Vård och Omsorg fortfarande inte har några låsbara läkemedelsskåp. Arbete med upphandling pågår och förhoppningsvis kommer upphandling och införande att genomföras under 2021.

Hjälpmedel

Extern hjälpmedelsleverantör

Till följd av 2018 års brister har följsamheten till avtalet och förseningar genomförts i mars respektive november 2020. Vid båda tillfällena är det endast enstaka försenade leveranser som inte är åtgärdade. Orsakerna är brister i återkoppling, några ärenden med lång tid för hämtning samt administrationen av antidekubitusmadrasser. Sammanfattningsvis en markant förbättring. En halvering av antalet inrapporterade brister, vilka nu ligger i nivå med åren före 2018. De förseningar som finns är inte lika långdragna, vilket minskar risken för utebliven insats hos patient. Ingen av 2020 års förseningar eller andra inrapporterade brister har orsakat allvarlig vårdskada.

Brutna räkenskaps år	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20
Totalt antal inrapporterade brister (avvikelser)	836	997	680	847	743	1330	2224	1011
Brister hos hjälpmedelsleverantören (%)	59	49	58	40	55	61	70	62
Brister hos underleverantör (%)	14	19	14	18	13	17	10	14
Brister hos kommunerna (%)	2	1	3	15	1	1	>1	0
Bedömda som ej avvikelser (%)	25	30	24	26	31	21	19	22
Procent av avvikelserna som berör förseningar (%)	28	33	27	35	17	37	56	38

Anmälan enligt 2§ 6 kap SOSFS 2008:1

Inga anmälningar om negativa händelser med medicintekniska produkter har gjorts under 2020.

Säkerhetsmeddelanden

10-gruppen och Sodexo hjälpmedelsservice administrerar och lägger gemensamt upp planer för säkerhetsmeddelandena. 2020 är det ett säkerhetsmeddelande för arbetsstolar som berört Eslövs kommun. Det är svetsfogar i underredet på arbetsstolar. Åtgärden är kontroll av tekniker.

Egen kontroll av lyftordinationer

Det fanns en planerad egenkontroll av lyftordinationer, som fått ställas in på grund av pandemiläget (planerat november 2020). Lyftordinationen

är det skriftliga dokument som beskriver hur en överflyttning av en patient med lyft ska genomföras. Syftet är att undvika olyckor i samband med förflyttningen.

Framtida behov

Fortsatt följa samverkan med den externa leverantören av hjälpmedel.
Egen kontroll av lyftordinationer i nytt journalsystem.

Hantering av avvikelser

Verksamheterna har fortsatt problem med att hantera avvikelserna inom stipulerad tid. Från MAS sida finns en stor tolerans för att allvarliga och större utredningar kan ta tid och att utredningar inte hinns göras under de 30 dagar verksamheten har på sig.

Det är dock inte de stora utredningarna som tar tid, utan det är avvikelser gällande ej givna läkemedel och utredningar kring fall som inte blir färdiga och avslutas i tid. Av de 4103 avvikelser som rapporterades under 1 januari till den 30 november 2020 tog 1534 längre tid än 30 dagar.

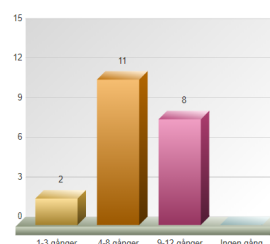
Snitttiden för en utredning var 37 dagar. Detta är en försämring sedan 2019, men samtidigt har verksamheten varit hårt belastad under 2020 av pandemin. Att jämföra med föregående år blir inte på något sätt rättvisande.

Resultat av arbetet med avvikelser

Enligt riktlinje ska enhetschef ta upp avvikelser med medarbetargruppen en gång per månad då även åtgärder tas fram. Flertalet av enhetscheferna tar upp avvikelser 4-8 gånger per år, men en hög andel tar upp frågan 9-12 gånger per år. Det finns dock några enhetschefer som inte tar upp detta mer än 1-3 gånger per år. Samtliga tar dock upp frågan minst en gång per år.

Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen om avvikelser (episod på minst 10 minuter för att det ska räknas som en gång) under 2020?

Namn	Antal	%
1-3 gånger	2	9,5
4-8 gånger	11	52,4
9-12 gånger	8	38,1
Ingen gång	0	0
Total	21	100
Svarsfrekvens		
100% (21/21)		



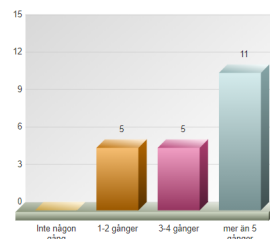
Enhetscheferna upplever ändå till stor del att verksamheten utvecklas genom arbetet med avvikelser. Samtliga enhetschefer rapporterar att någon gång under året så har arbetssätt förändrats som ett resultat av arbetet med avvikelser.

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



Namn	Antal	%
Inte någon gång	0	0
1-2 gånger	5	23,8
3-4 gånger	5	23,8
mer än 5 gånger	11	52,4
Total	21	100

Svarsfrekvens
100% (21/21)



De förändringar i arbetssätt som enhetscheferna tar upp är:

- bättre följsamhet till riktlinje/rutin
- ökat teamsamarbete
- arbete med lågaffektivt bemötande
- arbete med att förbättra kommunikationen,
- tydliggöranden i rutiner så att inget kan missförstås,
- bättre individanpassade insatser för brukarna

Lex Maria

Under 2020 har inga lex Maria anmälningar gjorts till IVO.

Patientnämnd

Under 2020 har inga ärenden gällande patient i Eslöv anmälts in till patientnämnden.

Klagomål och synpunkter

Inkomna klagomål under 2020

Det har inkommit ett fåtal klagomål inom rehab och hjälpmedelsområdet. 2020 har det rört personer som vill ha hjälpmedel som kommunen inte tillhandahåller. Till exempel elektrisk arm- och bencykel. Enstaka fall av brister i bemötande.

Det finns behov av ett tydligt ställningstagande från vårdgivarens sida kring den elektriska arm- och bencykeln.

Det har inkommit två klagomål från närstående av den allvarlighetsnivå att MAS har utrett. Båda utredningarna ledde till att åtgärder behövde vidtas i verksamheten, men ingen av dem bedömdes av vara av karaktären allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och därför gjordes ingen anmälan till IVO.

Åtgärder som behövde vidtas var:

- Samtal med enskilda sjuksköterskor kring var de brustit.
- Samtal med samtliga sjuksköterskor kring sjuksköterskans ansvar.
- Påminnelse till verksamheten om att rapporteringsstödet ska användas vid rapport till sjuksköterska.
- Påminnelse till alla om att all rapportering ska ske enligt metoden SBAR.
- Förtydligande i delegeringsutbildningen kring vilket ansvar som

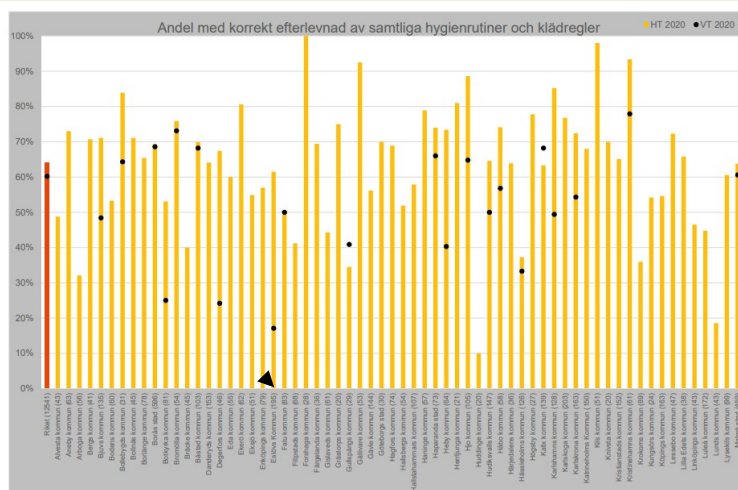
- följer med begreppet administration av läkemedel.
- Vikten av en god kommunikation med närstående.

