

Patientsäkerhetsberättelse För Eslövs kommun År 2022

Med plan för 2023



Datum
20230301
Ansvarig för innehållet
Pia Arndorff, MAS
Karin Ingelstedt Thunberg, MAR
Diarienummer VoO.2023.0117

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	8
.....	
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	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter	30
Öka riskmedvetenhet och beredskap	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	31

SAMMANFATTNING

Året 2022 har fortsatt varit ett år med mycket fokus på pandemin. Arbetet har dock inte varit lika totalt inriktat på pandemin som det föregående året. Tid har givits till att åter påbörja arbetet med ett långsiktigt strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Fortsatt har det varit viktigt att under året arbeta med att förebygga smitta och minska smittspridning av Coronavirus. Direktiv och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, Smittskydd Skåne och Vårdhygien Skåne har utgjort grund för intern såväl som extern kommunikation, riskbedömningar, rutiner och riktlinjer. En god samverkan mellan kommun och primärvård har varit nödvändig för att hantera provtagning, smittspårning och vaccination mot covid-19.

Basala hygienrutiner har givetvis fortsatt att vara i fokus och mätningar visar att vi under 2022 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.

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 påbörjats gällande den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.

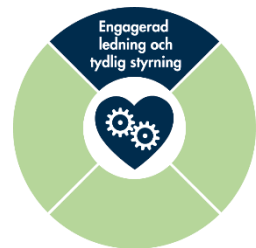
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 2022

- Ett fortsatt arbete med att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner
- En utveckling av journalgranskningen
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande minskning av antalet patienter med trycksår samt minskning av antalet sår
- Validerad smärtskattning ska finnas dokumenterad i patientjournal hos alla patienter i livets slut
- Munhälsobedömning enligt ROAG ska finnas dokumenterad i patientjournal hos patienter i livets slut
- Ett arbete med SKRs verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete
- 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 2022 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 enhetschef för rehabilitering 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 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.
- 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.

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), 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 legitimerad personal 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.
- MAS och enhetschef för sjuksköterskorna har regelbundna träffar varannan vecka för samtal kring patientsäkerhetsrelaterade frågor.
- MAS har under 2022 skickat ut informationsmail till de enhetschefer inom vård och omsorg som har personal i patientnära arbete. Information har bland annat gällt förändringar från vårdhygien gällande arbetet med covid-19.
- 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 träffar de fyra verksamhetscheferna en gång per månad.

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 information 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 den enskilde själv välja 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 och socialtjänst av god kvalitet.
- *HSL pärm*
Varje patient som är berättigad kommunal hemsjukvård får en pärm, där bland annat ordinationer och vårdplaner 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.

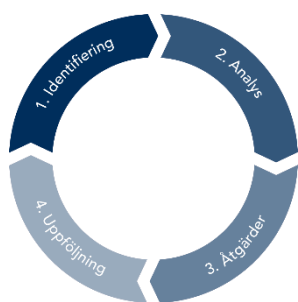
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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 2022 arbetet med detta åter kommit igång. En fortsatt stor personalomsättning främst bland sjuksköterskor är fortsatt 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 2022.



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 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

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 2022 fortsatt sin granskning av äldreboenden. De har under 2022 gjort en inspektion i Eslöv och intervjuat boende på två olika vård och omsorgsboende i kommunen, de har intervjuat sjuksköterskor i kommunen samt intervjuat hälso- och sjukvårdsledningen i kommunen. Denna typ av inspektion har IVO gjort i samtliga kommuner i Sverige. Beslut från IVO efter inspektionen kommer under 2023.

Patientnämnden

Under 2022 har det inte inkommit något ärende till Patientnämnden gällande patient i Eslöv.

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. Den har varit särskilt aktuell under pandemin, men är alltid viktig. Under 2022 har personalen genomgått utbildningar gällande basala hygienrutiner och klädregler. Förutom deltagande i SKR:s årliga punktprevalensmätning (ppm) gällande basala hygienrutiner så har en egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner startats upp under 2022. Egenkontrollen är rekommenderad av vårdhygien Skåne och MAS har varit ute i verksamheterna och startat upp detta arbete i varje chefsområde.

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 2022 fanns inom vård och omsorg 1190 delegerade arbetsuppgifter fördelade på 870 omvårdnadspersonal. 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. Med 870 medarbetare delegerade så innebär detta att varje sjuksköterska har mellan 30 och 50 omvårdnadspersonal att delegera samt följa upp.

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 låga kontinuiteten av legitimerad personal generellt i 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 2022 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.

- **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 påbörjade under 2022 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 kvalitet. Under dessa granskningar har MAS och MAR funnit brister. Under 2022 har därför en dokumentationsgrupp bildats inom vård och omsorg. Deltagare är MAS, MAR, SAS, enhetschef för sjuksköterskor, enhetschefer för omvårdnadspersonal, superanvändare hos sjuksköterskor och rehabpersonal samt systemförvaltare. Resultatet av arbetet i denna grupp leder till samordning av beslut kring hur och var dokumentation ska ske. Detta i sin tur leder till tydligare beslut och enklare vägar för utbildning. Arbetet syftar till att skapa en patientdokumentation där man kan följa patientens vård och som därigenom leder till en patientsäker omvårdnad.

