|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Degerfors kommun Socialförvaltningen | **Patientsäkerhetsberättelse** | | Sida  1(1) |
| Datum  2023-03-01 |  | |
| Diarienummer; SN 68-2023 |  | |
|  | | | |
|  |  | | |
|  | | | |

**Patientsäkerhetsberättelse**

**Degerfors kommun**

**År 2022**



Ann Karlsson Kock, Verksamhetschef HSL

Jaana Carlsson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Moa Rosengren, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Innehåll

[1. Inledning 4](#_Toc129251223)

[2. Sammanfattning 5](#_Toc129251224)

[3. Övergripande mål och strategier 6](#_Toc129251225)

[4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet 7](#_Toc129251226)

[5. Samverkan för att förebygga vårdskador 9](#_Toc129251227)

[6. Adekvat kunskap och kompetens 11](#_Toc129251228)

[7. Patienten som medskapare 12](#_Toc129251229)

[8. Struktur för uppföljning/utvärdering av egenkontroller 12](#_Toc129251230)

[9. Resultat av egenkontroller under året 13](#_Toc129251231)

[9.1. PPM-Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) 13](#_Toc129251232)

[9.2. Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long Term care facilities (HALT) 14](#_Toc129251233)

[9.3. Kvalitetsregister: 14](#_Toc129251234)

[**Palliativa registret** 15](#_Toc129251237)

[**BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)** 17](#_Toc129251238)

[9.4 Avvikelseutredningar 18](#_Toc129251239)

[**Fall:** 19](#_Toc129251240)

[**Läkemedel** 20](#_Toc129251241)

[9.5 Journalgranskning 21](#_Toc129251242)

[9.6 Läkemedelshantering 22](#_Toc129251243)

[9.6.1 Läkemedelsgenomgångar 22](#_Toc129251244)

[9.6.2 Olämpliga läkemedel 23](#_Toc129251245)

[9.6.3 Läkemedelshantering och kontroll av läkemedelsförråd 23](#_Toc129251246)

[9.7 Hjälpmedelshantering 24](#_Toc129251247)

[10. Riskanalys 25](#_Toc129251248)

[11. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 25](#_Toc129251249)

[11.1 Avvikelser 25](#_Toc129251250)

[11.2 Lex Maria 26](#_Toc129251251)

[11.3 Klagomål och synpunkter 26](#_Toc129251252)

[11.4 Synpunkter och klagomål, patienter och närstående 26](#_Toc129251253)

[11.5 . Sammanställning och analys av rapporter 26](#_Toc129251254)

[12. Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet 27](#_Toc129251255)

[13. Övergripande mål för 2023 29](#_Toc129251256)

[14. Ordförklaringar 31](#_Toc129251257)

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

Cirkel uppdelad i tre lager. Ovanför står det: God och säker vård överallt och alltid. 
Under cirkeln står det Ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada. 
Lager 1: Öka riskmedvetenhet och beredskap. Öka kunskap om inträffade vårdskador. Tillförlitliga och säkar system och processer. Säker vård här och nu. Stärka analys, lärande och utveckling. Lager 2: Engagerad ledgning och tydlig styrning. En god säkerhetskultur. Adekvat kunskap och kompetens. Patienten som medskapare. I mitten: Agera för säker vård.

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

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

# Sammanfattning

Under 2020 och 2021 handlade patientsäkerhetsarbetet mycket om att förhålla sig till rutiner och riktlinjer från smittskydd avseende Coronapandemin. Under april 2022 omklassades sjukdomen från allmän- och samhällsfarlig sjukdom till anmälningspliktig sjukdom. Bästa skyddet mot svår sjukdom är vaccination så under våren och hösten 2022 har samtliga enskilda på särskilt boende, inom LSS och inskrivna i hemsjukvården utifrån direktiv vaccinerats med påfyllnadsdos 4 och 5 av kommunens sjuksköterskor.

Socialförvaltningen har dragits med budgetunderskott under flera år varför ledningen har varit tvungen att lägga stort fokus på att hitta åtgärder för att nå budget i balans och förvaltningen har under 2022 dessutom genomgått organisatoriska förändringar, ny förvaltningschef har rekryterats och två områdeschefer har tillsatts. Det har även anställts flera nya enhetschefer under året p.g.a. att tidigare chefer slutat. Detta har påverkat möjligheten för chefer att arbeta aktivt med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

Sjuksköterskebemanningen under första halvåret och under sommaren har varit ansträngd. Efter att beslut togs om arbetstidsförkortning med bibehållen lön har kommunen lyckats att rekrytera sjuksköterskor i den omfattning som behövs på särskilt boende och till hemsjukvården. Fortfarande har dock ingen sjuksköterska kunnat rekryteras till demensteamet.

Systemet Kompassen har under året uppdaterats till Kompassen 2.0 som gör det lättare för medarbetare att ta del av kommunens riktlinjer och rutiner vilket är en stor förbättring jämfört med tidigare år. Det återstår dock arbete med att ta fram ett övergripande kvalitetsledningssystem utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Utifrån förra årets patientsäkerhetsberättelse togs en handlingsplan fram för att konkretisera vilka aktiviteter som behövde genomföras under året. Måluppfyllelsen är än så länge låg men vissa av aktiviteterna har genomförts och de flesta har påbörjats eller planerats för under 2023. Målen kommer att behöva finnas kvar under 2023 och en ny handlingsplan behöver upprättas med påfyllning av nya aktiviteter.

Kommunen får också i uppdrag av Välfärd och Folkhälsa (VVF) att implementera länsgemensamma riktlinjer, dessa är delvis implementerade under året och arbete med detta återstår under 2023.

# Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659,3 kap. 1 § och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§)*

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Varje enskild vårdtagare ska känna sig trygg, säker och delaktig i sin vård och omvårdnad. Varje medarbetare ska ha förutsättningar för att kunna bedriva omvårdnad på ett säkert och beprövat sätt. Ledningssystemet ska tydliggöra det systematiska kvalitetsarbetet som bedrivs i förvaltningen och synliggöra resultat genom uppföljning/egenkontroller och delges till personal, vårdtagare och övriga medborgare. Ledningssystemet möjliggör en struktur i verksamheten för att uppnå kvalitet samt att händelser med risk för vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser undviks i största möjligaste mån.

Rutiner och riktlinjer finns idag tillgängliga i Kompassen 2.0 som uppdaterats under året för att bli mer användarvänligt för medarbetarna. I samband med att Kompassen 2.0 lanserades fick personalen även tillgång till en instruktionsfilm om hur de ska navigera i systemet för att hitta rätt dokument. Det återstår dock ett arbete med att ta fram ett övergripande kvalitetsledningssystem utifrån socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Stort ansvar i detta arbete ligger på förvaltnings- och områdeschefer. En del riktlinjer och rutiner har reviderats under året och det är ett arbete som sker kontinuerligt men det saknas systematik och struktur runt vilka dokument som behöver ses över samt hur nya ska implementeras i verksamheten.