Förhindra smittspridning

Vård och Omsorg deltog under våren i SKR:s årliga punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och klädregler. Då att förhindra smittspridning var ett av de viktigaste områdena inom patientsäkerhetsarbetet under 2020 så införde SKR ytterligare en punktprevalensmätning på hösten 2020. Vård och Omsorg deltog även vid denna mätning.

Vård och Omsorg har gått från att endast 18 procent hade korrekt utfört i alla åtta steg våren 2020 till att på hösten 2020 hade 62 procent samtliga åtta steg korrekt utförda. Givetvis är 100 procent målet, men det är ett oräddigt lyft i efterlevnad av basala hygienrutiner.

Vad	Eslövs värde (%) 2019	Eslövs värde (%) Våren 2020	Eslövs värde (%) Hösten 2020	Riket (%) Hösten 2020
<i>Basala hygienrutiner</i>				
Korrekt användning av förkläde	85	83	88	89
Korrekt användning av handskar	95	98	98	98
Desinfektion av händer efter	82	81	88	95
Desinfektion av händer före	48	18	68	75
Samtliga fyra korrekt basala hygienrutiner	45	18	62	68
<i>Klädregler</i>				
Kort/ uppsatt hår	100	98	100	99
Korta rena naglar	98	100	99	98
Fria armar	95	94	98	98
Korrekt arbetsdräkt	100	100	100	98
Samtliga fyra korrekt klädregler	95	92	98	93
<i>Korrekt samtliga åtta rutiner och regler</i>	45	18	62	64



Enhetscheferna ansvarar för att basal hygienrutiner efterlevs i deras verksamhet samt att en gång per månad lyfta frågan i arbetsgruppen. Flertalet gör också detta, men det finns några chefer som lyfter frågan väldigt sällan. En förbättring från förra årets mätning har skett då samtliga har lyft frågan om basala hygienrutiner. Trots detta kan man ändå se med viss oro på att en tredjedel av enhetscheferna under ett år med pandemi inte haft frågan om basala hygienrutiner uppe oftare. Detta samtidigt som en majoritet av enhetscheferna beskriver att de ser en stor förbättring i efterlevnad hos medarbetarna efter det att frågan lyfts på arbetsplatsen.

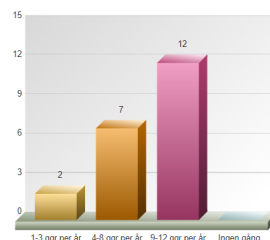
Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen om basala hygienrutiner (episod på minst 10 minuter för att det ska räknas som en gång) under 2020?



Namn	Antal	%
1-3 ggr per år	2	9,5
4-8 ggr per år	7	33,3
9-12 ggr per år	12	57,1
Ingen gång	0	0
Total	21	100

Svarsfrekvens

100% (21/21)



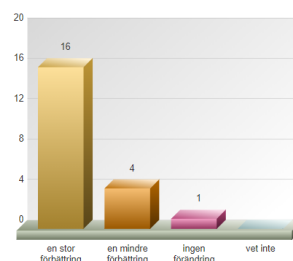
Hur upplever du efterlevnaden av basala hygienrutiner efter att ni har haft uppe frågan i gruppen?