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.

Arbetet med vårt nya avvikelssystem fortsätter. Då det har varit problem för legitimerad personal att genomföra korrekta utredningar i systemet så har utbildningsinsatser hållit under våren 2022. Systemförvaltare och MAS har gemensamt hållit i dessa utbildningar.

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

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 2022 gjordes registreringar i Senior Alert enbart på vård och omsorgsboende.

Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
	277	85% 432 av 507	94% 404 av 432	98% 422 av 432	64% 256 av 397	17 13 personer	84 personer	58 29 personer	87 personer
Trycksår		27% 135 av 507	91% 123 av 135	99% 133 av 135	72% 92 av 128				
Undernäring		46% 235 av 507	96% 225 av 235	98% 230 av 235	64% 134 av 209				
Fall		68% 344 av 507	97% 334 av 344	99% 342 av 344	63% 195 av 308				
Munhälsa		35% 177 av 506	94% 166 av 177	99% 175 av 177	80% 130 av 163				

Resultatet av 2022 års mätningar visar att 277 unika personer riskbedömts. I 85 procent av riskbedömningarna har en risk identifierats. I 98 procent av fallen med funnen risk har en åtgärdsplan satts in. I 64 procent av fallen där en åtgärdsplan satts in finns det dokumenterat att åtgärden är utförd och uppföljd. Detta är inte ett tillräckligt bra resultat och en försämring från 2021 då utförda åtgärder vid risk var 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 64 procent av riskbedömningarna så här finns en viktig utvecklingsdel.

Planen är att införa Senior Alert även i ordinärt boende och inom funktionsnedsättning. Utbildningsinsatser för personal genomfördes under hösten 2022 för att riskbedömningar även ska göras i ordinärt boende med start våren 2023. Under hösten 2023 kommer utbildning och planering att ske för införande av Senior Alert inom funktionsnedsättning.

Trycksår

Registreringarna i Senior Alert för 2022 visar att 13 personer har 17 trycksår. Detta är en stor förbättring mot 2021 då 26 patienter hade 39 trycksår. Detta är det bästa resultat som uppmäts inom vård och omsorg sedan riskbedömningarna enligt senior alert startade 2017. Givetvis ska ingen patient behöva ha trycksår, men ett strategiskt patientsäkerhetsarbete visar här goda resultat.

Av 2022 års resultat kan utläsas att nio sår uppkommit i egen verksamhet, fyra 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 minskat från 30 år 2021 till nio år 2022.

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	2022 10	2021 23	2020 31
Kategori 2	Delhudsskada t ex sår med rosa botten, blåsa	2	11	13
Kategori 3	Fullhudsskada; sår där subkutan fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte	4	3	5
Kategori 4	Djup fullhudsskada; sår som involverar ben, sena eller muskel	1	2	4

Vanliga 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

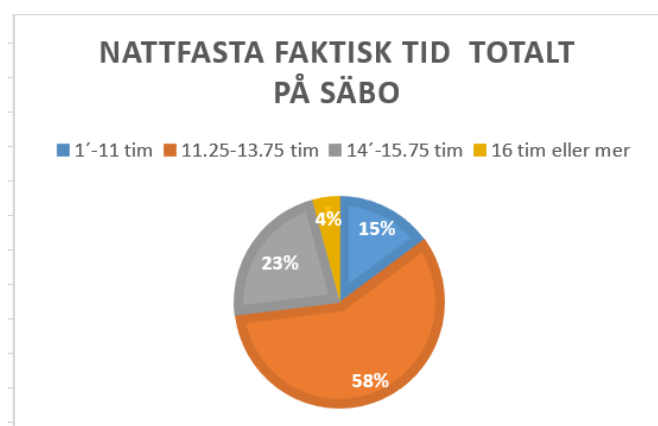
Sedan 2019 har vård och omsorg arbetat enligt MAS riktlinje för nutrition som bygger på socialstyrelsens rekommenderade sätt att arbeta med nutrition. Man kan se en svag minskning av antalet personer med ett BMI mindre än 22 och det samma gäller personer med ofrivillig viktninskning. Minskningen är dock så pass liten att bedömningen är att de åtgärder som gjorts inte är tillräckliga

År	BMI mindre än 22 Antal personer	Ofrivillig viktninskning Antal personer
2019	96	115
2020	98	132
2021	94	107
2022	84	96

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. 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 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 och korttiden. 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.

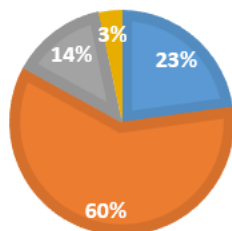
Resultat från egenkontroll nattfasta



Endast 15 procent av patienterna på vård och omsorgsboendena i Eslöv har en nattfasta som är 11 timmar eller mindre. Fyra procent har en nattfasta som överstiger 16 timmar.