**För år 2022 satte verksamheten upp följande mål:**

* **Avvikelsehantering**

Målet var att öka förståelsen kring syftet med avvikelser så att alla förstår sin del i arbetet med avvikelser och vikten med att rapportera risker. Alla i teamen behöver få verktyg (tid, resurser, utbildning, ledning mm) för att kunna arbeta kvalitativt med avvikelser och risker. Behöver även arbeta mer proaktivt med att fånga upp risker som finns i verksamheten och rapportera dessa innan de bli avvikelser. Viktigt med teamsamverkan kring risk- och avvikelsehantering. Höja andel utredda avvikelser.

* **Kvalitetsregister**

Målet var ökad kunskap och förståelse av att arbeta med kvalitetsregister. I ett led att stärka patientsäkerheten är det viktigt att kvalitetsregistren används på ett säkert och kvalitativt sätt. För att kunna göra detta så behövs utbildning, samt att medarbetarna ges tid och möjlighet till att arbeta med det i sina verksamheter. Detta för att medarbetarna inte enbart ska registrera i registret, utan det är även viktigt att man arbetar med åtgärder kopplade till de risker som kommer fram samt med uppföljningar för att kunna få fram relevant statistik. Alla i teamet behöver förstå syftet med att arbeta med kvalitetsregistren.

* **Höja kompetens**

Hos legitimerad personal samt personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det behövs utbildningsinsatser bland annat i dokumentation, hantering av lyft, förflyttning, palliativ vård, trycksårsprevention, läkemedelshantering, HLR, basal omvårdnad, hjälpmedelshantering, avvikelser, bedömning av försämrat tillstånd hos den enskilde mm. Stort behov av att ha regelbundna och återkommande utbildningar för att säkra kompetensen hos våra medarbetare.

* **Arbeta aktivt i omställningen till Nära Vård**

Det innebär att insatserna ska vara personcentrerade utifrån den enskildes behov och önskemål, proaktiva och hälsofrämjande. Insatserna ska syfta till att bevara och höja funktionsförmåga hos den enskilde. Det är individens behov och inte organisationens förutsättningar som ska vara den vägledande principen.

# Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

**Socialnämnd**

Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Patientsäkerhetslagen (2010:659) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

**Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen**

Områdeschefen, tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvård, har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Samarbetet mellan verksamhetschef och medicinskt ansvariga är centralt och utgör formellt den högsta medicinska ledningen för verksamheter som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**

MAS och MAR ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS- och MAR-ansvaret ingår bl.a. att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

MAS är anställd 70 % och MAR 45%.

**Enhetschef**

Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som medicinskt ansvariga fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt. Enhetschefen ska också säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Enhetschef ansvarar också för att följa upp hur patientsäkerhetsarbetet underförgående år utvecklats, säkrats och bedrivits samt vilka resultat som uppnåtts.

**Medarbetare**

Alla medarbetare ska arbeta för att en god kvalitet inom verksamheten upprätthålls. Det görs genom att riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården följs samt genom att uppmärksamma och rapportera händelser som har lett till eller hade kunnat leda till en vårdskada. Men också genom att aktivt vara delaktiga i förbättringsarbeten och uppföljningar av verksamhetens kvalitet.

Arbetsterapeut och sjuksköterska har ett särskilt yrkesansvar gentemot patienten.

De ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet.

Personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av arbetsterapeut eller sjuksköterska är hälso- och sjukvårdpersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

**Stödfunktioner med specialistkompetens**

*Hjälpmedelstekniker*: Ansvarar för och säkerställer att kommunens omvårdnadshjälpmedel uppfyller de krav som ställs vad gäller säkerhet och kvalitet.

*Hygiensjuksköterska*: Vårdhygien och smittskydd från Region Örebro län: Kommunerna i länet har tillsammans en sjuksköterska som är anställd av vårdhygien inom Region Örebro län. Hygiensjuksköterskan är kommunens stöd. Smittskydd och vårdhygien utarbetar rutiner och riktlinjer inom sitt område som gäller alla länets kommuner.

*Samverkansledare i västra länsdelen:* Ansvar att titta på samarbetsvägar mellan olika huvudmän och utveckling av en vård och omsorg med kvalité, behjälplig med utbildningsinsatser

*Fysioterapeut*: Anställd på vårdcentralen men har ansvar för insatser i kommunen för enskilda både i ordinärt- och särskilt boende samt i kommunens korttidsboende. Under 2022 har inte fysioterapeut kunnat tillgodoses fullt ut från vårdcentralen p.g.a. resursbrist.

*Demensteam:* Består av demenssjuksköterska 50 % och arbetsterapeut 50 %. Demensteamet utför minnesutredningar och uppföljningar på remiss från Vårdcentralen. Professionerna handleder även personal i hemvården och utbildar BPSD – administratörer i kommunen. Individ och anhörigstöd ingår även i uppdraget. Under 2022 har demensteamet endast bestått av 50 % arbetsterapeut p.g.a. resursbrist, därför har inte handledning av personal kunnat tillgodoses. Arbetsterapeuten i demensteamet har därför istället prioriterat att närvara på teamträffar. BPSD utbildningar har fortsatt som tidigare, men tillsammans med nuvarande MAS.

*Patientnämnden:* Är gemensam för alla kommunerna i länet.

*Adjungerande klinisk adjunkt (AKA)*: En samfinansierad tjänst för västra länsdelen i samarbete med universitetet. Det är en huvudhandledare främst som stöd till handledare för sjuksköterske- och distriktssköterskestudenter.

Under 2022 bröt sig Karlskoga kommun ur denna samfinansierade tjänst. Målet 2023 är att Laxå kommun och Degerfors kommun ska samfinansiera tjänsten själva i samarbete med universitetet.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3*

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdskador är socialförvaltningens samverkan med andra vårdgivare. Formerna för samverkan mellan Region Örebro län och länets kommuner regleras bland annat i samverkansdokument som finns att hämta på den gemensamma samverkansportalen för Välfärd och Folkhälsa (VVF).

Nätverksträffar för Medicinskt ansvariga i länets kommuner hålls regelbundet och återkommande där sammankallande är utvecklingsledare på Välfärd och Folkhälsa. Medicinskt ansvariga i länet samverkar i grupper tillsammans med representanter från regionen genom att ta fram och revidera gemensamma överenskommelser, riktlinjer och rutiner i övergripande ansvarsfrågor.

Träffarna har varit både fysiska och digitala under 2022. Träffarna har inletts med information ifrån Vårdhygien gällande nyheter kring covid-19, andra hygienfrågor samt vaccinationsdirektiv. Därefter har det varit inbjudna professioner från regionen som informerat om sina områden som är viktiga i samarbetet kring patientsäkerhetsarbetet.

Samverkansledare i västra länsdelen har i uppdrag att främja samverkan och informationsutbyte mellan kommunerna och regionen. Uppdraget innefattar även att arbeta för trygg och säker hemgång från slutenvården till kommunens vård och omsorg. Samordnad individuell plan, SIP är också ett forum för samverkan där den enskildes fokus blir gemensamt för olika vårdgivare (kommun, vårdcentral och slutenvård). I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de tre vårdgivarna; slutenvården, vårdcentralen, Degerfors-, Laxå- och Karlskoga kommun. Syftet är att tillsammans hitta bra arbetsformer för att den enskilde och anhöriga ska känna sig trygga i att ha säkra in- och utskrivningar och få vård och behandling på rätt vårdnivå.