Namn	Antal	%
en stor förbättring	16	76,2
en mindre förbättring	4	19
ingen förändring	1	4,8
vet inte	0	0
Total	21	100

Svarsfrekvens

100% (21/21)



Parallellt med de punktprevalensmätningar som SKR arrangerar så har Vård och Omsorg även genomfört egenkontroll i hemvården gällande basala hygienrutiner. Egenkontrollen genomförs som självskattning genom att varje medarbetare får svara på ett antal enkätfrågor. Tanken med dessa egenkontroller är inte att resultatet ska redovisas, utan att svaren på

frågorna ska ge enhetscheferna ett underlag för samtal om basala hygienrutiner på möten med medarbetarna. Med tanke på enhetschefernas beskrivning om att efterlevnaden av basala hygienrutiner ökar när man haft upp det till samtal så är det viktigt att ge enhetscheferna ett verktyg för att starta dessa samtal. Resultatet av egenkontrollerna ger också enhetschefen en bild av hur efterlevnaden av basala hygienrutiner är i verksamheten.

Arbete förebyggande genom att utveckla användningen av nationella kvalitetsregister

Eslövs kommun 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

I Senior Alert identifieras patienter med risk för undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen. I nuläget görs registreringar i Senior Alert enbart på särskilt boende.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI-22	Fall	Munhälsa grad 2
Eslövs kommun	281	86% 441 av 510	92% 406 av 441	96% 423 av 441	66% 270 av 409	53 39 personer	98 personer	79 28 personer	85 personer
Trycksår		34% 172 av 510	90% 155 av 172	94% 161 av 172	68% 109 av 161				
Undernäring		52% 263 av 510	95% 250 av 263	95% 249 av 263	71% 165 av 233				
Fall		68% 347 av 510	98% 340 av 347	96% 333 av 347	69% 227 av 329				
Munhälsa		33% 170 av 508	92% 157 av 170	92% 157 av 170	64% 101 av 158				

Resultatet av 2020 års mätningar visar att fler unika personer riskbedömts jämfört med 2019. Då mätningarna de senare åren visat en vikande trend i antal unika personer så är det glädjande att denna trend bryts. I 86 procent av riskbedömningarna har en risk identifierats. I 96 procent av de fall med funnen risk har en åtgärdsplan satts, vilket är en liten försämring från 2019 då 99 procent fick en insatt åtgärdsplan. I endast 66 procent av fallen finns det dokumenterat att åtgärden är utförd och uppföljd.

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 66 procent av riskbedömningarna.

Planen är att införa Senior Alert även i ordinärt boende och inom funktionsnedsättning, men det har ännu inte funnits utrymme för detta. MAS har haft samtal med verksamhetschef för ordinärt boende och för funktionsnedsättning och de ska meddela MAS när verksamheterna är redo för uppstart. Under 2020 har den största anledningen till att detta inte hänt varit den pågående pandemin. Det har under rådande förutsättningar inte funnits någon möjlighet till att införa något nytt.

Trycksår

Registreringarna i Senior Alert för 2020 visar att 39 patienter har 53 trycksår. Detta kan jämföras med 2019 då 26 patienter hade 33 trycksår. Detta visar en tydlig ökning av både antalet patienter med trycksår och antalet trycksår (varje patient kan ha flera trycksår). Av 2020 års resultat har 41 sår uppkommit i egen verksamhet, fyra i annan verksamhet (t ex på sjukhus) och i åtta fall är det oklart var såret uppkommit. Att antalet trycksår som uppkommit i egen verksamhet ökat från 19 trycksår år 2019 till 41 trycksår år 2020 är alarmerande och något verksamheten måste arbeta hårt med under 2021. Att förhindra uppkomst av trycksår är grundläggande i omvårdnadsarbetet.

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
Kategori 1	Hudrodnad som inte bleknar vid tryck	31
Kategori 2	Delhudsskada t ex sår med rosa botten, blåsa	13
Kategori 3	Fullhudsskada; sår där subkutan fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte	5
Kategori 4	Djup fullhudsskada; sår som involverar ben, sena eller muskel	4

Exempel på åtgärder 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
- Beräkning av kosten
- Konsistensanpassning
- Näringsdryck

Undernäring

Enligt riskbedömningen har 98 personer ett BMI som understiger 22. Detta är en ökning med två personer sedan 2019. 132 personer har en enligt registrering i senior alert haft en ofrivillig viktninskning under 2020. Motsvarande tal för 2019 var 119 personer.