NATTFASTA ERBJUDEN MAT MEN TACKAT NEJ

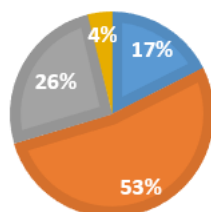
■ 1'-11 tim ■ 11.25-13.75 tim ■ 14'-15.75 tim ■ 16 tim eller mer



Även om vi räknar med att vi erbjudit mat, men patienten tackat nej, så är det enbart 23 procent som har en nattfasta som är 11 timmar eller mindre. Tre procent har en nattfasta som är längre än 16 timmar.

NATTFASTA PATIENTER MED BEDÖMD RISK FÖR UNDERNÄRING

■ 1'-11 tim ■ 11.25-13.75 tim ■ 14'-15.75 tim ■ 16 tim eller mer



Av de patienter som i senior alert bedömts ha risk för undernäring så är det enbart 17 procent som har en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Även i denna grupp har fyra procent en nattfasta som är 16 timmar eller längre.

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. Förutom att enhetschefer och sjuksköterskor är informerade om resultatet så är kvalitetscontrollern och måltidsutvecklaren på serviceförvaltningen informerad om resultatet. Tanken är att vi under 2023 ska kunna genomföra gemensamma åtgärder för att åtgärda detta problem.

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.

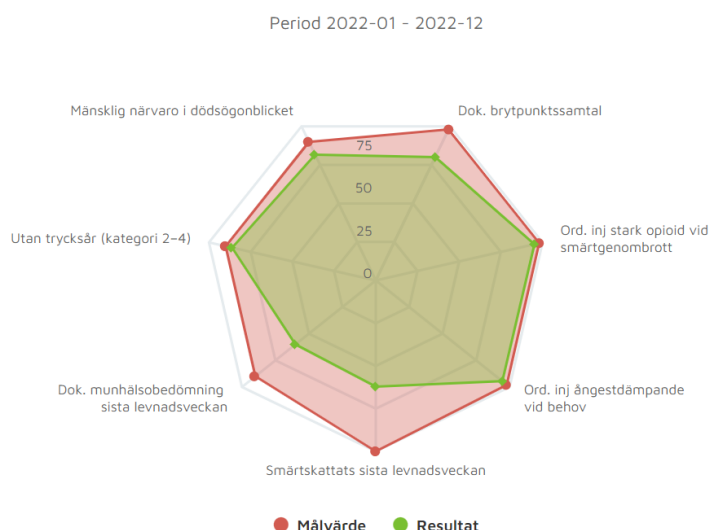
Ny egenkontroll gällande nattfastan kommer att genomföras hösten 2023.

Munhälsa

I 2022 års mätningar har 87 personer munhälsoproblem av grad 2 och 3. Enligt 2021 års mätning visade detta 84 personer. 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.

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.



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.

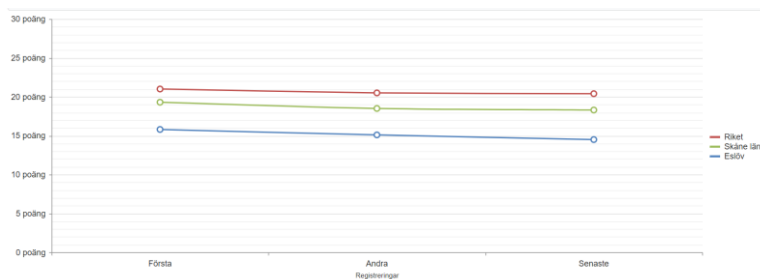
Indikatorer	Värde 2017 mot målvärde (%)	Värde 2018 mot målvärde (%)	Värde 2019 mot målvärde (%)	Värde 2020 mot målvärde (%)	Värde 2021 mot målvärde (%)	Värde 2022 mot målvärde (%)
Smärtskattning	30	75	62	51	54	62
Munhälsa	45	65	60	59	62	60

En nedåtgående trend ses sedan uppgången 2018. Värdena är fortsatt bättre än vid start 2017 och en viss uppåtgående trend kan ses gällande smärtskattning. När det gäller munhälsa ses ingen

större förändring över tid. Under 2023 kommer ett förbättrat arbete med vård av patienter i livets slut att vara prioriterat.

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. Arbete 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.

Rikssår

Beslut har fattats inom vård och omsorg att gå in i det nationella kvalitetsregistret Rikssår under 2020. Tyvärr har det på grund av pandemin inte funnits möjlighet att ansluta till en nytt kvalitetsregister. Under 2022 har vi avvaktat att gå med, då vi inväntar det nationella vårdprogrammet för svårläkta sår och vad det programmet innebär för samverkan mellan kommunen och vårdcentralen gällande svårläkta sår. Detta förväntas vara klart under våren 2023.

Basala hygienrutiner

Vård och Omsorg deltog under våren 2022 i SKR:s årliga punktprevalensmätning 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. Även om denna sänkning av efterlevnaden är lite oroväckande så är ändå efterlevnaden betydligt mycket bättre än vid mätningen 2020.

En egenkontroll av efterlevnad har påbörjats under hösten 2022. Egenkontrollen genomförs i form av en nulägesbedömning. Efter denna nulägesbedömning ska handlingsplaner upprättas. MAS kommer att följa upp arbetet med handlingsplanerna genom besök i verksamheterna under hösten 2023.