Arbetsterapeuter i västra länsdelens kommuner och arbetsterapeuter på Karlskoga lasarett, rehabchef, HSL-chef och MAR har haft en träff under året och tagit upp frågor kring samverkan mellan slutenvården och kommunerna med fokus på rehabilitering.

Samverkan mellan kommunens arbetsterapeuter och vårdcentralens fysioterapeut har försvårats under 2022 då det saknats fysioterapeuter.

Samverkansmöten har startats upp gemensamt med chef och vårdsamordnare från vårdcentralen där förvaltningschef, verksamhetschef HSL, MAS, MAR, enhetschef för HSL-personal och processledare för nära vård har deltagit.

Samverkansmöten med ansvariga läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter från vårdcentralen och kommunen planeras att starta upp under 2023.

Läkarronder på särskilt boende och i hemsjukvården utförs regelbundet. Tid för ronder finns avsatt för hemsjukvården i ordinärt boende och särskilt boende.

Palliativa enheten bjuder återkommande in till dialogträffar angående palliativ vård i samverkan mellan palliativa enheten, slutenvården, kommunerna och vårdcentralen.

I samverkan finns även Patientnämnden och dess kansli som bedriver verksamhet för Region Örebro län och länets tolv kommuner, vilka alla har avtal med regionen. Nämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och anhöriga.

# 6. 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.

Under flera år har det varit svårt att rekrytera och att behålla sjuksköterskor. Detta har medfört att verksamheten varit tvungen att ta in bemanningssjuksköterskor vilket är en mycket kostsam lösning. För att undvika detta och för att minska personalrotation har sjuksköterskorna fått nya anställningsavtal där de arbetar 83 % men med heltidslön, detta har lett till att sjuksköterskebemanningen nu är tillräcklig i hemsjukvården och på särskilda boenden. Det har även medfört att kompetensen hos sjuksköterskorna har höjts genom att distriktssjuksköterskor har anställts. Dock har ingen sjuksköterska rekryterats till demensteamet.

Genom införandet av planeringsverktyget Intraphone kan kontinuitet främjas och besök kan planeras utifrån kompetensbehov hos personal. Planerare har anställts under året som lägger in de besök och insatser som ska göras hos den enskilde.

För att säkerställa att kunskap finns inom vissa områden utses ombud på varje enhet som ansvarar för att sprida kunskap vidare till sina arbetskamrater, ombudet har också ofta egna arbetsuppgifter kopplade till området som hen ansvarar för. Exempel på ombud är förflyttningsombud, hygienombud och Senior Alert-ombud. Ombuden bör samlas och få ny kunskap om området regelbundet, strukturen för detta brister dock och alla ombudsroller är inte tillsatta på varje enhet.

Några kompetensutvecklingsplaner finns ännu inte i verksamheten vilket är en brist. Personal behöver få utbildning om bl.a. palliativ vård, sårvård, förflyttning, brand, dokumentation, hjärt- och lungräddning (HLR), lågaffektivt bemötande och demens. Inför varje sommar får semestervikarier en dags introduktionsutbildning där ingår en halvdags förflyttningsutbildning.

# 7. Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3* kap. 4§

Det finns i dagsläget inget strukturerat forum för medverkan av patienten och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. Det finns möjlighet att lämna klagomål och synpunkter via nätet, telefon eller brevledes.

# 8. Struktur för uppföljning/utvärdering av egenkontroller

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §, 5 kap. 2§,7§ och 8§, 7kap.2§ p2, PSL 2010:659 3kap. 10§*

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten sker genom kontroll av att den bedrivs enligt de rutiner och processer som ingår i ledningssystemet. Social- och omsorgsnämnden har beslutat om en internkontrollplan för nämndens verksamhet. Nämnden beslutar årligen om vilka verksamheter som ska granskas. Information hämtas från Öppna jämförelser (SKR), KKiK (Kommunens Kvalitet i Korthet) och olika nationella kvalitetsregister. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder för att arbeta mot en högre patientsäkerhet. Resultatet följs upp av nämnden, ledningsgruppen, MAS, MAR och enhetschefer samt återkopplas till verksamheten. Förbättringsområden ses över och åtgärder vidtas av ansvarig chef. Beslut om övergripande aktiviteter omsätts i patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsplan.

Egenkontroller som utförs är:

* PPM mätning av följsamhet i basala hygienrutiner och klädregler (BHK)
* HALT-mätning
* Rapport utdrag ur Nationella kvalitetsregister - senior alert, palliativa registret och BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) registret
* Sammanställning av avvikelser
* Journalgranskningar
* Granskning av läkemedelshantering
* Granskning av hjälpmedelshantering

# 9. Resultat av egenkontroller under året

## 9.1. PPM-Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en nationell mätning. Denna görs 1ggr/år under vårterminen. Mätningen är avsedd som ett stöd i arbetet med att uppnå hög följsamhet till dessa rutiner och regler och därmed bidra till en minskning av vårdrelaterade infektioner (VRI).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PPM** | **2019**  **(n=76)** | **2020**  **(n=61)** | **2021** | **2022** |
| Total följsamhet i alla 8 stegen gällande basala hygienrutiner och klädregler | 38 %  (Riket 51 %) | 65,6%  (Riket 64 %) | 62,5 %  (Riket 67,6%) | 47,6%  (Riket 65,3%) |
| Följsamhet till basala hygienrutiner i alla 4 stegen | 43 %  (Riket 57 %) | 86,9 %  (Riket 69,3 %) | 72 %  (Riket 73,7%) | 87,3%  (Riket 88,7%) |
| Följsamhet till klädregler i alla 4 stegen | 75 %  (Riket 84 %) | 77 %  (Riket 89,3 %) | 89,3%  (Riket 90,0) | 84,1%  (Riket 88,70 %) |

Källa: SKR.se

**Analys:** I år visar mätningen mycket sämre siffror i total följsamhet i alla åtta stegen än tidigare år. Däremot ligger det ganska bra till jämfört med riket när det gäller fyra stegen i följsamhet till basala hygienrutinerna och sämre när det gäller klädreglerna.

**Åtgärder**: Varje boende/enhet och vårdlag ska ha ett utsett hygienombud. Alla enhetschefer ska regelbundet ta upp hygienrutiner med sina medarbetare. Personal ska veta var man hittar hygienrutinerna och ska ha fått information om rutinerna innan de skriver på informationsdokumentet vid nyanställning. Hygienombud har en tydlig beskrivning av sitt uppdrag och ansvar. Detta ska vara känt av alla ombud och chefer*.* Ombuden ska få uppdaterad information först och främst av sin chef men också av MAS, MAR och hygiensköterska. Hygienrutinerna ska ha nolltolerans mot avsteg.

**Förbättringsförslag:** P.g.a. personalrotation behöver det ses över att det finns utsedda hygienombud, men också att det registrerats rätt i systemet. Hygienombudsutbildning har påbörjats men stannade upp 2022 p.g.a. resursrotation inom regionen. Dessa utbildningar ska återupptas under hösten 2023, vilket kommer leda till förbättringar inom området. Viktigt att fortsatt arbeta med de basala hygienrutinerna i fokus. Chefer ska gå utbildning i basala hygienregler.

## 9.2. Healthcare Association infections and antimicrobial use in Long Term care facilities (HALT)

Vid den årliga HALT-mätningen, som är en punktprevalensmätning, registreras alla personer som bor på särskilt boende. Indikatorer som registreras är vårdrelaterade infektioner (VRI), antibiotikaanvändning, riskfaktorer, trycksår och vårdtyngdsindikatorer.

**Resultat:** Förekomsten av VRI är låg och antibiotikabehandling förekommer inte i någon större omfattning. Det som sticker ut i Degerfors är att det är en stor andel personer som är sängliggande/rullstolsburna på våra särskilda boenden och att urinkateter är mer vanligt förekommande än i riket.

I HALT-mätningen ses också att andelen trycksår på särskilt boende är större än rikssnittet, men det förekommer få trycksår i kategori 3-4.

**Analys:** Att det är mer trycksår på särskilt boende i Degerfors jämfört med riket kan bero på den höga andelen enskilda som är sängliggande/rullstolsburna. Det är mer oklart varför det är så stor andel som har urinkateter.

**Förbättringsförslag:** Arbeta mer systematiskt med resultaten från mätningen i förbättringsarbetet.

## 9.3. Kvalitetsregister:

#### Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för riskbedömning av trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion.

* Målsättningen är att alla enskilda över 65 år, både på särskilt boende, korttidsboende samt enskilda i ordinärt boende med vårdåtagande av HSL ska registreras
* Riskbedömning ska göras minst en gång per år och vid förändrat allmäntillstånd
* Vid risk sätts åtgärder in och följs upp inom tre månader

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Senior alert** | **2020** | **2021** | **2022** |
| Riskbedömda totalt | 127 st | 78 st | 83 st |
| Riskbedömda i hemsjukvården | 25 st | 18 st | 21 st |
| Riskbedömda på särskilt boende och/eller korttidsenhet | 102 st | 60 st | 62 st |

**Analys:** Under 2022 har riskbedömningar gjorts i ungefär samma utsträckning som under 2021, vilket innebär att en liten andel av alla som är inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård riskbedömts.

Antal personer över 65 år som var inskrivna i hemsjukvården uppgick år 2022 till 368 stycken och 218 personer var inskrivna på särskilt boende och korttidsenhet. Eftersom att så få registreringar görs ger inte statistiken som går att få fram ur registret en heltäckande bild av verksamheten, vi har därför valt att inte redogöra för denna i årets patientsäkerhetsberättelse.

**Åtgärder:** Några få medarbetare i någon enstaka personalgrupp har genomfört webbutbildning.

**Förbättringsförslag**: Under 2023 behöver varje enhet och vårdlag utse Senior Alert ombud. Dessa behöver ges förutsättningar för att kunna arbeta med registret och webbutbildningen ska genomföras. Teamarbetet kring Senior Alert behöver förbättras, det ger möjlighet till djupare analyser av riskbedömningarna och fler infallsvinklar gällande den åtgärdsplan som kopplas till de identifierade riskerna. Rutinen för arbetet med Senior Alert kommer att revideras i en tvärprofessionell arbetsgrupp under början av 2023.

### **Palliativa registret**

Svenska palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskor och läkare svarar på ett trettiotal frågor efter att ha vårdat en person vid livets slut. Oavsett sjukdom är målet att alla som dör en av sjukvården väntad död skall kunna känna en trygghet inom följande punkter:

* vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom
* vara ordinerad läkemedel vid behov
* få god omvårdnad utifrån sina behov
* vårdas där hen önskar dö
* att inte behöva dö ensam
* att närstående är informerade om situationen
* veta att närstående får stöd

**Analys:** Antal registreringar har ökat från tidigare år. Registrering i palliativa registret har mest använts inom särskilt boende och korttidsenheten. 2022 gjordes totalt 47 registreringar i palliativa registret, av statistik i Treserva framgår att 100 personer avlidit som haft ett sjuksköterskeåtagende under året. Även om det är knappt hälften av dessa som registrerats i palliativa registret så behöver det inte innebära att få registrerats eftersom en del patienter kan ha vårdats sin sista tid och avlidit på sjukhus.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indikator** | **2020** | **2021** | **2022** |
| Utförd smärtskattning med validerat bedömnings-instrument Mål 100 % | 75,7 %  Riket: 51,5% | 85 %  Riket: 54,1 % | 61,7 %  Riket:  62,2% |
| Utförda brytpunktsamtal till patient av läkare. Mål 98 % | 100 %  Riket:  77,0 % | 95 %  Riket:  79,5 % | 76,6 %  Riket:  80,2 % |
| Utförd munhälsobedömning Mål 90 % | 56,8 %  Riket:  59,1% | 75 %  Riket:  61,4 % | 38,3 %  Riket:  60 % |

**Analys:** Utifrån indikatorerna syns en försämring jämfört med tidigare år. Framför allt är det en låg andel personer som får en munhälsobedömning, där är vi även sämre än riket. För de andra indikatorerna har vi försämrat oss jämfört med oss själva men når upp till riksnivå. Målvärdena som är fastställda i Socialstyrelsens sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp om palliativ vård uppnås varken nationellt eller i vår verksamhet.

**Förbättringsförslag:** Fortsätta arbetet med att göra registreringar i palliativa registret. Använda registret för att tydliggöra vad vi behöver bli bättre på, för att erbjuda en god palliativ vård. Vi ska eftersträva att nå upp till de fastställda målnivåerna.

### **BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)**

BPSD-registret stödjer ett arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Utifrån data tas en bemötandeplan fram som är viktig att alla som arbetar med den enskilde känner till och följer. Registrering görs regelbundet, minst 1ggr/år enligt Socialstyrelsen. Teamet kan även följa utvecklingen av förekomsten av vissa beteenden på en specifik enhet för att kunna sätta in åtgärder på enhets-/gruppnivå.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BPSD** | **2020** | **2021** | **2022** |
| Registreringar | 204 | 51 | 52 |

**Analys:** Under 2022 gjordes ungefär lika många registreringar som under 2021. Det är svårt att dra några slutsatser om i hur stor utsträckning registreringar görs i förhållande till hur många som har dessa symtom. Registret används främst på särskilt boende men det är stor skillnad i hur det används på olika enheter. Det kan bero på att personal inte har fått avsatt tid för att arbeta med registreringarna på vissa enheter.

**Åtgärder:** Det utbildas årligen nya administratörer, både chefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal. Alla administratörer bjuds in på årliga återträffar för att få inspiration och information om nyheter i registret**.**

**Förbättringsförslag:** Komma igång med registreringar och framtagande av bemötandeplaner på de särskilda boenden som inte använder registret idag. Hemsjukvården bör också göra fler registreringar för att kunna ta fram adekvata bemötandeplaner och därmed höja livskvalitén för den enskilde.

### 9.4 Avvikelseutredningar

Personal är skyldiga att rapportera händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada. Det är viktigt att avvikelser hanteras och analyseras i teamet (enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal). Målet är att antalet avvikelser som rapporteras ska minska och att organisationen har ett riskförebyggande arbetssätt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Alla avvikelser** | **Fall** | **Läkemedel** | **Utebliven dos** | **Utebliven insats** | **MTP** |  |
| 2022 | 1708 ↑ | 985 ↓ | 288 ↑ | 142 ↑ | 53 ↓ | 19 ↑ |  |
| 2021 | 1665 | 1080 | 165 | 74 | 108 | 6 |  |
| 2020 | 1271 | 986 | 95 | 58 | 16 | 5 |  |

**Analys:** Under året rapporterades totalt 1708 avvikelser i Treserva. Det är en ökning från år 2021 då det rapporterades 1665 avvikelser. Den största andelen avvikelser som rapporteras är fall och brister i läkemedelshantering. Antal fallavvikelser har minskat jämfört med år 2021 som stack ut som ett år med ovanligt många fall, men antal fall ligger ändå högt. Detta framgår även av andra undersökningar exempelvis av Liv & Hälsa. Antalet läkemedelsavvikelser har ökat kraftigt under 2022, detta kan bero på att planeringsverktyget som införts inte är kompatibelt med det digitala signeringssystemet för HSL-insatser. Detta medför att hemvårdspersonalen behöver logga in i två olika system, ett för att se vilka omvårdnadsinsatser som ska utföras och ett för att signera läkemedelsöverlämning.

När en avvikelse har inträffat ska åtgärder omedelbart sättas in för att avhjälpa skador, symtom och risker. Långsiktiga åtgärder ska också planeras för att minska riskerna att händelsen inträffar igen. Åtgärder som sätts in ska dokumenteras och följas upp. Avvikelser ska tas upp och analyseras på teamträffar och arbetsplatsträffar.

Av de 1708 avvikelser som rapporterats under året är det endast 275 avvikelser som markerats som slutförda i avvikelsesystemet, vilket är en lägre andel än förra året trots att det varit ett övergripande mål för 2022 att få till en bättre struktur kring arbetet med avvikelser. Det behöver dock inte innebära att avvikelsen inte hanterats alls utan det kan också handla om att det finns en osäkerhet om när avvikelsen får avslutas. Detta har framkommit som ett skäl vid en probleminventering som gjordes av MAS och MAR tillsammans med enhetschefer under hösten.

**Åtgärder:** Under året har avvikelser lyfts på teamträffar i högre utsträckning vilket är positivt. HSL-enheten har sett över sändlistorna i verksamhetssystemet så att sjuksköterskorna får till sig de avvikelser som de ska ha och de har därmed kunnat ta del av avvikelser i högre utsträckning än under 2021.

**Förbättringsförslag:** Fortsatt arbete med att förbättra teamsamverkan kring avvikelsehantering med målet att adekvata åtgärder sätts in och att fler avvikelser avslutas. Vid allvarliga händelser behöver teamet träffas för att tillsammans utreda händelsen snarast. Händelser som medfört vårdskada ska meddelas till MAS och MAR för vidare utredning. Det behöver tydliggöras vilka roller medarbetarna har i avvikelsehanteringen och öka förståelsen kring att det är alla medarbetares ansvar att arbeta med patientsäkerhet. Det är inplanerat workshops om avvikelsehantering under början av 2023. Efter att dessa workshops genomförts kommer även rutiner och checklistor att revideras.

### **Fall:**

I Treserva registrerades 985 fallavvikelser. Fall resulterar ofta i sårskador och frakturer som resulterar i lidande, sjukhusvård och lång rehabilitering.

Varje fall ger personligt lidande för den drabbade och utöver detta innebär det stora kostnader för både kommun och samhälle i stort. Många personer ramlar flera gånger, de fall som registrerats under året är fördelade på 99 personer.

**Analys:** Antal fall har minskat något under året jämfört med 2021 som var ett år som stack ut med fler fall än vanligt. Av de 985 fall som rapporterats och analyserats är det 717 som har bedömts ha allvarlighetsnivå mindre och måttlig, och 27 stycken som bedömts som betydande och mycket hög/katastrofal, det innebär vidare att 241 fallavvikelser inte analyserats vilket är en stor brist i verksamheten.

**Åtgärder:** Fallavvikelser lyfts i högre utsträckning på teamträffar och adekvata åtgärder sätts in.

**Förbättringsförslag**: Tillsammans med vårdcentralen planeras en satsning på fallprevention under 2023. Kunskap om fallprevention behöver finnas överallt i verksamheten. Organisationen behöver ha ett riskförebyggande arbetssätt och sätta in åtgärder redan innan den enskilde fallit. Teamsamverkan är mycket viktig vid fallprevention då åtgärder spänner över många områden, det kan ex. handla om miljöfaktorer, dålig kosthållning, nedsatt fysik och läkemedelsbiverkningar.

### **Läkemedel**

I det digitala signeringssystemet är det lätt och överskådligt för enhetschefer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor att kunna ta ut statistik på individ- och enhetsnivå gällande om läkemedelsadministrering och andra HSL-insatser utförs. Åtgärder sätts in i direkt anslutning till när brister hittas.

**Resultat**: Antal avvikelser för 2022 är 6,6 % och år 2021 var det 6,8 % av det totala antalet HSL-insatser. Det är ungefär samma som året innan. Detta innebär att dessa insatser inte är signerade som utförda i systemet.

Dessa avvikelser gäller inte bara läkemedel, det kan röra sig om insatser som rehabilitering, såromläggning etc. som uteblivit.

**Analys:** Det borde inte finnas osignerade HSL-insatser överhuvudtagetdå personal kan efterkontrollera att alla läkemedel är givna, att såromläggningar eller att rehabiliterande insatser är gjorda. Där patienten inte vill eller kan ta sitt läkemedel skall det framgå i systemet. Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut kan följa upp och kvalitetssäkra regelbundet via enhetsstatistik.

**Förbättringsförslag:** Bli bättre på egenkontroller genom att enhetschefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter ska följa upp att det inte finns oklarheter för personal som är delegerade i HSL uppgifter.

Utbildning i användning av mobilappen omkring insatserna eller hur insatsen signeras har inte genomförts 2022. Det finns fortfarande behov av det eftersom det är eftersatt p.g.a. pandemin.

## 9.5 Journalgranskning

*För att uppfylla kraven i Patientdatalagen SF 2008:355 och Socialstyrelsens föreskrifter journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSFL-FS 2016:40) är verksamheten skyldig att årligen granska hälso- och sjukvårdsdokumentationen.*

Under året har MAS och MAR gjort två journalgranskningar av slumpvis utvalda journaler från särskilt boende och hemsjukvården. Journalgranskning genomförs även i samband med utredning av allvarliga avvikelser av MAS och MAR, detta görs kontinuerligt under året. Under året har ingen kollegial journalgranskning utförts.

**Resultat:** Det finns vissa brister i HSL-dokumentationen. Personalen behöver använda samma struktur för sin dokumentation så att det blir lättare att hitta uppgifter i journalen. Något som ofta saknas i journalen är om anhörig vill kontaktas nattetid samt sammanfattande status av den enskildes hälsotillstånd. Det saknas också uppgifter om hur den enskilde varit delaktig i planering och uppföljning av de åtgärder som gjorts. I många av journalerna saknas även att information till den enskilda har lämnats om kvalitetsregistren samt samtycke för skydds- och begränsningsåtgärder.

**Analys:** Orsaken till de brister som kan ses i journalföringen tros bland annan bero på:

* Brister vid nyanställdas introduktion
* Hög arbetsbelastning där tid- och resursbrist är bidragande orsak
* Kunskapsbrist i verksamhetssystemet
* Avsaknad av regelbunden utbildning i verksamhetssystemet och om dokumentation

**Förbättringsförslag:** Det behöver göras en behovsinventering bland den legitimerade personalen för att se vilka åtgärder som ska göras för att höja kvaliteten i journaldokumentationen. Under 2023 bör det genomföras en kollegial journalgranskning och någon form av utbildningsinsats.

## 9.6 Läkemedelshantering

### 9.6.1 Läkemedelsgenomgångar

Att äldre använder flera olika läkemedel är inte ovanligt, sådan läkemedelsanvändning innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Allvarliga konsekvenser av detta kan vara fall och akuta inläggningar på sjukhus.

Läkemedelsanvändning ska kontrolleras årligen genom att läkaren går igenom de läkemedel som förskrivits till den enskilde, en s.k. fördjupad läkemedelsgenomgång. Enskilda på särskilt boende och inskrivna i hemsjukvården har rätt att få en fördjupad läkemedelsgenomgång minst en gång om året, där det ingår att läkaren gör hembesök och att personer som är viktiga för den enskilde kan få möjlighet att delta.

Det är oftast omvårdnadsansvarig sjuksköterska som initierar en läkemedelsgenomgång då det är dags att förnya recept på förskrivna läkemedel (en gång varje år). Anledningen till att fördjupade läkemedelsgenomgångar görs är för att kunna erbjuda god och säker läkemedelsbehandling och minska användandet av olämpliga läkemedel för personer över 75 år.

**Resultat**: Siffror från vårdcentralen visar att det gjordes 94 fördjupade läkemedelsgenomgångar och 128 enkla läkemedelsgenomgångar under 2022. Under 2021 gjordes 143 fördjupade läkemedelsgenomgångar. Siffrorna från vårdcentralen visar på totalt hur många läkemedelsgenomgångar som har gjorts på alla enskilda som är 75 år och äldre. Det framgår inte vilka som är gjorda i hemsjukvården och/eller på särskilt boende. Vid en enkel läkemedelsgenomgång kontrollerar läkaren om läkemedelslistan är korrekt och om läkemedelsrelaterade problem kan lösas direkt eller om det kräver en fördjupad läkemedelsgenomgång.

**Analys:** Siffrorna säger egentligen inte något alls eftersom dessa inte är beräknade på enskilda som är inskrivna i hemsjukvården eller enskilda som bor på särskilt boende. Däremot visar siffror att det har gjorts färre läkemedelsgenomgångar 2022.

**Förbättringsförslag:** Vi måste hitta bättre system för att kunna ta fram siffror på hur många läkemedelsgenomgångar görs på enskilda som är inskrivna i hemsjukvården eller bor på särskilt boende. Det finns även behov av att revidera gemensamma rutinen tillsammans med vårdcentralen så att vi erbjuder och arbetar på rätt sätt med läkemedelsgenomgångar.

### 9.6.2 Olämpliga läkemedel

Siffror från vårdcentralen för 2022 gällande olämpliga läkemedel för de som är 75 år och äldre i Degerfors kommun visar 11,6 % och i riket var det 14 %. Dessa siffror är för alla i hela kommunen, det går inte att särskilja på dem som tillhör hemsjukvården och/eller bor på särskilt boende. 2021 visade det 12 % i Degerfors och i riket var det 14,2 %.

**Analys**: Jämfört med riket är andelen med olämpliga läkemedel mindre i Degerfors.

**Åtgärder**: Årliga läkemedelsgenomgångar för enskilda på särskilt boende och i hemsjukvården där kommunens sjuksköterska ansvarar för läkemedel. Detta har inte prioriterats.

**Förbättringsförslag:** Lokala rutinen för läkemedelsgenomgångar ska tillsammans med vårdcentralen revideras 2023. Tydliggöra i sjuksköterskegruppen att nuvarande rutin ska följas och därmed öka antalet läkemedelsgenomgångar samt påminna om att läkaren ska dokumentera detta i journal. Dokumentation ska även ske i kommunens journalsystem, så att det går att få ut statistik även på kommunnivå.

### 9.6.3 Läkemedelshantering och kontroll av läkemedelsförråd

*HSLF-FS 2017:37 I 11 kap*

2022 skrevs avtal med en extern aktör (ApoEx) när det gäller kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i kommunen. Detta görs en gång per år tillsammans med MAS.

Våren 2022 gjordes första granskningen som var mer övergripande för hela kedjan i läkemedelshantering från ordination till kassation inom särskilt boende och korttidsenheten, där olika professioner deltog. Efter denna granskning har det påbörjats revidering av tidigare läkemedels- och delegeringsrutin samt framtagande av enhetsrutiner tillsammans med sjuksköterskegruppen och enhetschef för sjuksköterskorna. Detta kommer att fortsatt arbetas med under 2023.

Dessa rutiner ska uppdateras och följas upp årligen.

## 9.7 Hjälpmedelshantering

Förskrivning av medicintekniska produkter (MTP) är en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Omvårdnadshjälpmedel förskrivs idag av kommunens arbetsterapeuter och sjuksköterskor som också har ansvar för instruktion och information om hur de ska användas. Medicintekniska produkter som används i verksamheten och som kommunen är ansvarig för är bland annat personlyftar, vårdsängar, överförflyttningsplattformar och sondmatningspumpar. Dessa ska användas och hanteras på rätt sätt, på rätt indikation och av instruerad/utbildad personal. Förutom den instruktion som arbetsterapeut och sjuksköterska är ansvariga för så är det enhetschefens ansvar att se till att all personal samt nyanställda personal får den utbildning som krävs för att hantera de aktuella hjälpmedel som finns på enheten.

**Besiktning av omvårdnadshjälpmedel**

Förebyggande underhåll, rekonditionering, utrangering, service och besiktningar innebär patient- och driftsäkerhet och kostnadseffektivitet. Detta görs av kommunens hjälpmedelstekniker. Under några år har även personal från kommunens arbetsmarknadsenhet funnits som stöd vid rengöring av hjälpmedlen.

Personlyftar ska besiktigas en gång per år. Under 2022 blev inte alla lyftar besiktade men hjälpmedelstekniker har en plan för att bli färdig med detta arbete under början av 2023. Det saknas korrekt uppdaterade siffror på antal omvårdnadshjälpmedel som finns i våra verksamheter varför det heller inte går att säga hur stor andel som inte är besiktade. Detta gäller även för vårdsängar som ska kontrolleras och genomgå en service vart annat år, endast nyinköpta sängar har besiktigats under 2022. Inventering av hjälpmedel som kräver regelbunden besiktning ska enligt hjälpmedelstekniker göras under första kvartalet 2023 så att han därefter kan göra besiktningar enligt de tidsintervall som krävs.

Periodisk besiktning av lyftselar ska ske var 6:e månad och dokumenteras enligt anvisningar. Detta görs av arbetsterapeut och har genomförts på de allra flesta lyftselar under året.

**Analys:** Degerfors kommun genomför inte fullt ut de besiktningar och kontroller som krävs enligt de direktiv som finns. För att säkerställa att de medicintekniska produkter vi erbjuder de enskilda är av god kvalitet behöver besiktningar och kontroller utföras regelbundet.

**Förbättringsförslag:** Under 2023 behöver det ses över om listan på hjälpmedelsombud är aktuell. Gällande besiktning och kontroller av omvårdnadshjälpmedel behöver det säkras upp att detta utförs. Det finns behov av att en översyn görs kring kompetens, personalresurser och tekniska förutsättningar för att säkra hantering av omvårdnadshjälpmedel i Degerfors kommun. Det behövs även under året göras en inventering av bland annat vårdsängar och taklyftar för att kunna följa och spåra dessa samt för att se vilka som behöver besiktas och när. Förskrivarna behöver också bli bättre på att förskriva individmärkta omvårdnadshjälpmedel på person i hjälpmedelsmodulen så att listorna hålls uppdaterade hela tiden.

# 10. Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Riskbedömningar ska göras i verksamheten för att bedöma förändringar och arbetssätt och dess konsekvens. Syftet är att förebygga och minska risker i verksamheten och därmed bidra till att en god kvalitet kan upprätthållas eller förbättras. Övergripande ansvar för rutinen har områdeschefen.

Rutin för riskanalyser (riskbedömning), det vill säga hur vi fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten, finns idag på det gemensamma intranätet.

Riskanalyser ska utföras löpande i verksamheten vid förändrat arbetssätt. Risk- och händelseanalyser görs också i teamet vid allvarligare händelser samt vid Lex Maria och Lex Sarah utredningar.

Att göra riskanalyser samt ta fram handlingsplaner är något som vi inom våra verksamheter behöver bli bättre på för att förebygga och minska risker.

# 11. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

## 11.1 Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig till att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rapportering av avvikelser gör personalen direkt i journalsystemet Treserva. Rapporteringen går till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för hantering i teamet. Avvikelseanalysen ska ske i teamet och uppföljningen av avvikelser ska göras på teamträffar, APT och på chefernas ledningsmöten.

Allvarligare händelser ska rapporteras till medicinskt ansvariga för vidare utredning och eventuell anmälan enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41).

## 11.2 Lex Maria

*HSLF-FS 2017:41*

Föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

MAS och MAR utreder allvarliga händelser och beslutar om det ska anmälas till IVO, Inspektionen för vård- och omsorg som Lex Maria.

## 11.3 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter tas emot direkt i verksamheten av personal, chefer och ibland genom telefonsamtal till MAS och MAR. Det kan också komma in via kommunens hemsida och skickas till förvaltningschef eller MAS som därefter skickar vidare till berörd enhetschef.

Enhetschef ansvarar för att återkoppla till den som lämnat in klagomålet om denne inte är anonym.

Syftet är att undvika att händelser upprepas och att rutiner förbättras för att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister.

## 11.4 Synpunkter och klagomål, patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Ansvarig chef, MAS eller MAR kontaktar vårdtagare och/eller närstående när klagomål eller allvarligare händelser inträffat, de erbjuds att medverka och få återkoppling vid utredningen gällande vårdskada. De kontaktas också alltid när en Lex Maria anmälan blir aktuell.

## 11.5 . Sammanställning och analys av rapporter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

Klagomål och synpunkter noteras och diarieförs enligt rutin. All personal har ansvar för att ta emot synpunkter och klagomål och förmedla kontakt med ansvarig för aktuell verksamhet. Målet är att förbättra kvalitén när brister påpekas.

**Under 2022:**

1. IVO har fortsatt tillsynen riktad mot särskilt boende med anledning av smittspridning av Covid-19.
2. Ingen Lex Maria utredningar har gjorts under året, 2021 gjordes en Lex Maria anmälan.
3. Det har kommit in 15 stycken synpunkter/beröm/klagomål under året, 2021 kom det in 36 stycken.
4. Utredningar/avvikelser mellan kommunen och regionen under året har handlat om brister i vårdkedjan och läkemedel.

# 12. Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

*PSL 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Under våren och hösten 2022 har ett stort patientsäkerhetsarbete gjorts av kommunens sjuksköterskor genom att vaccinera samtliga enskilda på särskilt boende, inom LSS och inskrivna i hemsjukvården utifrån direktiv med påfyllnadsdos 4 och 5 mot covid-19.

Utifrån förra årets patientsäkerhetsberättelse upprättades fyra övergripande målområden. I maj 2022 framtogs en handlingsplan för verksamheten för att bryta ned målen till avgränsade aktiviteter som skulle göras under året. Resultatet är att endast ett fåtal aktiviteter genomförts i sin helhet men mycket har påbörjats och pågår ännu. Nedan följer en redovisning över vad som gjorts och vad som är på gång inom varje målområde.

* Avvikelsehantering

Under året har det arbetats med att göra de befintliga rutinerna för avvikelsehantering kända i verksamheterna, de olika enheterna har kommit olika långt med det arbetet. Upplevelsen är att avvikelser diskuteras på teamträffar i större omfattning och att alla yrkeskategorier prioriterar att närvara på teamträffarna. Andelen utredda avvikelser i avvikelsemodulen har dock minskat jämfört med 2021. Under mars 2023 kommer MAS och MAR att hålla i workshops för enhetschefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal för att stärka kompetensen och främja teamsamverkan. Det kommer också ske en dialog med Treserva-ansvarig om det går att göra ändringar i avvikelsemodulen för att på så vis underlätta den administrativa delen av avvikelseanalysen så att den inte utgör ett hinder för att avvikelser avslutas. Revidering av avvikelserutinen kommer att ske när workshops genomförts och ev. ändringar i avvikelsemodulen gjorts.

* Kvalitetsregister

Registrering i kvalitetsregister har legat på ungefär samma nivå under 2022 som under 2021. Det ses en liten ökning av registreringar palliativa registret. För att det ska vara värdefullt att använda registren krävs en viss mängd registreringar för att kunna dra slutsatser på gruppnivå, men registren ska också var ett verktyg för personalen vid varje enskild registrering ex. för att ta fram åtgärds- eller bemötandeplaner. Under året skulle personal genomgå webbutbildning i Senior Alert, detta har endast gjorts av ett fåtal. Ombud finns heller inte på alla enheter och tid avsätts inte i schemat för registreringar på alla enheter. Rutinen för arbetet med Senior Alert kommer att revideras under början av 2023 i en tvärprofessionell arbetsgrupp. Det nya arbetssättet kommer betona teamarbetet vid framtagande av åtgärdsplaner, detta tror vi kommer leda till att fler och bättre åtgärder sätts in och därmed ger registreringarna en tydligare nytta för den enskilde och därmed en större motivation hos personalen att utföra registreringar. Det kan dock inte nog poängteras vikten av att tid avsätts för arbete med kvalitetsregister för att det ska bli av. Det är också av vikt att statistik från registreringar plockas ut och analyseras och används som grund i förbättringsarbete som ska bedrivas på varje enhet.

* Höja kompetensen

Inventering av utbildningsbehovet har gjorts under medarbetarsamtal under hösten 2022 men detta har ännu inte sammanställts. Utbildningar som hållits för omvårdnadspersonal under året: BPSD-utbildning, handledarutbildning, vikarieintroduktion, förflyttningsutbildning (för en gruppbostad), träff med förflyttningsombud har hållits där de instruerats i god ergonomi vid påtagning av stödstrumpor.

Två arbetsterapeuter har gått lyftutbildning under hösten. Några sjuksköterskor har gått sårvårdsutbildning och några har gått utbildning i mätning för stödstrumpor. En sjuksköterska har vidareutbildat sig till distriktssköterska. Några i verksamheten har genomgått webbutbildning om nutrition.

Stor satsning på utbildningar behöver göras under kommande år och stort fokus behöver ligga på att få till struktur och systematik runt när utbildningar ska hållas samt att konstatera vilka utbildningar som är ett grundläggande krav för att få arbeta i verksamheten. Vård- och omsorg är ett kunskapstätt område och under ständig förändring därför behövs regelbunden påfyllnad av kunskap för att kunna upprätthålla en god och säker vård som stödjer sig på bästa tillgängliga kunskap.

* Arbeta aktivt i omställningen till God och Nära vård

Omställningen till God och Nära vård är en stor process som inbegriper många olika delar. Mycket av det som ryms i Nära vård begreppet återkommer i andra delar av vård och omsorg, vi tänker därför att detta målområde plockas bort men att allt förbättringsarbete som bedrivs ska ligga i linje med Nära vård-omställningen så att det går som en röd tråd genom verksamheten. Nedan redovisas vad som gjorts i äldreomsorgen under året som är kopplat till God och nära vård.

Trygg hemgång är ett projekt som ligger i linje med God och Nära vård. Genom att skapa trygghet för den enskilde efter hemgång från sjukhus eller korttidsverksamhet genom personalkontinuitet har antalet vårddygn på korttidsverksamheten minskat. Personalen i Trygg hemgång har ett rehabiliterande förhållningssätt, det innebär att de månar om att låta den enskilde göra aktiviteter så självständigt som möjligt vilket leder till att den enskildes förmågor bibehålls eller ökar. Vidare innebär det också att den enskilde inte har behov av lika mycket insatser från hemtjänsten efter avslutad Trygg hemgångsperiod.

Under året har samarbetet med vårdcentralen utvecklats vilket utmynnat i en gemensam handlingsplan som bl.a. ska främja samverkan och kunskapsstyrning. Handlingsplanen syftar även till att involvera medarbetare i nära vård-omställningen och skapa förutsättningar för teamarbete mellan Socialförvaltningen och Pilgårdens vårdcentral det innebär bl.a. att erbjuda fler <SIP:ar> och ta gemensamt ansvar för fallprevention.

Utifrån handlingsplanen som upprättades utifrån förra årets patientsäkerhetsberättelse skulle verksamheten se till att aktuella genomförandeplaner fanns upprättade hos alla enskilda. Det finns dessvärre stora brister i genomförandeplanerna i hemtjänsten men det ser bättre ut på särskilt boende. För att höja kvaliteten på genomförandeplanerna krävs utbildning i social dokumentation och att tid avsätts för att uppdatera genomförandeplaner. Tid kommer att avsättas under 2023. Ett annat förbättringsområde som konstaterades var att det skulle finnas utsedda kontaktpersoner till varje enskild, detta finns hos de flesta men arbete kommer att pågå även 2023.

# 13. Övergripande mål för 2023

* 1. Höja kompetensen - Hos legitimerad personal samt personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det behövs utbildningsinsatser bland annat i dokumentation, hantering av lyft, förflyttning, palliativ vård, trycksårsprevention, läkemedelshantering, HLR, basal omvårdnad, hjälpmedelshantering, avvikelser, bedömning av försämrat tillstånd hos den enskilde mm. Stort behov av att ha regelbundna och återkommande utbildningar för att säkra kompetensen hos våra medarbetare. Viktigt att även ta fram en lista på vilka utbildningar som all ny personal måste gå.
  2. Kvalitetsregistren – Ökad kunskap och förståelse av att arbeta med kvalitetsregister. I ett led att stärka patientsäkerheten är det viktigt att kvalitetsregistren används på ett säkert och kvalitativt sätt. För att kunna göra detta så behövs utbildning, samt att medarbetarna ges tid och möjlighet till att arbeta med det i sina verksamheter. Detta för att medarbetarna inte enbart ska registrera i registret, utan det är även viktigt att man arbetar med åtgärder kopplade till de risker som kommer fram samt med uppföljningar för att kunna få fram relevant statistik.

Alla i teamet behöver förstå syftet med att arbeta med kvalitetsregistren.

* 1. Avvikelsehantering – Öka förståelsen kring syftet med avvikelser och att alla förstår sin del i arbetet med avvikelser och vikten med att rapportera risker. Alla i teamen behöver få verktyg (tid, resurser, utbildning, ledning mm) för att kunna arbeta kvalitativt med avvikelser och risker. Behöver även arbeta mer proaktivt med att fånga upp risker som finns i verksamheten och rapportera dessa innan de bli avvikelser.

Viktigt med teamsamverkan kring risk- och avvikelsehantering. Höja andel utredda avvikelser.

* 1. Fallprevention – Öka kunskap om fallprevention hos all personal genom webbutbildning. Tydliggöra roller och ansvar i det fallpreventiva arbetet genom att ta fram en rutin eller riktlinje. Under året genomföra någon utåtriktad aktivitet om fallprevention till allmänheten i samarbete med vårdcentralen.
  2. SIP – Öka antalet genomförda <SIP:ar> för att på så vis göra den enskilde mer delaktig i sin vård och förbättra kvaliteten på samordningen och planeringen av vården.

# 14. Ordförklaringar

|  |  |
| --- | --- |
| **Ord** | **Beskrivning** |
| Avvikelse | När händelser inträffar som inte hör till det förväntade t.ex. fall, läkemedel som inte ges när det ska eller utebliven insats som t.ex. duschning |
| Basala hygien och klädrutiner | Hur personalen ska sköta handhygien, vilka kläder man kan ha och regler om vilka smycken man inte får ha |
| BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) | Ett kvalitetsregister för att ta fram bemötandeplaner för våra demenssjuka i kommunen |
| HSL dokumentation | Journalföring enligt hälso- och sjukvårdslagen |
| MAR | Medicinskt ansvarig för rehabilitering-som tillser att riktlinjer och rutiner för rehabiliteringsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs. |
| MAS | Medicinskt ansvarig sjuksköterska-som tillser att riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs. |
| Kvalitetsledningssystem | Ett system som ska innehålla processer och strukturer för kvalitetsarbete. Ska även innehålla riktlinjer och rutiner, dessa finns idag i Kompassen 2.0 och är tillgängligt via Intranätet |
| Lex Maria | Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). |
| Lex Sarah | Allvarliga missförhållanden inom socialtjänsten eller verksamheter enligt lagen om stöd och service (LSS) ska anmälas till IVO |
| Palliativa registret | Där registreras alla förväntade dödsfall inom kommunen för att se om vi ger det stöd och den symtomlindring som behövs |
| Palliativ vård | Omvårdnad i livets slutskede som innebär bland annat god symtomlindring och stöd. |
| Samordnad individuell planering (SIP) | Individuell planering för den enskilde. Där bestäms vilka insatser man är i behov av. Samverkan mellan olika vårdgivare. |
| Treserva | Det journal/verksamhetssystem som används inom socialförvaltningen |
| VVF (Vård, välfärd och folkhälsa) | Finns på Region Örebro läns hemsida och används av vårdgivare i länet. Där finns samverkansdokument, info om våra register etc. |