Bland de bakomliggande faktorerna till risken är en av de vanligaste orsakerna som uppges 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. Enligt Socialstyrelsen är det inte lämpligt att nattfastan är längre än 10–11 timmar.

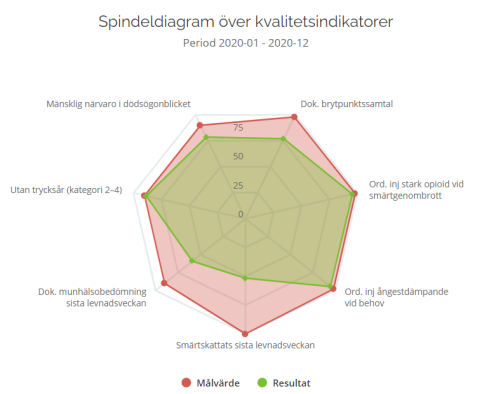
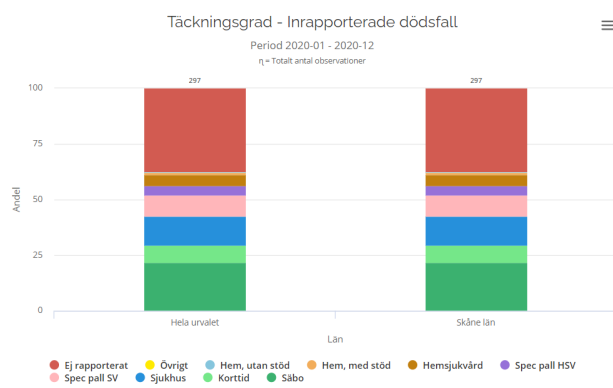
Under ett flertal år har 11 timmars nattfasta funnits med som en av de vanligaste orsakerna till undernäring och det krävs nu ett nytt arbetssätt som säkerställer att ingen har 11 timmars nattfasta.

Munhälsa

I 2020 års mätningar har 58 personer munhälsoproblem av grad 2 och 3. 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. Under 2020 planerades en större utbildningsinsats för omvårdnadspersonal gällande mun och tandvård. Denna fick tyvärr ställas in på grund av pandemin.

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 avlidne 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. För att statistiken ska vara helt tillförlitlig ska antalet inrapporterade dödsfall ligga på minst 70 procent. Eslövs kommun ligger på 63 procent. Det är inte enbart sjuksköterskorna i Eslövs kommun som brister i denna registrering. Redovisningen bygger på samtliga till Skattemyndigheten inrapporterade dödsfall per kommun. Detta innebär att samtliga vårdgivare måste hantera registreringen korrekt för att uppnå 100 procent.



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 (%)
Smärtskattning	30	75	62	51
Munhälsa	45	65	60	59

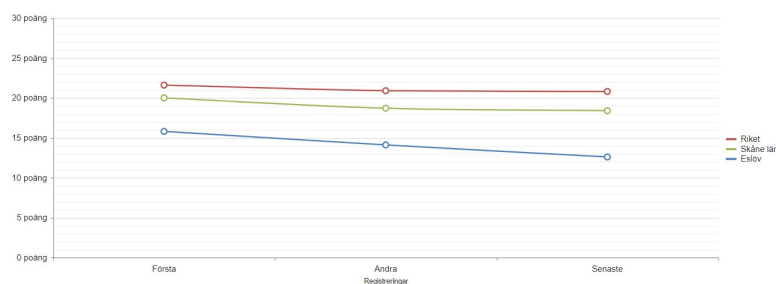
En nedåtgående trend ses sedan uppgången 2018. Värdena är fortsatt bättre än vid start 2017, men en nystart i detta arbete krävs under 2021.