Ett dokument för självskattning av efterlevnad av basala hygienrutiner har tagits fram. Detta dokument kan enhetschef använda inför samtal med arbetsgruppen om basala hygienrutiner.

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

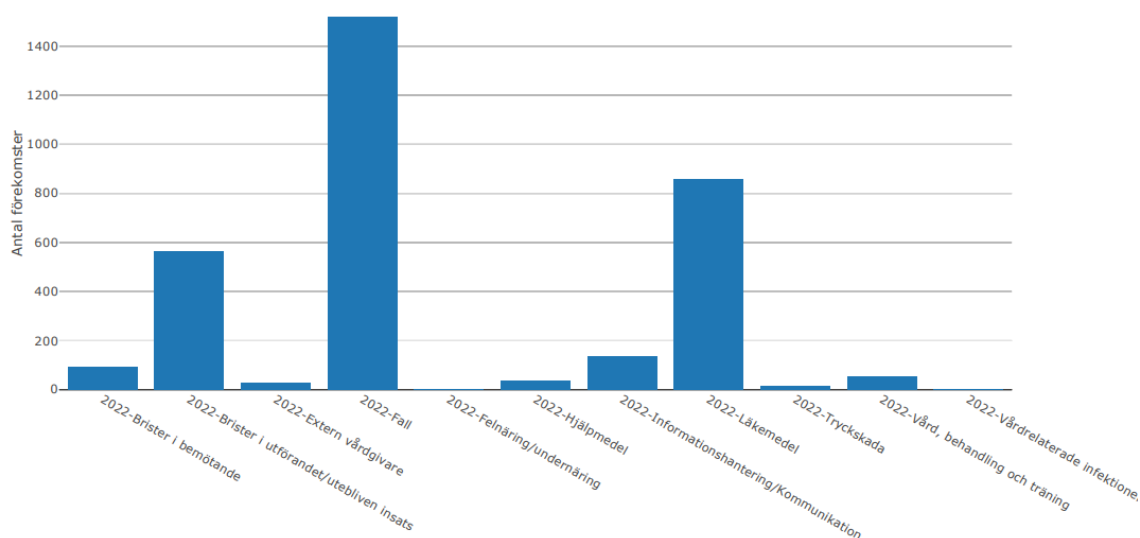
Avvikelser

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 avvikelser 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 2022 har det anmälts 2644 avvikelser gällande vårdskador, detta jämfört med 2021 då 3451 avvikelser redovisades. Det finns ingen tydlig förklaring till denna minskning av avvikelser. Det kan möjligen bero på att nytt avvikelssystem infördes 2021 och att det finns en okunskap kring hur man anmäler. Utbildningar i avvikelssystemet har genomförts under 2022, så en utvärdering sker under 2023.



Avvikelser läkemedel och fall

	2022	2021	2020	2019	2018
Läkemedel	860	785	932	1328	1546
Fall	1518	1594	1481	1958	1784

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. Tyvärr har andelen avvikelser mellan 2021 och 2022 åter ökat med 9 procent. Detta trots att antalet avvikelser totalt minskat kraftigt. 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.

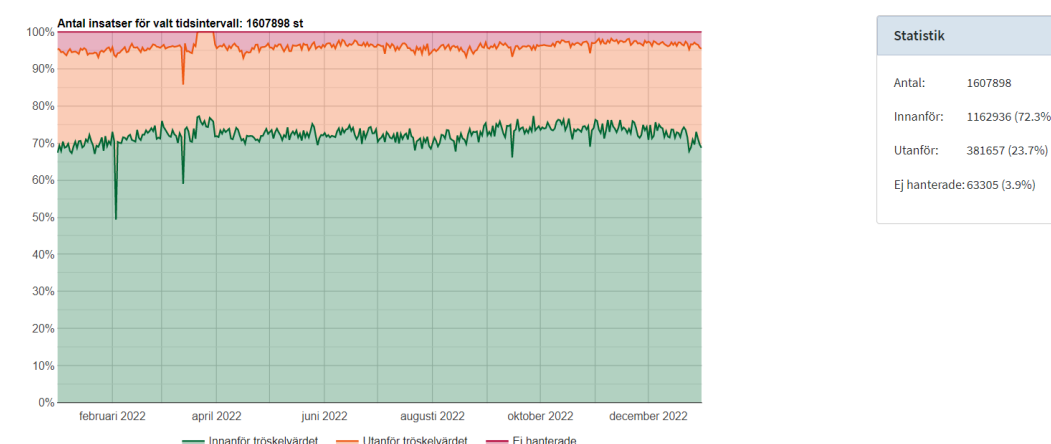
Tidigare kan en muntlig instruktion ha getts och sedan har uppföljning skett genom att signeringslistan fyllts i, i efterhand. Om det idag inte finns någon signeringslista i systemet så genereras en avvikelse. Alla brister gällande läkemedel och ordinationshandlingar syns omgående och genererar avvikelser. 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 72 procent av samtliga ordinationer och instruktioner utförs korrekt. 75 procent hanteras korrekt inom vård och omsorgsboende, 75 procent inom LSS och socialpsykiatri och 66 procent inom hemvården. Vård och Omsorg hanterade 1,6 miljoner ordinationer under 2022. Av dessa utfördes drygt 1,1 miljoner ordinationer helt korrekt. Tyvärr finns det en viss minskning av korrekt utförda ordinationer mellan 2021 och 2022. Då det även fanns en minskning mellan 2020 och 2021 så är detta en oroväckande tendens.

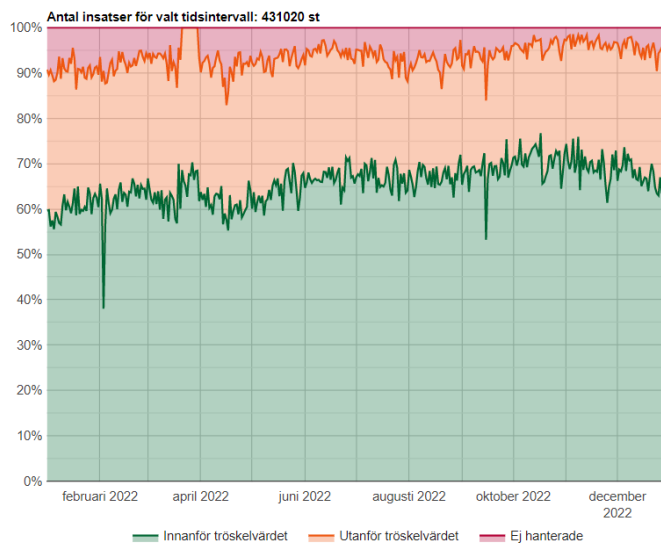
Ungefär 24 procent av samtliga ordinationer hanteras utanför ordinerad tidsram. Detta är ett problem som vi sett enda sedan starten. MAS har löpande informerat enhetschefer om denna problematik och att den behöver hanteras. Vid kontroller har det visat sig att väldigt mycket är ett hanteringsfel där 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.

Knappt fyra 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.

Vård och omsorg totalt



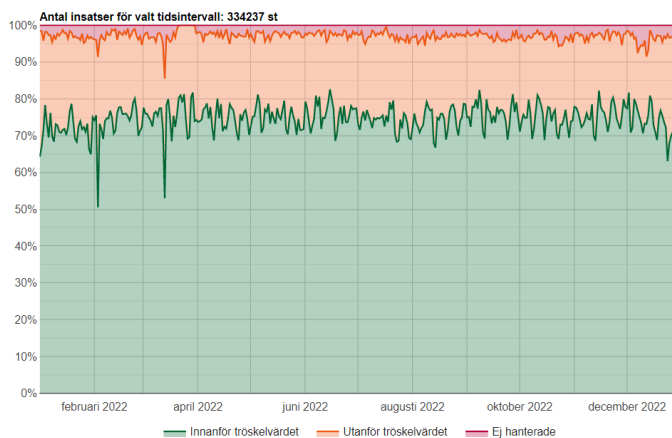
Hemvården



Statistik

Antal:	431020
Innanför:	284338 (66%)
Utanför:	119800 (27.8%)
Ej hanterade:	26882 (6.2%)

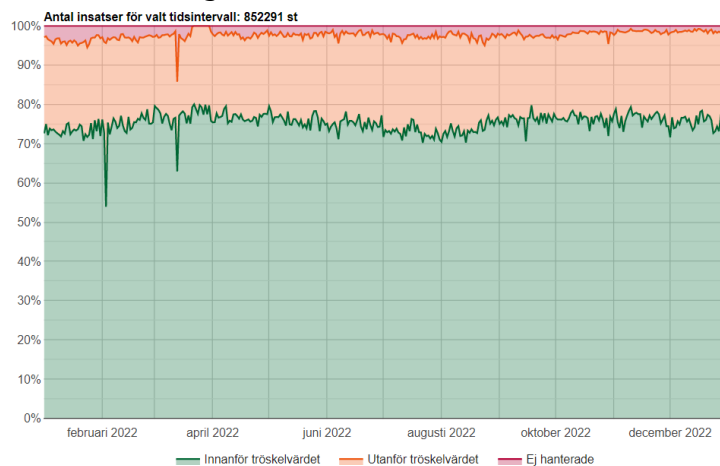
LSS och socialpsykiatri



Statistik

Antal:	334237
Innanför:	249199 (74.6%)
Utanför:	75217 (22.5%)
Ej hanterade:	9821 (2.9%)

Vård och omsorgsboende



Statistik

Antal:	852291
Innanför:	641553 (75.3%)
Utanför:	190429 (22.3%)
Ej hanterade:	20309 (2.4%)

Förvaring av läkemedel

Läkemedel ska enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 12 kap 1§ förvaras i låst utrymme, oåtkomligt för obehöriga. Under 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. Från 2022 efterlever vi därmed Socialstyrelsens krav på läkemedelsförvaring.

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 extern granskning inom vård och omsorg. Granskningen genomfördes av Apoteket AB. Generellt sett visar granskningen att vi har en god ordning gällande hanteringen av läkemedel. Den kritik vi fick var bland annat att det saknades lokala rutiner i verksamheten gällande beställning av läkemedel. Detta är nu infört i hela verksamheten. För att lösa en del övrig kritik kommer MAS, ansvarig sjuksköterska och respektive enhetschef i verksamheten att skapa handlingsplaner för dessa. Detta arbete kommer att ske under 2023.

Fall

Antal personer i Sverige (65 år och äldre) per 100 000 invånare med minst en vårdkontakt i slutet eller öppen specialiserad vård **till följd av fallolycka** år 2020. Uppdelat på boendeform och ålder.

Ålder 65-95 ⁺	Ordinärt boende utan hemtjänst	Ordinärt boende med hemtjänst	Särskilt boende	Annat boende
Antal	2878	1516	536	13

Tabell 1 Fallolyckor i slutet eller öppen specialiserad vård, per boendeform och åldersgrupp. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. * Inklusive personer med enbart trygghetslarm.

En vanlig orsak till att en person flyttar till särskilt boende är att han eller hon har fallit upprepade gånger, ofta som konsekvens av både fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Många i särskilt boende har en demenssjukdom som i sig innebär hög risk för fall och skador. Patienter på rehabiliterings- eller psykiatrisk avdelning har högst fallrisk. I tabellen nedan visas antal fallhändelser per person och år för olika boendetyper och sjukhusavdelningar. (SKL 2011).

Detta avser alltså en **normalvariation** av fall.

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Geriatrisk rehabiliteringsavdelning	Psykiatrisk 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 personår. Siffrorna anger spridningen (minimum-maximum) av data från flera studier

Särskilt boende

En fallfrekvens på 2,0–4,3 fall per personår (se tabellen ovan) innebär för ett särskilt boende med cirka 50 personer att det sker en fallhändelse *varannan eller var tredje dag*. Ungefär två av tre boende faller någon gång varje år och hälften av dem faller fler än en gång. Det finns också personer som faller mer frekvent. I en studie från Sverige rapporteras att tjugo procent föll tio gånger eller fler under ett år.

	Fallindex (fall/platser)		
Vård- och omsorgsboende/ år	2020	2021	2022
Bergagården	4,3 (90/48)	3,8 (184/48)	3,4 (165/48)
Gjutaregården	2,3 (88/38)	2,2 (82/38)	1,9 (72/38)
Solhällan	3,75 (180/48)	2,75 (132/48)	2,1 (102/78)
Trollsjögården	1,4 (79/56)	1,5 (83/56)	1,6 (87/56)
Kärråkra	3,4 (190/56)	3,6 (202/56)	3,2 (180/56)
Ölycke boende	3,5 (32/9)	3,1 (28/9)	2,4 (22/9)
Ölycke korttid	3,8 (85/22)	2,2 (48/22)	3,5 76/22)
Värlöken	2,3 (26/11)	2,5 (28/11)	1,1 (12/11)

Analys

Bergagården har minskat sin fallfrekvens under 2022. Trots det har Bergagården en högre fallfrekvens än övriga boenden. Här står tre personer för drygt 30 procent av fallen (varav en för 28 stycken).

Demensboendet på Kärråkra bedöms tillhöra kategorin *”Psykiatrisk avdelning”*. Som demensboende är det enligt forskningen förväntat att ha ett högre fallindex än övriga särskilda boenden. Kärråkra demensboende har, trots detta, minskat fallfrekvensen under året. Även här står ett fåtal patienter för många fall. Under 2022 har fyra patienter stått för 42 % av fallen.

Ölycke korttidsavdelning har under året ökat sin fallfrekvens. På rehabiliteringsavdelning är andelen fall ofta hög. En trolig anledning är att det på Ölycke korttidsavdelning, i regel, finns patienter som av olika anledningar inte kan återgå direkt till sitt hem efter avslutad sjukhusvistelse. Det faktum att de inte vårdas i sin kända miljö också utgör en förhöjd risk för fall. I ny och ovan miljö ökar risken för fall.

Fallpreventiva åtgärder med evidensbaserad effekt

Fallpreventiva åtgärder med evidensbaserad effekt på fallrisk har identifierats för hemmaboende äldre och äldre i särskilt boende.

- För *hemmaboende äldre* identifieras **tre** fallpreventiva åtgärder med evidensbaserad effekt:

- 1) Fysisk träning
- 2) Omgivningsanpassning (inklusive hjälpmedel)
- 3) Broddar på vinterväglag.

- För äldre i särskilt boende identifieras **en** fallpreventiv åtgärd med evidensbaserad effekt:

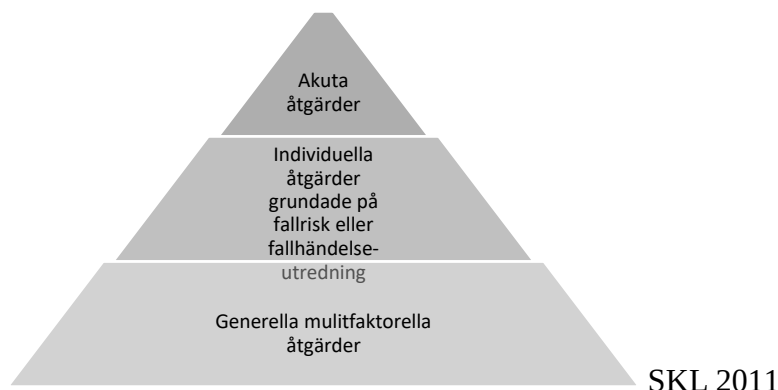
Multifaktoriella åtgärder

Det finns en stor avsaknad av vetenskapliga studier på effekter av fallpreventiva åtgärder för äldre i särskilt boende. Dessa äldre är ofta multisjuka med komplexa behov till följd av fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Detta gör dem till en svår ”studiepopulation”, vilket dels påverkar antalet studier som utförs och dels möjligheten att dra generella slutsatser om effekter på fallrisk utifrån tvetydiga resultat. Dessa faktorer påverkar möjligheterna att inkludera åtgärder för äldre i särskilt boende i rapportens kostnadseffektivitetsanalyser.

Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?

Det kan finnas stora kostnadsbesparingar att uppnå till följd av fallprevention, både ur ett kommunalt perspektiv och ur ett kombinerat kommunalt och regionalt perspektiv.

Kostnadsbesparingar kan möjliggöras genom att arbeta fallpreventivt för hemmaboende äldre **innan** de råkar ut för en fallskada, eller av annan anledning har behov av exempelvis kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Övergripande överväger kostnadsbesparingarna som uppnås genom minskade fallolyckor de kostnader som tillkommer av att implementera åtgärderna



Inom vård och omsorg arbetar vi tvärprofessionellt med multiprofessionella åtgärder kring de riskfaktorer som uppmärksammas. Detta gör vi bland annat i kvalitetsregistret Senior Alert. Detta innebär att risker identifieras, åtgärder planeras i teamet, genomförs och följs upp regelbundet. Förebyggande arbete bedrivs både individuellt och i grupp.

Fall registreras i avvikelssystem och analyseras av fysioterapeut och tas upp i teamet vid regelbundna möten. Här försöker man även se om det finns strukturella felkällor som utgör en ökad risk för patientsäkerheten och rapporterar i så fall dessa i avvikelssystem för vidare analys och åtgärder.

Framtida behov

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

Förflyttningsombud

Under hösten påbörjades en utbildning av förflyttningsombud på vård- och omsorgsboenden.

Förflyttningsombuden får en fördjupning av den förflyttningsutbildning som är obligatorisk för alla undersköterskor som verkar inom vård och omsorg.

Utbildningen innehåller:

- grundläggande förflyttningsteknik
- kraftriktningar
- ergonomi.
- bemötande, särskilt kring personer med kognitiv svikt
- pedagogik och kunskap hur man kan sprida kunskap vidare i arbetsgruppen

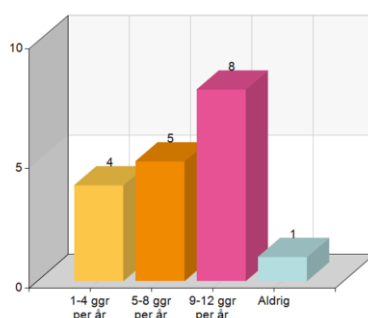
Resultat av arbetet med avvikelser

Enligt MAS riktlinje ska enhetschef ta upp avvikelser med medarbetargruppen en gång per månad då även åtgärder tas fram. Flertalet av enhetscheferna tar upp avvikelser 9-12 gånger per år, vilket är 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 2022?

Namn	Antal	%
1-4 ggr per år	4	22,2
5-8 ggr per år	5	27,8
9-12 ggr per år	8	44,4
Aldrig	1	5,6
Total	18	100

Svarsfrekvens
100% (18/18)

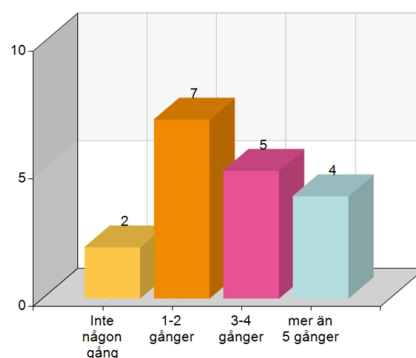


De flesta enhetschefer upplever att verksamheten har utvecklats genom arbetet med avvikelser, men i mindre grad än föregående år. Till skillnad från 2021 så är det några enhetschefer som inte upplevt att arbetet med avvikelser utvecklat verksamheten.

Hur många gånger under 2022 har arbetet med avvikelser lett till ett förändrat arbetssätt i din verksamhet?

Namn	Antal	%
Inte någon gång	2	11,1
1-2 gånger	7	38,9
3-4 gånger	5	27,8
mer än 5 gånger	4	22,2
Total	18	100

Svarsfrekvens
100% (18/18)



De förändringar i arbetssätt som enhetscheferna tar upp är:

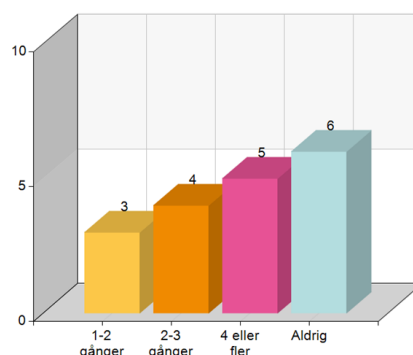
- bättre följsamhet till riktlinje/rutin
- ökat teamsamarbete
- arbete med att förbättra kommunikationen,
- tydliggöranden i rutiner så att inget kan missförstås
- nya rutiner som man upptäckt saknades
- bättre individanpassade insatser för brukarna

Enligt riktlinje ska verksamhetschef lyfta frågan om avvikelser med enhetscheferna 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 flera chefer inte haft något möte alls med sina kolleger gällande att lyfta avvikelser på aggregerad nivå.

Hur ofta har du under 2022 haft ett planerat möte med dina kolleger för samtal om avvikelser?

Namn	Antal	%
1-2 gånger	3	16,7
2-3 gånger	4	22,2
4 eller fler	5	27,8
Aldrig	6	33,3
Total	18	100

Svarsfrekvens
100% (18/18)



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.

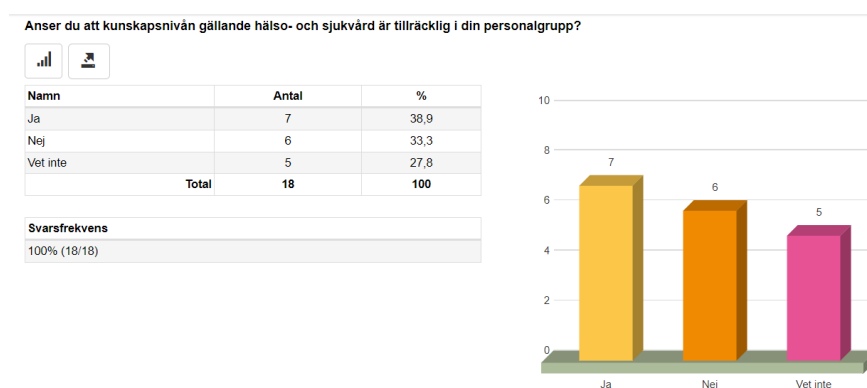
Öka riskmedvetenhet och beredskap

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 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 hälso- och sjukvårdsinsatser kräver mer utbildning än vad som kan ges i delegeringssituationer.

Hälso- och sjukvårdskunskap bland omvårdnadspersonal



Vid en förfrågan till enhetscheferna framkommer det en osäkerhet kring hälso- och sjukvårdskompetensen hos medarbetarna. Av arton tillfrågade enhetschefer anser sex chefer att personalen inte har tillräckliga hälso- och sjukvårdskunskaper samtidigt som fem av arton

enhetschefer inte vet om kunskaperna är tillräckliga. Detta innebär att elva av arton tillfråga 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. På frågan om hur man ska åtgärda detta så svarar cheferna att det behövs kurser, utbildningar som genomförs av sjuksköterskor och en större pool så att man inte behöver ta in vikarier.

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

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Efter två år med pandemi så har nu arbetet med det långsiktiga och strategiska patientsäkerhetsarbetet åter kommit igång. Det gäller att prioritera vad som ska startas upp, då det är många saker som behöver startas upp.

Att löpande mäta resultat via egenkontroller har påbörjats under 2022. 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.

Den höga omsättningen bland sjuksköterskor och att verksamheten i så hög grad som den gör, bemannas med bemanningssjuksköterskor är ett problem för utvecklingen av ett strategiskt och långsiktigt patientsäkerhetsarbete. Den legitimerade personalen är grunden i detta arbete och för att nå bra resultat så behövs en stabil grupp.

Grunden för patientsäkerhetsarbetet under 2023 kommer att vara det fortsatta 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 2023.

Mål för 2023

Mål	Metod	Mätning
Ökad efterlevnad av basala hygienrutiner	• Utbildning via webbplattform • Nyuppstart av hygienombud • Handlingsplaner enligt egenkontroll	• SKR:s ppm basala hygienrutiner • Utvärdering av handlingsplaner • Nulägesanalys enligt egenkontroll
Utveckling av dokumentationen	• Kollegiala granskningar • Utvecklat arbete i dokumentationsgruppen	• Kollegers bedömning • MAS och MARs granskning av slumpvis utvalda journaler
Kvalitetsarbete gällande nutrition	• Kvalitetsregistret Senior Alert • Egenkontroll nattfasta	• Journalgranskning • Följa resultat i senior Alert • Handlingsplaner efter egenkontroll nattfasta
Minskning av antalet patienter med trycksår samt minskning av antal sår	• Utbildning • Kvalitetsregistret Senior Alert	• Följa resultat i senior Alert • Egenkontroll
Utveckling av vård i livets slut	• Information • Utbildning	• Kvalitetsregistret Palliativregistret • Journalgranskning
Lokala vårdprogram inom rehabilitering	• Inventering av behov • MAR fördelar ansvar	• Färdigskrivna publicerade vårdprogram