BPSD registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång 90 procent av alla med demenssjukdom. Symtomen 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 i särskilt boende och framför allt på Kärråkra demensboende.

Vi arbetar mycket med BPSD registreringar och tar fram handlingsplaner på individnivå efter det resultat vi får fram. Vi har låga poäng i våra mätningar vilket visar på bra resultat. Problemet vi har är att detta arbete inte sker i teamsamverkan, utan genomförs enbart av omvårdnadspersonalen.

Det var planerat utbildningsinsatser i arbetet med BPSD under 2020. Dessa utbildningsinsatser fick tyvärr ställas in på grund av pandemin. Eslövs kommun har en certifierad utbildare som skulle hållit i utbildningarna för övriga medarbetare.



	2017	2018	2019	2020
Eslöv (Registeringar)	294	312	300	222
Eslöv (Registeringar med team)	22	23	27	8
Undersköterska	90% (265)	76% (239)	90% (270)	96% (215)
Sjuksköterska	10% (31)	10% (32)	10% (31)	5% (11)
Arbetssterapeut	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (1)
Fysioterapeut	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (1)

Rikssår

Beslut fattades inom vård och omsorg att gå in i det nationella kvalitetsregistret Rikssår under 2020. Tyvärr gick inte detta införa på grund av pandemin.

Delegeringar

Med ett ökat antal svårt sjuka patienter som kräver en högre grad av hälso- och sjukvårdsinsatser tillsammans med det faktum att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor skapas ett ökat tryck från verksamheten gällande delegeringar. Det innebär alltid en risk när hälso- och sjukvårdsuppgifter överlämnas till personal som inte har formell kompetens.

En sjuksköterska har i snitt 30-40 omvårdnadspersonal med delegeringar som ska följas upp. Inom LSS området har sjuksköterskorna ett hundratal delegeringar att hantera per sjuksköterska. Vi har i nuläget inom vård och omsorg 1150 medarbetare som har en delegering. Varje medarbetare kan sedan ha flera olika delegeringar.

Det stora antalet delegerad omvårdnadspersonal per sjuksköterska gör att uppföljningarna inte sker på ett tillfredsställandesätt. Uppföljning sker i princip enbart vid skedd avvikelse och när omvårdnadspersonal ska förnya sina delegeringar. Inom detta område behöver Vård och Omsorg göra ett arbete för att säkerställa att legitimerad personal som utfärdar delegeringar också har utrymme för att följa upp dem.

Dokumentation

Journalgranskning genomförs årligen av MAS och MAR. Fokus under 2020 har legat på införandet av nytt dokumentationssystem med införande i februari 2021.

Under 2019 övergick sjuksköterskorna från att dokumentera enligt VIPS till att dokumentera enligt KVÅ. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter gjorde också en tydligare övergång till KVÅ från hur de tidigare dokumenterat. Nu tas nästa steg genom att Vård och Omsorg övergår till ett nytt dokumentationssystem. Tanken var att övergången skulle skett under 2020, men då dels leverantören inte var färdig med sitt utvecklingsarbete gällande HSL-delen av verksamhetssystemet och dels pandemin tog alla resurser så kommer övergången att ske under 2021 istället.

God och likvärdig rehabilitering

För att öka kvalitén och likheten i omhändertagandet har rehabenheten påbörjat beskrivningar av vårdförlopp i ”Lokala Vårdprogram för rehabilitering”. Här beskrivs bland annat vilka bedömningsinstrument som ska användas, vanliga metoder samt uppföljningsstrategier.

Under 2020 skapades:

- Lokalt vårdprogram för rehabilitering vid covid-19
- Lokalt vårdprogram för rehabilitering vid tidig demenssjukdom

Mål för 2021

- Ett fortsatt arbete med att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner
- En utveckling av journalgranskningen
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande sårvård
- Ett fortsatt arbete med lokala vårdprogram inom rehabilitering
- Implementering av God och nära vård
- Ett arbete med SKRs verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete