

Patientsäkerhetsberättelse för Höors kommun 2023



Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

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



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	10
En god säkerhetskultur.....	11
Innovation.....	11
Adekvat kunskap och kompetens	11
Utbildning	11
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	14
PPM mätning av basala hygienrutiner och klädregler	14
Vårdhygien/Smittskydd.....	15
Journalgranskning.....	16
IVO nationell tillsyn på särskilt boende	16
Kvalitetsregister.....	16
Svenska palliativregistret samt årsredovisning av den Palliativ vården i Höörs kommun	16
BPSD	17
Senior Alert	17
HALT	18
Bedömningar.....	18
Bedömningsinstrument.....	18
Läkemedelsgenomgångar.....	19
Läkemedelsgranskning - Extern läkemedelsgranskning.....	19
Information om patientsäkerhetsarbetet per enhet i Höörs kommun.....	20
Kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal.....	20
Sjuksköterskeorganisationen	20
Rehabenheten-enheten för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.....	21
Hemtjänst/ordinärt boende.....	23
Bemanningen.....	23
Omsorgen om personer med funktionsnedsättning (OF).....	24
Öka kunskap om inträffade vårdskador	25
Tillförlitliga och säkra system och processer	26
Säker vård här och nu.....	26

Stärka analys, lärande och utveckling	27
Avvikelser.....	27
Klagomål och synpunkter	29
Öka riskmedvetenhet och beredskap	29
God och Nära vård.....	30
Egenkontroller	30
Covid-19.....	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	31
Strategier och utmaningar	32
Bilaga 1 Senior Alert.....	33
Bilaga 2 Avvikelser/vårdskador	33
Bilaga 3 Redovisningsrapport PPM mätning basala hygienrutiner och klädregler	34

SAMMANFATTNING

Den sammanfattande bedömningen är att patientsäkerheten i Höörs kommun under 2023 varit god i samtliga verksamheter. Patientsäkerheten har i hög grad upprätthållits och till och med förbättrats/optimerats.

Avvikelse har registrerats, utretts och åtgärdats i något större utsträckning mot föregående år. Synpunkter, fel och brister samt avvikelshantering är en viktig del i vårt systematiska kvalitetsarbete, det medför att brister i verksamheten identifieras och åtgärdas vilket leder till att patientsäkerheten förbättras. En lex Maria-anmälan har gjorts under 2023.

Antalet riskbedömningar har ökat markant under 2023 däremot har antalet registreringar i Senior Alert minskat. Antalet registreringar och bemötandeplaner inom BPSD ligger på samma nivå som 2022. Antalet registreringar i palliativregistret var 35 st under 2023 vilket mer än dubblerats sedan 2022. Det är ett direkt resultat av att vi har skapat en process för palliativ vård under 2023 och en tydlig effekt av specialist sjuksköterskans arbete inom området, se mer info på sid 17.

Nära vård kommer bli ett ledord. Den största förändring inom svensk sjukvård står för dörren. Samverkan och teamarbete är förutsättningar för att klara framtidens utmaningar både nationellt, regionalt och lokalt för en omställning till god och nära vård. Omställningen har börjat och gemensamt tar regioner och kommuner sig an utmaningen men med olika förutsättningar. Medarbetare inom den kommunala hälso- och sjukvården kommer behöva flytta fokus men också utbildas inom områden som kan bli aktuella i hemsjukvården. Tillsammans med Vårdcentralen har vi fortsatt arbetet med att göra en lokal aktivitetsplan utifrån sex olika områden och samverkan har utökats då ny vårdcentral KRY, har startat under 2023. I statistik gällande samverkan vid utskrivning (SVU) ses inget betalningsansvar 2023. Antalet inskrivna i år har ökat från ett snitt på 36 till 43 per månad. I hemtagningsteamet ser vi också en fördubbling av antalet patienter som avlidit under tiden patienten varit inskriven i hemtagningsteamet således vårdar vi fler svårt sjuka patienter i den kommunala hälso- och sjukvården (23 jämfört med 12, 2022). Fortsatt många och långa korttidsplaceringar samt fler patienter kvar i väntan på särskilt boende.

Måluppfyllelse 2023

Följande mål är uppfyllda:

Öka antalet läkemedelsgenomgångar.

Öka antalet rehabiliteringsplaner.

Öka användning av kvalitativa bedömnings- och riskbedömningsinstrument.

Implementera ny rutin och öka antalet registreringar i palliativ registret.

Implementerat helt ny delegeringsprocess.

Återinföra seniorträffar.

Utbildning i funktionsstödjande förhållningssätt till personal inom hemtjänst.

Följande mål är delvis uppfyllt:

Att arbeta mer systematiskt med patientsäkerhet i alla led. Enbart handlingsplan gjord. Inget nytt fokusområde beslutat utifrån neddragningar.

E-learning teoretisk del lyft- och förflyttningutbildning är gjord. Vidare hantering ska genomföras under våren 2024.

Följande mål är ej uppfyllt:

Införa egenkontroller systematiskt. Ej gjort på grund av neddragningar.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Hälso- och sjukvårdens arbete i Höörs kommun utgår från Kommunfullmäktiges fyra övergripande mål för 2020–2023. De fyra övergripande målen gäller kommunens alla verksamheter. De är en del av vår verksamhetsstyrning och ska vara just styrande och vägledande. Medborgarna och företagarna är en resurs i Höörs samhällsutveckling och ska tas tillvara på ett positivt och lösningsfokuserat sätt. God livsmiljö och bra boende för alla. Förskole- och skolverksamhet med hög kvalitet och god lärmiljö. Långsiktig och hållbar ekonomi och miljö.

Utifrån dessa övergripande mål har de olika nämnderna i uppdrag att formulera fokusområde för den egna verksamheten. Social sektor arbetar med nedanstående fokusområden:

- Samhällskontraktet: Gemensamt mantra: ”Efter mötet med mig ska du vara mer självständig”.
- Folkhälsa: Ta tillvara medborgarens egna resurser, arbeta funktionsstödande. Utveckla mötesplatser för social samvaro.
- Digitalisering (Långsiktigt hållbar ekonomi och miljö): Använda varandras kompetenser. Strategisk kompetensförsörjning. E-Learning.

Sektorn har gemensamt brutit ner dessa i aktiviteter som verksamheterna arbetar vidare med.

Kvalitet och utvecklingsarbete

Vi följer upp vår verksamhet på flera olika sätt och arbetar med ständig utveckling av våra verksamheter. Vi deltar regelbundet i de nationella kvalitetsmätningarna Kommunens kvalitet i korthet (KKiK), kvalitetsregister (tex Senior Alert) och medborgarundersökningen.

I vår interna uppföljning kontrollerar vi årligen resultatet mot våra egna mål. Resultatet presenteras i kommunens årsredovisning. Utöver det gör verksamheterna egna enkäter, mätningar och utvärderingar.

All uppföljning och kvalitetsmätning är ett viktigt underlag för kommunens fortsatta planering och utveckling. Undersökningarna utgör bland annat underlag för politiska beslut om verksamhet och budget.

Organisation och ansvar

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

Socialnämnden

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

Socialchef

Socialchefen är verksamhetsansvarig/verksamhetschef för den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom socialtjänsten. Ansvaret avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Ytterligare information finns i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Verksamhetschef

Verksamhetscheferna är länk mellan socialchef och enhetschefer. Social sektor har två verksamhetschefer. En för HS (hälso- och sjukvården) och ÅO (äldreomsorgen) samt en för IFO (individ och familjeomsorgen) och OF (omsorgen om personer med funktionsnedsättning). En organisationsförändring av Social sektor genomfördes under hösten där IFO från 1/11 ingår under Kultur Arbete och Fritid (KAF). ÅO, HS och OF ingår nu i Sektorn Vård och omsorg. Verksamhetschefen ska stödja och handleda enhetscheferna, representera verksamheterna i sektorns ledningsgrupp. Informera om ledningsgruppens beslut och säkerställa att dessa genomförs. De ska i sin tur förse socialchefen med underlag och information om verksamheterna och driva utvecklingsarbetet inom verksamheterna utifrån ett årsperspektiv.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun ska det enligt lag finnas en medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetsansvarig/verksamhetschef för Hälso- och sjukvården samt med MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerheten inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Det är även MAS som är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerat medföra vårdskada anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I ansvarsområdet ingår också att se till så författningsbestämmelser och andra regler är kända. Inom ramen för ledningssystemet ska MAS ta fram, fastställa och dokumentera rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

I uppdraget ingår att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla området rehabilitering och medicintekniska hjälpmedel. MAR har anmälningsplikt till läkemedelsverket och leverantörer vid produktfel på medicintekniska hjälpmedel. Utreder och följer avvikelser vid fallolyckor och utebliven rehabilitering. Ansvarar för omvärldsbevakning inom området. Det är även MAR som är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerat medföra vårdskada inom ovan områden anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I ansvarsområdet ingår det också att se till så författningsbestämmelser och andra regler är kända. Inom ramen för ledningssystemet ska MAR ta fram, fastställa och dokumentera rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Enhetschef

Enhetschefer har ansvaret att implementera patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna och att se till att gällande rutiner och riktlinjer följs i det dagliga arbetet samt att nya medarbetare får den introduktion som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter inom sin profession.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal i hemtjänst och särskilt boende såväl som inom OF (omsorg om personer med funktionsnedsättning) som har delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför de delegerade uppgifterna. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska även inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Stödfunktioner

Det finns en rad olika stödfunktioner i patientsäkerhetsarbetet som samverkar och samarbetar med varandra. För att nämna några; Vårdhygien, Smittskydd, Strama (nätverk med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling), Regionens chefläkare och chefssjuksköterskor samt Patientnämnden och IVO.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Intern samverkan sker kontinuerligt i många frågor vilket inkluderar samtliga stabsfunktioner samt chefer och medarbetare beroende på vad det handlar om. Höörs kommun har ingen SAS (socialt ansvarig socionom) sedan september 2023 p g a neddragningar för att komma i ekonomisk balans.

Samverkan regleras i olika samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Samverkan vid utskrivning (SVU).
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om habilitering i Skåne.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.
- Hjälpmedelsguiden/ rehabiliteringsguiden.
- Lokal samverkansgrupp för hälso- och sjukvårdsvärdet från 2023 med både Höörs VC och KRY.
- Samverkan mobilt vårdteam, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.
- MAS och MAR nätverk.
- Samverkan region och kommun för att komma åt problemen vid vårdens övergångar.
- Samverkan sker både intern och externt på olika plan, i olika former och strukturer och i diverse forum och möteskonstellationer där bl a patientsäkerhetsarbetet diskuteras. Ett samverkansmöte för legitimerad personal och handläggare har ägt rum i september för att öka samarbetet professionerna emellan.
- APT/yrkesträffar/gruppträffar sker kontinuerligt. En gång/vecka har fysioterapeuter och arbetsterapeuter yrkesträffar. Var tredje vecka har sjuksköterskorna sjuksköterskemöte.

- Varannan vecka har ledningsgruppen för hälso- och sjukvård möte.
- Teamträffar (med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare samt hemtjänst) sker en gång/vecka. Teamträffar på särskilt boende sker 1 gång/ månad per avdelning. Legitimerad personal har även vid behov medverkat ute på verksamheternas APT. För att diskutera och samverka kring patientsäkerhetsfrågor bland annat.
- Kvalitetsmöten med all legitimerad personal en ggr/termin. MAS och MAR ansvarar för kvalitetsmötena.
- När rutiner och riktlinjer revideras eller införs informeras alltid personalen av enhetscheferna i respektive verksamhet på APT.
- Sammanhållen individuell plan (SIP) upprättas mellan region och kommun.
- Förebyggande kontroller av medicintekniska produkter har genomförts enligt rutin.
- Besiktning av lyftar och förebyggande underhåll av rullstolar och vårdängar sker årligen av hjälpmedelsleverantör enligt avtal. Avvikelse skickas till leverantör när detta inte skett enligt avtal. Periodisk lyftselesinspektion av förskrivna lyftselar har skett en gång/halvår.
- MAS samverkar med Vårdhygien, Smittskydd och Skånes läkemedelsråd i frågor som rör patientsäkerhetsarbetet dels för att förhindra och förebygga smitta samt för att optimera läkemedelshandlingen.
- Samverkan i 10 gruppen/Sodexo för hjälpmedelsansvarig. Denna samverkan sker regelbundet för att säkerställa rutiner, leveranser mm.
- Årligen sker samverkan med CSK för att diskutera höftprocessen med berörda kommuner.
- MAS och Verksamhetschef ingår i operativ delregional samverkansgrupp för Nära vård.
- Kommunala primärvården och den regionala primärvården har kontinuerliga samverkansträffar. Enhetschef för sjuksköterskorna samt MAR/enhetschef för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, Verksamhetschef för HS och AO och MAS samt vårdcentralens (både Hörs VC och KRY) verksamhetschef träffas i den lokala samarbetsgruppen minst 8 ggr/år.
Hälso- och sjukvårdsavtalet har medfört ett nära och kontinuerligt samarbete mellan framförallt den regionala primärvården och den kommunala primärvården men även regionen dvs specialistvården.
Tillsammans har vi tagit fram en lokal aktivitetsplan kopplat till Nära vård *Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025* utifrån aktivitetsplanens olika områden vilket även KRY kommer anamma.

1. **Personcentrerat arbets-och förhållningssätt**

Patientkontrakt/SIP, teambaserad vårdform, jämlik läkarmedverkan och insatser för tidvis sviktande

2. **Förebyggande och hälsofrämjande insatser**

Samverkan ”Hälsa” och utveckling av arbetssätt för personer i riskgrupper

3. **Kompetenssamverkan**

Stödfunktioner och Kompetensplattform

4. **Gemensamma digitala lösningar**

E-hälsost strategi och handlingsplan

5. **Barn och ungas hälsa**

Växa tryggt, Tidiga och samordnade insatser (TSI), ”en väg in” för psykisk ohälsa

6. **Rehabilitering**

Samordnat arbete kring rehabilitering, hjälpmedel och habilitering.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

För efterlevnad av lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrift 2016:40 pågår ett kontinuerligt arbete kring informationssäkerhet. Informationssäkerhet innebär att skydda information så:

1. att den alltid finns när vi behöver den (tillgänglighet)
2. att vi kan lita på att den är korrekt och inte manipulerad eller förstörd (riktighet)
3. att endast behöriga personer får ta del av den (konfidentialitet)
4. att det går att följa hur och när information har hanterats och kommunicerats (spårbarhet)

SITHS-kort inloggning

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på Internet, såsom Pascal, Mina planer, Nationell Patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregister samt utfärdande av tandvårdskort.

NPÖ Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra regioner, kommuner eller privata vårdgivare. I Höörs kommun syns nyttan av sammanhållen journalföring i olika sammanhang. Fler nerslag görs idag mot tidigare år, vi ser ett ökat användarbehov. Höörs kommun är en av ett fåtal av Skånes 33 kommuner som även är producenter i NPÖ vilket innebär att andra vårdgivare tex regional primärvård och slutenvård kan läsa delar av våra journaler. Alla medborgare har möjlighet att ta del av upprättad SIP via Journalen 1177 och inom en snar framtid ska de som har kommunal hälso- och sjukvård även kunna ta del av sin kommunala journal via Journalen 1177.

Loggkontroller

Loggkontroller ska genomföras minst 4 ggr/år i samtliga verksamheter samt kontroller av användare i NPÖ (nationell patientöversikt). Granskningen sker genom att tex slumpmässig personal väljs ut en gång per kvartal i respektive verksamhet och sedan granskas loggarna av enhetschef och medarbetare. Trots att det finns en tydlig process via intranätet så är det låg följsamhet ute i verksamheterna.

Övrig informationsöverföring

Informationsöverföringen mellan vårdcentral och kommun har under året diskuterats och allt mer övergått till direkta möten alternativt telefonsamtal för att minska fax och mejlkonversationer alternativt hämtas journalkopior mm av personalen själva.

Säker digital kommunikation (SDK), ett nationellt arbete som pågår och förväntas vara klart inom de närmsta åren. SDK ska förhoppningsvis leda till att vi inom kort kan avveckla faxen och kommunicera på säkrare sätt med externa vårdgivare. I väntan på SDK har Höörs kommun e- fax som är ett säkrare alternativ jämfört med vanlig fax.

Digitala läkemedelsskåp

Alla verksamheter har digitala läkemedelsskåp. Det innebär en kvalitetssäkring av läkemedelshanteringen. Läkemedelsskåpen har ett digitalt lås, vilket innebär att endast personal som är behörig kan öppna skåpet. När personal öppnar skåpet sker en digital loggning, vilket innebär att en spårbarhet finns, det går att få fram vem som öppnat skåpet och vid vilken tidpunkt. Läkemedelsskåpet är en förutsättning för att få hjälp med läkemedelshantering annars kan hemsjukvården inte ansvara för en säker läkemedelsadministrering.

Sjuksköterskorna har tre läkemedelsrum där de delar dosetter och tar emot leveranser från Apotek mm. Läkemedelsrummens dörrar är försedda med digitala lås vilket leder till spårbarhet men för att skärpa upp den spårbarheten ytterligare har varje medborgare även ett digitalt läkemedelsskåp i läkemedelsrummet.

I det ena läkemedelsrummet har kommunen sitt basläkemedelsförråd. De narkotikaklassade basläkemedlen förvaras i ett eget rum inne i läkemedelsrummet. Även på detta rum är det ett digitalt lås installerat sedan förvaras varje narkotikaklassat läkemedel i digitala läkemedelsskåp.

En god säkerhetskultur

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



Socialnämndens kvalitetspolicy:

Vi arbetar förebyggande, funktionsstödjande, rehabiliterande, målstyrt och rättssäkert.

Genom att våra möten med medborgarna vilar på begreppen meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet möjliggör vi en känsla av sammanhang (KASAM).

Medarbetare och ledare inom social sektor arbetar ständigt för att utveckla det hälsofrämjande (salutogena) förhållningssättet.

Vi följer upp/utvärderar kontinuerligt.

Vi mäter effektmålen för att säkerställa att vi följer kvalitetspolicyn.

Innovation

Inom Social sektor finns en etablerad organisation för att ta tillvara och arbeta med innovativa idéer dvs att medborgare och medarbetarförslag tas tillvara. Idéer landar ner i så kallade testlabb för att därefter eventuellt leda till ett projekt.

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

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

För att säkerställa detta arbetar Social sektor för att all personal ska vara utbildade undersköterskor och de medarbetare som inte är utbildade undersköterskor har fått erbjudande om att utbilda sig genom Äldreomsorgslyftet.

Social sektor tillser även att all personal får utbildning i medicinhantering/ delegeringsutbildning samt utbildning i basal hygien genom e-learning.

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

Delegerat arbete hos patient utförs alltid av delegerad personal som har kunskap. Gruppledaren har fått information om medarbetarnas kunskap och kompetens och planerar insatser hos medborgare utifrån den informationen. Kontaktpersoner informerar gruppledare om medborgare och dennes behov. Kompetens och kunskap diskuteras på APT och värdegrund utifrån medborgarnas behov. Saknas det kunskap om något specifikt inhämtas hjälp av utomstående för handledning. Behövs fler delegeringar tas det upp med sjuksköterska. Andra professioner bjuds in på APT för kompetenshöjning vid behov.

Utbildning

Samtliga utbildningar som personal genomgår redovisas antingen på APT eller yrkesträffar för att alla ska få del av ny information och nya rön.



- MHFA-mental health first aid 2 arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. Första hjälpen till psykisk hälsa är en utbildning som fokuserar på hur du bäst bemöter och ger stöd åt en person med psykisk ohälsa. Du får också lära dig mer om de vanligaste psykiatriska diagnoserna.
- Extrem fetma 5 arbetsterapeuter, 6 fysioterapeuter och 5 sjuksköterskor (+ 14 baspersonal). Föredraget handlar om hur fetma påverkar mobilitet och rörelse och vilka konsekvenser extrem fetma har för omvårdnadsarbete och förflyttningar. Vi för resonemang om vikten av ett bra bemötande och kommunikation mellan brukare och hjälpare i förflyttningar. Föreläsningen inkluderar också beskrivning av tekniska hjälpmedel som är designade särskilt för patienter med extrem övervikt. Inkluderar grupparbete kring vanliga fall och resonemang kring praktiska lösningar med hjälpmedel.
- Gerontologi och Geriatrik inom äldreomsorgen (3 hp), 1 fysioterapeut som gått denna utbildning hösten 2023.
- Neuroplasticity, A Novel & Practical Clinical Application to Induce Functional Improvement- 1 dagsutbildning 1 arbetsterapeut, 1 fysioterapeut har gått.
- Olika hjälpmedelsvisningar och utbildningar kring ex vis sittande som arrangerades av Sodexo (för arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterskor).
- BPSD utbildare för administratörer- en sjuksköterska.
- BPSD-administratörsutbildning 2 sjuksköterskor, 1 arbetsterapeut och 1 fysioterapeut.
- En sjuksköterska (specialistsjuksköterska inom palliativ vård) har varit på Palliativ konferens hösten 2023.
- En del av stadsbidraget (stimulansmedel) 2023 kopplat till omställningen God och nära vård var kompetensutveckling för att motivera sjuksköterskor att vidareutbilda sig. Hörs kommun tog fram ett förslag där två sjuksköterskor skulle ges möjlighet att kostnadsfritt utbilda sig på halvfart i kombination med att arbeta resterande procent. Två sjuksköterskor utbildar sig till specialistsjuksköterska med inriktning äldre.
- För att ordinarörer/förskrivare ska kunna göra utprovningar, ordinera, instruera samt göra uppföljningar behövs fördjupande kunskaper om hjälpmedel. 10-gruppen samverkar med Sodexo, funktionell sittställning 2 personer 1 dag. Produktvisningar och utbildning har genomförts där leg personal deltagit.
- Nya förskrivare (arbetsterapeuter/fysioterapeuter/sjuksköterskor) genomgår förskrivarutbildning från Socialstyrelsen löpande.
- Diverse webbutbildningar har genomförts inom de olika verksamheterna.
- Handledarutbildning för studenter, en fysioterapeut som gått utbildning under hösten.

Utbildningar för baspersonal som legitimerad personal anordnat 2023:

Kompetenshöjande interna åtgärder riktat till omvårdnadspersonal såsom Lyft- och förflyttningutbildning, Hygienutbildning, Delegeringsutbildning samt Generell hjälpmedelsutbildning för baspersonal (påbörjat på Åtorp, kommer utvecklas av leg arbetsterapeut och fysioterapeut) samtliga enheter har erhållit basutbildning och information om palliativ vård av specialistsjuksköterska.

BPSD-administratörsutbildning 15-16/5 3 baspersonal. Uppföljningsträff hösten 2023.

Lyftutbildning har erbjudits omvårdnadspersonal inom särskilt boende, ordinärt boende, gruppboende, daglig verksamhet och personlig assistans. En arbetsterapeut och en fysioterapeut håller i utbildningen. Det finns dels grundutbildning som är 6 timmar och sedan finns uppföljningstillfälle som är 45 minuter. Det har arrangerats grundutbildningar och uppföljningstillfälle kontinuerligt under 2023. Vid varje utbildningstillfälle kan 9-12 personer delta. Det innebär att 150 (105, 2022) omvårdnadspersonal har gått grundutbildning lyft och 129 (71, 2022) omvårdnadspersonal har gått uppföljningsutbildning under 2023. Således en ökning med 43 % vad gäller antal personer som gått grundutbildning och en ökning med 81 %

vad gäller antal personal som gått uppföljningsutbildning. Detta kan förklaras delvis med att grupperna har utökats igen efter pandemin men också att det erbjudits fler tider under 2023.

Hygienutbildning, samtlig personal ska enligt rutin gå Socialstyrelsens utbildning i basalhygienrutiner. Det är en e-learningutbildning. Tillsvidareanställd personal går den 1ggr/år nyanställda i direkt anslutning till anställning. Alla verksamheter har utsedda hygienombud som kontinuerligt har möten med ansvarig hygiensjuksköterska och är extra uppmärksamma på att basala hygienrutiner följs på enheten.

Delegeringsutbildning; from 1/4 2023 har Höörs kommun implementerat en ny delegeringsprocess för att kunskapshöja och kvalitetssäkra delegeringar och att de som erhåller delegering har rätt förutsättningar och kunskap. En lokal e-learningutbildning har gjorts som samtlig medarbetare som ska delegeras måste gå. Efter detta träffas man i en större grupp (ca 12-15 medarbetare) för att gå en fysisk utbildning som två ansvariga sjuksköterskor håller i. I samband med detta tillfälle görs ett digitalt kunskapsprov (aldrig samma) som upphandlats av Apoteket. Har medarbetaren över 80% rätt på detta test bokas hen in för delegering hos ansvarig sjuksköterska för det område där medarbetaren har sin anställning eller huvudsakliga arbetsplats. I samband med delegeringen avgör sjuksköterskan om medarbetaren är redo för att erhålla delegering. Nyanställda får enbart delegering i 3 månader därefter ska delegeringen följas upp av delegerad sjuksköterska för ev förlängning. Det är viktigt med hög kvalitet i hela delegeringsprocessen för att erhålla och säkra upp patientsäkerheten men det är onekligen ett omfattande och tidskrävande arbete för samtliga enheter, framförallt för sjuksköterskorna som lägger mycket tid på att delegera medarbetarna i kommunens vård och omsorgsverksamheter.

Rutiner och riktlinjer inom Hälso- och sjukvård

Rutiner och riktlinjer har reviderats under 2023. Löpande revideringar har gjorts vartefter nya förordningar, lagar och organisationer tillkommer eller förändras.

Kommunövergripande samarbete pågår framför allt inom mellersta MAS-nätverket för att ta del av varandras rutiner. Vad gäller rutiner och riktlinjer inom vård, hälso- och sjukvård samt omsorg bör först och främst den nationella Vårdhandboken användas och utöver den ska lokala riktlinjer upprättas vid behov.

MAR nätverket träffas 2 gånger /termin och MAS nätverket träffas varje månad. Här delar vi varandra aktuella rutiner och frågeställningar för att öka kvalitet inom området. MAS ingår även i områdesnätverket för MAS/MAR i Skåne som samordnas av Skånes kommuner där bla Skåneövergripande rutiner och riktlinjer tas fram.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. Inom Social sektor arbetar vi nära medborgaren och dennes anhöriga. Viktigt med öppen dialog vilket sker kontinuerligt och vid behov.

- Anhörigträffar på särskilda boenden och hemtjänst. Här ges tillfälle att informera om verksamheten och lyssna in synpunkter från medborgare/patienter och anhöriga. Legitimerad personal kan medverka på dialogmöten och anhörigträffar på särskilt boende och i hemtjänst.
- Vid upprättandet av SIP (samordnad individuell plan) är närstående en viktig del utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv (förutsatt att den enskilde önskar deras medverkan).



- I samband med vårdplanering i hemmet bjuds närstående in i samråd med den enskilde.
- Vid större avvikelser och synpunkter kontaktas närstående för att ges information men även för att verksamheten ska få ta del av deras upplevelser.
- Fallförebyggande rådgivning ska erbjudas i samband med att trygghetslarm beviljas.
- Legitimerad personal arbetar med personcentrerad vård
- Senior träffar har startats upp under 2023 för medborgare födda 1940-1943. Det har bjudits in till fyra omgångar utifrån respektive ålderskategori. 83 åringar: 92 inbjudna, 36 deltagare. 82 åringar: 126 inbjudna, 33 deltagare. 81 åringar: 87 inbjudna, 45 deltagare. 80 åringar: 120 inbjudna, 46 deltagare. I snitt har 106 deltagare bjudits in/ omgång och deltagarantalet är cirka 40/ omgång vilket innebär att cirka 38% av alla i aktuell åldersgrupp tackade ja till deltagande. Seniorträffar består av fyra träffar med olika tema kring område såsom hälsa/fysisk träning, att ta hand om sin kropp/hälso- och sjukvård, hjälpmedel samt information kring olika insatser som kommunen kan erbjuda.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

PPM mätning av basala hygienrutiner och klädregler

Mätningarna är en observationsstudie som genomförs under en bestämd tidpunkt. En eller flera medarbetare får i uppdrag att observera sina kollegor. I Höör är det hygienombuden som finns i respektive verksamheten som utför observationerna. I mätningen observeras följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler dvs följsamheten till åtta olika steg i samband med det patientnära arbetet tex omvårdnad, behandling och undersökning. Mätningen görs utefter ett standardiserat observationsprotokoll framtaget av SKR.

SKR har from 31/12 2023 lagt ner den nationella PPM mätningen och det är nu upp till varje kommun och region om de vill fortsätta att mäta, vilket vi kommer att göra i Höör. Nackdelen är att vi förlorar möjligheten att jämföra resultatet med övriga Sverige. Däremot finns det en önskan och intention att de skånska kommunerna ska fortsätta även 2024 och att vi då kan få ett Skåne övergripande resultat att jämföra med.

Resultat, analys och åtgärder i Höörs kommun Social sektor ÄO, OF och HS

Sedan första mätningen 2019 har Höörs kommuns resultat förbättrats för vart år vilket varit positivt och en trend som vi hoppades se även 2023 men vårens resultat visade ett riktigt bakslag. Denna nedåtgående trend ses även nationellt, då följsamheten har minskat i hela Sverige.

Resultatet från 2023 års mätning redovisas sammanfattningsvis nedan och i bilaga 3 finns hela resultatrapporten för 2023 års mätningar, både vårens och höstens extra mätning.

Följsamhet till samtliga hygien och klädregler har Höörs kommun på 42,3% vilket är en drastisk minskning i följsamhet på 19,2% jämfört med 2022(61,5%). En följsamhet till samtliga hygienregler på 71,2% och en minskning med 6,8% mot 2022 (78%) och till samtliga klädregler på 63,2% även här en minskning i följsamhet med 18,1% mot föregående år (81,3% 2022). Bristerna identifieras framförallt i att personal inte decinficerar händerna innan omvårdnadsarbetet påbörjas samt att personal har smycken

eller dylikt på händer och underarmar, identifierar även konstgjorda naglar, brister i arbetsdräkt ffa att personal inte använder korrekt underdel/byxor.

Vårens resultat lyftes i Social sektors ledningsgrupp och till samtliga enhetschefer för att alla ska arbeta vidare med hygienfrågorna och följsamheten till basala hygienrutiner på varje enhet. Hygiensjuksköterska informerade hygienombuden för att arbeta med vikten av följsamhet ute i sina grupper. Vi vet att det ger resultat när medarbetare hjälps åt att påminna varandra kring vikten av följsamhet avseende basala hygienrutiner tex att påpeka för varandra att ringar o dylikt inte får förekomma inom vård och omsorg då risken för smittspridning ökar.

Redan 2020 infördes obligatorisk e-learning utbildning i basala hygienrutiner vilket medarbetarna ska utföra varje år. Det finns hygienombud i alla verksamheter och en ansvarig sjuksköterska som utbildar och träffar hygienombuden ett par ggr/år.

Under vår/försommar bjöds Vårdhygien in för utbildning till kommunens samtliga hygienombud.

Med tanke på vårens resultat beslutades att Social sektor skulle göra en extra observationsmätning i november på samtliga enheter, enligt samma modell som den nationella. För att se om ovan insatser lett till ökad följsamhet. Denna extra mätning gav ett helt annat resultat. Totalt gjordes 66 observationer i samtliga verksamheter. Resultatet visade nu på 93% följsamhet till samtliga åtta steg (vilket innebär att resultatet från i våras har fördubblats) fantastiskt!

För de fyra kategorierna/stegen i klädreglerna ligger vi på 95% och för de fyra stegen i hygien hamnar vi på 91%.

Det vi ligger lägst på är desinficering av händer innan användning av handskar där vi hamnar på 88%, användning av förkläde 89% och användning av arbetskläder som hamnar på 89%. Övriga kategorier landar på mellan 94-100% där användning av handskar är 100%.

Mätningen genomfördes inte på alla verksamheter/enheter i våras och både LSS-gruppbestäderna och socialpsykiatri hade stora brister både med byggda naglar, nagellack, ringar och följsamhet i att använda arbetskläder vilket då gjorde att resultatet drogs ner

Att vi nu har rotationstvätt tror vi har en positiv effekt då många använt sina privata byxor innan vilket inte görs längre.

Att Covid ökat igen sedan mätningen i våras kan (tyvärr) också vara en orsak till denna uppskärpning. Det kan vara en anledning till att man tänker till en extra gång. Men följsamhet till basala hygienrutiner gäller oavsett pandemi och måste alltid följas för att förhindra smittspridning.

Höstensresultatet är det bästa resultat vi haft sedan 2020, vilket känns väldigt positivt.

Vårdhygien/Smittskydd

MAS samverkar i nätverk med Vårdhygien Skåne sedan flera år tillbaka. Under pandemin intensifierades detta samarbete och är nu implementerat. Under året har det varit kontinuerliga möten med Smittskydd och Vårdhygien ett par ggr/termin.

Hygienronder med Vårdhygien har gjorts vid flertalet tillfällen genom åren och det har lett till diverse förbättringar inom hygienområdet och personalen samt chefer är väl medvetna om gällande rutiner, lagar och regler.

Vårdhygien hade en informativ och uppskattad utbildning för kommunens hygienombud våren 2023. Hygienutbildning; varje år ska samtlig personal inom vård och omsorg gå socialstyrelsens e-learning utbildning i basala hygienrutiner. Ordinarie personal i alla verksamheter gör den 1 ggr/år och vikarier i samband med anställning. Det finns hygienombud i samtliga verksamheter och enligt rutin ska egenkontroll göras avseende följsamhet till basala hygienrutiner 1 ggr/år i samtliga verksamheter (förutom

den nationella mätning som görs på våren varje år). 2023 gjordes inga egenkontroller däremot genomfördes en extra punktprevalensmätning (PPM) med anledning av vårens undermåliga resultat, se sid 14-15.

Cirkulationstvätt av arbetskläder startade i september vilket är en vårdhygienisk åtgärd för att säkerställa korrekt tvätt av arbetskläder och på så sätt förebygga smitta i våra verksamheter.

Journalgranskning

Enligt patientdatalagen (PDL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har all legitimerad personal skyldighet att dokumentera uppgifter som kan ha betydelse för vården av den enskilde. Även de som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom delegering, ordination eller instruktion ska dokumentera iakttagelser av vikt som de gör i samband med utförandet av de delegerade, ordinerade eller instruerade arbetsuppgifterna.

Patientjournal ska föras på de personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 18 § 1982:763.

Syftet med journalgranskning är att tillgodose den enskildes behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Det innebär att kontrollera att dokumentation förs i enlighet med gällande författningar och rutiner samt genom att granska att informationen förs in rätt i verksamhetssystemet, Lifecare HSL. Rutinen gällande journalgranskningar har inte följts 2023 med anledning av att ett nytt verksamhetssystem (Lifecare HSL) infördes i februari 2023. Kvalitetsutvecklande journalgranskning, eventuellt utformat som egenkontroll, blir åter aktuellt tidigast 2024.

Löpande journalgranskning har i viss mån skett i ärendediskussioner vid respektive sjuksköterske- arbetsterapeut- och fysioterapeutträffar och APT. Även i samband med avvikelser förekommer journalgranskningar, om än inte lika strukturerat. Med anledning av att nytt verksamhetssystem införts har journalföring i hög grad varit i fokus dagligen samt att kontinuerliga utbildningar och uppföljningar genomförts löpande under året för legitimerad personal, chefer och omvårdnadspersonal.

Slumpmässiga stickprov, när det gäller *Att göra* i Lifecare HSL gällande samtliga HSL-insatser som ska utföras av legitimerad personal samt delegerad personal, har gjorts under 2023. Det uppdagades i samband med detta att en viss fördröjning gällande signering fanns i alla verksamheter. Rutin för signering och att gå igenom *Att göra* gjordes och skickades ut till samtliga chefer och medarbetare samt finns i vårt kvalitetssystem 2c8.

Med införandet av Lifecare HSL har också digital signering implementerats. Det innebär att all signering sker digitalt. I uppstarten så fanns en del teknikproblem samt handhavandefel.

IVO nationell tillsyn på särskilt boende

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjort en nationell tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på särskilt boende för äldre. Tillsynen påbörjades 2021. Syftet med tillsynen är att ta reda på om det finns förutsättningar att ge god och säker vård för personer som bor på Säbo. IVO har granskat journaler och intervjuat medborgare på Säbo, sjuksköterskor och ledning. Åtgärdsplan/Handlingsplan har tagits fram efter IVOs granskning och åtgärdskrav och i juni fick vi besked på att IVO avslutat tillsynen i Höörs kommun. IVOs utlåtande och vår handlingsplan finns att ta del av och är diarienummer SN 2023-00111.

Kvalitetsregister

Svenska palliativregistret samt årsredovisning av den Palliativ vården i Höörs kommun

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat den avlidne besvarar ett trettiotal frågor. Syftet med kvalitetsregistret är att förbättra vården i livets slutskede genom att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede, vilket i sin tur innebär ett lärande för sjuksköterskorna. Under 2019 har Höörs kommun registrerades åtta avlidna i det palliativa registret. Det fördubblades 2020 till 16 st. 2021 har enbart 4

HALT

Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete.

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos patienter och antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll och är evidensbaserad. Metoden används för mätningar i hela Europa (Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities). Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

HALT-mätning ägde rum veckorna 46 och 47. Mätningen genomfördes tillsammans med Folkhälsomyndigheten. Totalt antal inkluderade vårdtagare var 20715 medborgare i hela riket ungefär samma antal som förra året.

Första året som Höör registrerade i HALT var på Åtorps särskilda boende 2021. 2022 blev det Skogsgläntans tur. I år gjordes registreringar på samtliga avdelningar på Björken och på Skogsgläntan. Plan inför 2024 är att HALT ska genomföras på samtliga av kommunens särskilda boende.

På Skogsgläntan plan 1 gjordes 12 registreringar (samtliga boende just vid tillfället), en förvärvad infektion på enheten; urinvägsinfektion och den behandlades med antibiotika.

På Skogsgläntan plan 2 gjordes 13 registreringar (samtliga boende), en förvärvad infektion på enheten, hudinfektion som behandlades med antibiotika.

Riskfaktorer för antibiotikaanvändning på båda planen är urinkatetrar, genomgången kirurgiskt ingrepp inom 30 dagar, trycksår och sår.

Björken/Höst gjordes 7 registreringar (samtliga boende), ingen infektion eller antibiotikaanvändning registrerades.

Björken/Sommar registrerades 9 (samtliga boende samt två på korttidsplats), ingen infektion eller antibiotikaanvändning registrerades.

Björken/Vinter registrerades 7 (samtliga boende), ingen infektion eller antibiotikaanvändning registrerades.

Björken/Vår registrerades 8 (både boende och en på korttidsplats), en förvärvad infektion på enheten, övre luftvägsinfektion, ingen antibiotikaanvändning registrerad.

Riskfaktorer för antibiotikaanvändning på samtliga avdelningar är urinkatetrar, trycksår och sår.

Bedömningar

Bedömningsinstrument

VAS (smärtskattningsinstrument)	18 (0)
FBG (funktionellt balanstest för geriatriska patienter)	70 (21)
ADL (bedömning av aktiviteter i det dagliga livet/funktionsförmåga)	14 (3)
MNA Del 1 (bedömning av nutritionsstatus)	55
MNA Del 2	43 (tot del 1+ 2 51)
BERG (balansbedömning)	2 (1)
Norton (bedömning av trycksår)	32 (5)
CAN-skattning (bedömning av behov, symtom, träning av kognitiv funktion)	0 (0)
DFRI (avser bedömning fallrisk)	27 (3)
Abbey Pain scale (smärtbedömning ffa till personer med kognitiv svikt)	65 (0)
ROAG (munhälsobedömning)	23 (0)
TUG	3 (0)

Användning av bedömningsmodulen har ökat med 400 %. Historiskt så är vi nu uppe på samma nivåer kring användning av bedömningsinstrument som 2020. En stor ökning från föregående år med 86 bedömningar till 359 år 2023. Statistiken visar att samtliga riskbedömningar ökat och den största ökningen ser vi i bedömning av smärta med Abbey pain scale vilket är ett resultat av att vi kvalitetssäkrat arbetssättet med palliativ vård i livets slutskede.

Det goda resultatet kan också förklaras med att vi från februari 2023 infört ett nytt verksamhetssystem där riskbedömningar kommer utföras på ett mer strukturerat sätt. Det har också lyfts på kvalitetsträff med MAS och MAR under året.

Läkemedelsgenomgångar

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

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

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

Den tvärprofessionella läkemedelsgenomgången utförs av läkare, apotekare/farmaceut och sjuksköterska/kontaktperson, i dialog med patienten utifrån ett standardiserat program enligt ”skånemodellen för läkemedelsgenomgångar”. 2023 har 20 tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar förra året gjordes 15 stycken.

Tillsammans med Höörs VC har vi under 2023 gjort ett omtag avseende basal läkemedelsgenomgång vilket är en ”enklare” genomgång som genomförs av läkare, i samråd med sjuksköterska och patienten på Säbo men utan farmaceut. Detta med anledning av att det inte finns tillräckligt med tider till farmaceut för att göra tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar. Det upprättades en gemensam rutin med Höörs VC under våren. Enligt rutin ska alla på Säbo erbjudas en basal läkemedelsgenomgång 1 ggr/år. Under hösten har vi prioriterat samtliga medborgare som flyttat in på Säbo. 16 basala läkemedelsgenomgångar är gjorda under hösten, förra året gjordes inga.

Läkemedelsgranskning - Extern läkemedelsgranskning

Enligt läkemedelsförfattningen ska en extern läkemedelsgranskning utföras årligen vilket i år skedde fysiskt på tre enheter. Kvalitetsgranskningen av läkemedelshandlingen bygger på Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelshandling HSLF-FS 2017:37. Extern läkemedelsgranskning leder till att samtliga läkemedelsrutiner ses över och går igenom, det leder till förbättringar och optimering av läkemedelshandlingen. Det blir ett direkt lärande för samtliga medverkande i granskningen. Extern läkemedelsgranskning görs varje år i utvalda verksamheter inom Social sektors vård och omsorgsverksamheter.

Extern läkemedelsgranskning gjordes 2023 på Vinkelgatan, Björken och Åtorps avdelningar Oasen och Björklövet. Granskningen gjordes på plats. Deltog gjorde MAS, enhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Farmaceut från Apoex höll i granskningarna och gick bland annat igenom hela läkemedelsprocessen utifrån lokala rutiner och författningar. Allt från beställning/förvaring till ordination och administrering/överlämnande analyserades och diskuterades. Även det praktiska arbetet med läkemedel och vikten av fullgod spårbarhet och tydliga ansvarsfördelningar genomlystes. Läkemedelslistor, signeringslistor, hantering av narkotiska preparat och förvaring kontrollerades. Det uppdagades en del mindre brister som tex bristande följsamhet till rutiner tex att städning av läkemedelsskåp inte alltid

genomförts enligt rutin. Inaktuella listor sitter kvar i pärmen. Vissa HSL-pärmar saknade signaturförtydligandelistor. Narkotika ska kontrolleras 1 ggr/månad samt signeras av två personer, detta saknas för vissa månader. Pennor som inte är arkivbeständiga används vid signering.

Vissa delar har förtydligats i rutin och vissa delar i rutinerna har reviderats. Åtgärder har vidtagits utifrån relevans. Överlag har personal bra följsamhet till läkemedelshanteringen i kommunen. De förbättringsförslag som identifierades redovisas i åtgärdsplaner vilka gått ut till sektorns verksamhetschef och enhetschefer för vidare spridning och åtgärder i verksamheterna.

Information om patientsäkerhetsarbetet per enhet i Höörs kommun

Nedan kapitel är uppdelat utifrån verksamhet; först information om samarbetet mellan primärvård/vårdcentral som är en central del i hälso- och sjukvårdsarbetet. Därefter presenterar/redogör varje verksamhet inom HS, ÅO och OF för patientsäkerhetsarbetet inom enheten.

Kommunal hälso- och sjukvård, legitimerad personal

Sjuksköterskeorganisationen

- 337 medborgare i snitt under året har varit beviljade hemsjukvård. Förra året var snittet 355.
- Riskbedömningsinstrument gällande fall, nutrition, trycksår, smärta används och har ökat under 2023. Arbete med vikten av riskbedömningar samt åtgärdsplaner var ett av målen 2023 och således har förändring skett till det positiva.
- Delegeringsförfarandet har under 2023 centraliserats och systematiserats, all omvårdnadspersonal går samma delegeringsutbildning och skriver samma digitala kunskapsprov som köps in via Apoteket. E-learningutbildning har startats under 2023. Antal nydelegeringar/omdelegeringar som gjorts under 2023 är 830 enligt statistik från Lifecare HSL. Statistiken nedan är framtagen sedan den nya delgeringsprocessen infördes from april 2023. Alla delegeringar registreras och sparas i verksamhetssystemet. Utbildning går medarbetarna en gång per år men nyanställda får enbart en delegering på 3 månader initialt. Om allt fungerar förlängs delegeringen (men ingen utbildning görs) vilket då ”reggas” som en ny delegering i verksamhetssystemet därmed ”syns” det inte i nedan statistik. En hel del tilläggsdelegeringar görs även under året, tex insulin, sår mm tillkommer. Vilket förklarar diskrepansen mellan statistiken nedan och statistiken från Lifecare HSL.

Totalt antal personer som har fått delegering	378
Antal personer som har fått nydelegering	136
Antal personer som fått en omdelegering	243
Antal personer som har gått fysisk delegeringsutbildning	418

- SIP (samordnade individuella planer) görs tillsammans med medborgare, anhöriga, biståndshandläggare, leg personal och med läkare. Samordnade individuella planer (SIP) har gjorts under året både med ASIH och primärvården samt inom psykiatrin. Arbetet med SIP är förankrat i verksamheterna och ett viktigt verktyg för alla för att forma en tydlig och personcentrerad vård med tydliga mål och planer. Antal SIP 23 stycken, uppföljning SIP 11 stycken. Denna statistik är ej tillförlitlig då legitimerad personal vid flera tillfällen dokumenterat SIP under annat sökord i journalen. Under våren kommer vi ha gemensam utbildning med vårdcentralen avseende SIP.
- Genomgång/revidering av befintliga hälso- och sjukvårdsrutiner har gjorts kontinuerligt under 2023.

- Väletablerat hemtagningsteam som hanterar utskrivningar från sjukhuset. Inget betalningsansvar 2023. Av inskrivningarna 2023 så hamnar i snitt 21 patienter i Team 3/ hemtagningsteamet varje månad varav ca 6 hamnar på korttid, och i snitt 13 patienter går till ordinarie team. 7 patienter som skrivs in i mina planer avlider på sjukhuset eller får inga insatser alls efter utskrivning. Detta innebär en ökning på i stort sett alla poster jämfört med 2022 och antalet inskrivna i år har ökat från ett snitt på 36 till 43 per månad så det är fler ärenden totalt att hantera. (511, 2023 jämfört med 436, 2022). I team 3 ser vi också en fördubbling av antalet som avlidit under tiden i teamet (23 jämfört med 12 2022) vilket också ger en ökad arbetsbelastning då de flesta som avlidit också haft mycket insatser under tiden innan de avlidit, en del i hemmet och en del på korttid. Fortsatt många långa korttidsplaceringar och under de sista månaderna många kvar i teamet i väntan på särskilt boende – även efter att de borde varit verkställda. Detta leder bland annat till en del externa korttidsplatser där det är svårt för oss att påverka rehabilitering samt utreda behov – ger ofta längre utredningstider. Det har också kommit minst 36 patienter hemifrån som fått stöd av hemtagningsteamet.
- Kontinuerlig utbildning och uppföljning kring systematiskt avvikelserarbete i vårt avvikelssystem har gjorts under 2023.
- Kontinuerliga munhälsobedömningar har genomförts i ordinärt och särskilt boende om den enskilde så önskat. Dessa utförs av Oral Care. 2023 års statistik från Enheten för Tandvårdsstyrning visar att antal munhälsobedömningar utförda av Oral Care minskat under året i Höörs kommun. Antal personal som gått munhälsoutbildning har också minskat. Likaså att personal inte är med när munhälsobedömning görs hos medborgaren vilket är ett bra tillfälle att få mer kunskap om hur tandhälsan ska skötas hos den enskilde. Utfärdande av tandvårdsintyg har däremot ökat under året.
- Loggkontroller ska göras enligt rutin inom samtliga verksamheter. Syftet är att garantera att patientjournalens säkerhet följs. Under 2023 har loggkontroller gjorts. Samtliga utan anmärkning.
- Covid-19 har fortsatt påverkat det dagliga arbetet inom sjuksköterskeorganisationen märkbart framförallt under början av 2023. Dels med anledning av den stora mängden provtagningar som ålagts vid symtom och i vissa fall smittspårningar och provtagning i samband med detta. Till det tillkommer vaccinationer av medborgare både i särskilt och ordinärt boende. Mycket merarbete för enhetens personal och chefer. Trots att Covid-19 från och med mars månad ej längre klassas som en allmänfarlig sjukdom i samhället så har fortfarande vård- och omsorgsverksamheter kvar restriktioner som påverkar det dagliga arbetet.
- Avtal kring tjänsteköp med ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) upphörde 2023. Detta innebär att vi inte längre får ersättning från Region Skåne för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på uppdrag av ASIH.

Rehabenheten-enheten för arbetsterapeuter och fysioterapeuter

Rehabilitering

Antalet rehabiliteringsplaner under året var totalt 369 stycken. Cirka 96 i snitt/ kvartal. Rehabiliteringsplan kan vara inom flera olika område där förflyttning, rörelse- och styrketräning samt rehabilitering är områden där de flesta rehabiliteringsplaner finns. Målet är att antalet rehabiliteringsplaner ska öka i jämförelse med antalet hjälpmedelsplaner.

Användning av bedömningsinstrument såsom FBG 70 (21), ADL 14 (3) + TUG 3 (0), 30 sek chair stand test 7 (0), Bergs balansskala 2 (1) har ökat rejält under 2023. Under 2023 har det gjorts 96 bedömningar, att jämföra med 25 bedömningar 2022. Således en ökning av systematisk/ kvalitativ bedömning. De fallförebyggande hembesöken har varit få eller inga. Ny hantering under 2024 gällande fallförebyggande hembesök ska förhoppningsvis öka inflödet.

70 bostadsanpassningar har gjorts under året (under 2022 gjordes 93 bostadsanpassningar). Således något mindre antal bostadsanpassningar under 2023. Av dessa 70 bostadsanpassningar så var 21 förenklade anpassningar.

Rehab-enheten har anordnat rollatorcafé vid två tillfälle under våren för att göra en översyn av medborgares rollatorer och reparera eller byta ut rollatorn vid behov.

Rehab-enheten har anordnat studiecirkel kring funktionsstödjande och aktiverande förhållningssätt för 2 grupper med medarbetare från hemtjänsten under hösten 2023, cirka 12 deltagare/ studiecirkel.

Hjälpmedel

Vår hjälpmedelshandling sker via ett avtal mellan hjälpmedelsföretaget Sodexo och nio kommuner sedan ett antal år tillbaka. Senaste förlängningsavtal upprättades med Sodexo 1/10 2018. Sodexo ansvarar för logistiken mellan kommun, och hjälpmedelsleverantörer. De ansvarar också för rekonditionering, förebyggande underhåll, besiktningar, leveranser till och från kommunerna.

De har också ansvar för hjälpmedelspoolen som ägs gemensamt av de nio kommunerna.

Antal utprovningar av tekniska hjälpmedel är i snitt 423/ kvartal, vilket är något fler än 2022 (cirka 413/ kvartal).

Avvikelse från Höörs kommun till Sodexo har minskat under 2023 från 25 avvikelser 2022 till 13 avvikelser 2023. Mestadels gäller avvikelserna kategori övrigt och därefter försenad leverans samt hämtning.

Anmärkning på produkt 1 (4) st

Fel levererad produkt 1 (1) st

Försenad leverans 2 (9) st

Förkommen beställning/ arbetsorder 1 (3) st

Bemötande 1 (0) st

Teknisk service 0 (3) st

Övrigt 5 (4) st

Hämtningar 2 (1) st = **13 avvikelser 2023 (25 avvikelser under 2022)**.

Antalet avvikelser som alla 9 kommuner skickat till sodexo under 2023 har också minskat något jämfört med 2022.

Besiktning/Förebyggande underhåll

Besiktning av lyftar och förebyggande underhåll av rullstolar och vårdängar sker årligen av hjälpmedelsleverantör enligt avtal med Sodexo. Avvikelse skickas till leverantör när detta inte skett enligt avtal. Periodisk lyftsele inspektion av förskrivna lyftselar har skett en gång/halvår. Sodexo har brister i följsamhet till rutin kring FU framförallt vad gäller rullstolar där Höörs kommun bär en del gällande korrekt placering/ grunduppgifter. Arbetar med registervård kontinuerligt.

Särskilt boende

- Apoteksgranskning på Björken och Åtorp, med förbättrade rutiner kring rengöring av läkemedelsskåp.
- Vi har implementerat och arbetar aktivt med Senior alert inom alla SÄBO
- Arbetar aktivt med teamträffar med delegerad personal
- Arbetar aktivt med avvikelse-hantering via Life Care
- Årlig webb-utbildning i Basal vårdhygien och årlig inspektion av hygienombud att basala hygienrutiner följs.
- Energi och proteinberikade kost
- På Åtorp har arbetet påbörjats för att införa Nationell Vårdplan för Palliativ vård
- Rubriker i journalsystemet har uppdaterats och anpassats till verksamheten
- Åtorp har haft extrautbildning angående hantering av rullstol
- Vi har infört cirkulationstvätt på samtliga verksamheter

- Digital signering av läkemedel infördes under året

Hemtjänst/ordinärt boende

- En viktig funktion i kvalitetsarbetet har besparats, SAS, vilket gör att arbetet med avvikelser enligt Sol/LSS och lex Sarah nu hanteras själva ute i verksamheten.
- Utbildningsatsning under 2023 bemötandebildning och framåt utbildning i Palliativ vård.
- Tvärprofessionella teamträffar varje vecka då diskuteras allt som berör kvalite och patientsäkerhet inklusive avvikelser och fallrapporter
- Lifecare och brandsäkra dokumentationsskåp.
- Tid för dokumentation läggs i schemat. Tid för lärande läggs också i schemat vid behov.
- Lifecare som forum för informationsöverföring.
- Bemanning sker utifrån bemanningskrav och behov. Vid nyanställning anställs utbildade undersköterskor.
- Ett årshjul styr årets kompetensutvecklingsplan.
- Genom att upprätta genomförandeplan och uppdatera denna kontinuerligt
- Försöker tillgodose medborgarens önskemål utifrån bemanningen och verksamheternas förutsättningar.
- Synpunkter och klagomål hanteras i kommunens diarie.
- Återkommande samtal kring vikten av att skriva avvikelser och syftet med avvikelser genom kvalitetsarbete och försöka eliminera risker.
- Erbjuder synpunktsblankett och genom information. Synpunkter hanteras enligt rutin och via diariet.

Bemanningen

- Engagerande ledning och tydlig styrning:

Är viktigt att chef på bemanningen är tillgänglig för vikarierna som har många frågor och behöver vägledas, mycket mer nu än för bara några år sedan då en hel del av de som vi rekryterar inte har någon formell utbildning. Vi på Bemanningenheten arbetar nära i ett team som består av enhetschef och två bemanningsplanerare, även bemanningsplanerarna har en daglig kontakt med våra anställda som även kan ställa frågor och få snabba svar från dom.

- Övergripande mål och strategier:

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

- Organisation och ansvar:

Vi har vårt team på Bemanningenheten som jag beskrev under ledning, men vi har även ett samarbete med sjuksköterskor, arbetsterapeuter & fysioterapeuter inom vår egen organisation. Och inte minst har vi en engagerande stab bestående av MAS & MAR som vi alltid har möjlighet att vända oss till. Det som jag

ser som en brist från vår kommun nu är indragning av tjänsten som SAS, då mycket av våra utredningar både tar tid och görs stundtals av personal som inte besitter all den kompetens som en SAS har.

- Informationssäkerhet:

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

- En god säkerhetskultur:

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

- Adekvat kunskap och kompetens:

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

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

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

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

- Patient som medskapare:

Vi arbetar inte nära medborgaren i den vardagliga omvårdnaden, men om vi får in synpunkter från medborgare eller anhörig så tar vi detta som hög prioritering. Om synpunkten handlar om någon medarbetare så kallas den in för ett samtal där vi går igenom synpunkten och dokumenterar och återkopplar till enhetschefen för den verksamheten medborgaren har sin tillhörighet.

Omsorgen om personer med funktionsnedsättning (OF)

- Team 4 (enhetschefer, handläggare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor) träffas två gånger per termin för samverkan.
- Team 4 deltar regelbundet på möten med medarbetare på gruppbestäderna samt socialpsykiatrin.
- Register i HSL-pärmarna har uppdaterats.
- Nya dokumentskåp, med högre brandklassning, har köpts in till verksamheterna, för förvaring av utskrivna HSL-uppdrag.
- Medarbetare som arbetar med HSL-insatser delegeras av SSK.
- Medarbetare i behov av lyftlicens utbildas av kommunens arbets- och fysioterapeuter. Även uppföljningsutbildning görs efter 2 år.
- En extern läkemedelsgranskning har gjorts på Vinkelgatans gruppbestad under hösten.
- Hygienombud finns i verksamheterna. Dessa deltar i regelbundna nätverksträffar.

- Palliativa ombud finns i verksamheterna. De har gått en halvdagsutbildning i NVP.
- Några verksamheter har träffat kommunens specialistsjuksköterska utifrån palliativ vård.
- I september började verksamheterna använda nya arbetskläder som hanteras och tvättas i en cirkulationstvätt. Utifrån detta har verksamheterna medarbetare som är tvättansvariga.
- Verksamheterna arbetar löpande med att rapportera in avvikelser, som sedan hanteras av enhetschef och eventuellt medutredare i form av HSL-professionerna.
- I schemasystemet TimeCare kan olika kompetenser kopplas till medarbetare, t.ex. delegering. Detta underlättar schemaläggning så att personal med rätt kompetens sätts in i rätt verksamhet, på rätt tid.
- Flera medarbetare har gått äldreomsorgslyftet. Möjlighet finns för medarbetare att läsa även 2024.
- Verksamheterna följer vårdhygiens riktlinjer gällande anpassningar utifrån Covid-19.
- I mars togs rekommendationen om användning av skyddsutrustning (munskydd och visir) bort. I december återinfördes skyddsutrustning i brukarnära arbete.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Avvikelser/ vårdskador

All personal inom Social sektor ska rapportera negativa händelser, avvikelser som rör hälso- och sjukvård samt fallrapporter som sker i verksamheten. Samtlig omvårdnadspersonal registrerar avvikelser direkt via länk på Intranätet till närmsta chef som mottar och fördelar avvikelser till aktuella utredare/ medutredare. Vid behov träffas MAS, MAR, ev verksamhetschef och SAS för att gå igenom och diskutera avvikelser/synpunkter. Vid dessa möten tas också ställning till vidare utredning som kan leda till anmälningar enligt lex Maria eller lex Sarah.

På arbetsplatsträffar diskuteras de händelser som får till följd att man behöver se över rutiner. Enhetschefen samtalar med den/de medarbetare som varit inblandade i händelsen. När utredning är klar och nödvändiga åtgärder är vidtagna avslutas respektive avvikelse.

För de avvikelser som är av sådan art att en lex Maria anmälan är aktuell görs en händelseanalys av MAS/MAR samt anmälan till IVO. Samtliga anmälningar till IVO informeras vidare till socialnämnden.

Klagomål och synpunkter som inkommer externt t ex från medborgaren eller anhöriga besvaras omgående med information om att det inkomna klagomålet/synpunkten är av stort värde för organisationen och att en utredning av händelsen har påbörjats. Respektive enhetschef ansvarar för att utredningen genomförs och medborgaren får en återkoppling efter utredningen.

Medborgaren/närstående är välkommen att höra av sig igen om svaret inte är tillfyllest annars avslutas ärendet. MAS, MAR och SAS tar del av utredningar och bedömer om det skall gå vidare som en lex Maria alt lex Sarah, socialnämnden informeras. Samtliga synpunkter diarieförs/handläggs och följs upp i kommunens diariesystem Ciceron.

MAS och MAR är kontaktperson till Patientnämnden och IVO gällande Hälso- och sjukvård och ansvarar för genomförande av utredning och återkoppling. Inga ärende har inkommit från patientnämnden. En lex Maria anmälan efter en allvarlig läkemedelsavvikelse har gjorts till IVO under 2023.

Patientens klagomål och synpunkter

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

Patientsäkerhetsdialoger

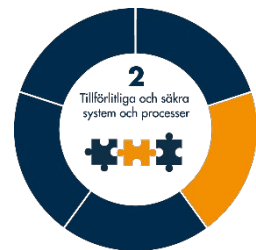
Bör ske kontinuerligt på APT i våra verksamheter utifrån avvikelser och synpunkter som kommer oss tillhanda. Dialoger bör ske på alla nivåer i organisationen; allt från ledningsgrupper till anhörigträffar, här finns utvecklingspotential.

Värdegrund

Diskussioner kring värdegrunden ska föras i alla sammanhang bland annat vid teamträffar, ledningsgrupper och APT. Eftersträvar ett salutogent och funktionsstödande förhållningssätt vilket ständigt behöver uppdateras. Vi ser att det funktionsstödande arbetet inte fullt ut är förankrat i alla verksamheter och det behöver upp på ”agendan igen” och finns nu med i våra fokusområden.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Social sektor har ett kvalitetsledningssystem (2c8). Ledningssystemet syftar till att säkra kvalitet samt planera, leda och förbättra verksamheterna. Det innebär att hälso- och sjukvård har en egen process med tillhörande rutiner utifrån de olika delarna i processen. Processdelarna utgår från Nationell informationsstruktur (NI) och ser ut såhär: *ta emot vårdbegäran- bedöma behov av utredning- utreda- bedöma behov av åtgärd-åtgärda- följa upp*. Kvalitetsledningssystemet är tydligt uppdelat i olika verksamhetsområde samt visuellt tilltalande då processbilder används och rutiner är kopplade till respektive del i processen. Inom Hälso- och sjukvård så finns det en process för arbetsterapeuter och fysioterapeuter samt en för sjuksköterskor. Det finns också en box med gemensamma rutiner och riktlinjer för hälso- och sjukvård uppdelat efter ämne som samtliga medarbetare inom HS, ÅO och OF har tillgång till.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag

Följande områden har identifierats som riskfyllda:

Vårdprevention- finns behov av att arbeta mer i team och systematiskt med vårdprevention exempelvis enligt Senior Alert, BPSD samt palliativ registret.

Utlökaliserade patienter- det finns för få korttidsplatser i kommunen idag, vilket leder till externa placeringar ibland. Här behöver en tydlighet kring vilken typ av patient som har behov av intern korttidsplacering kontra extern.

Leveransproblem hjälpmedel-det har utifrån världsläget ökat ytterligare. Beror på internationellt läge med hamnar och transporter men även lokalt med hjälpmedelsleverantör Sodexo.

Bristfällig kontinuitet inom äldreomsorgen och hög korttidsfrånvaro i hela Social sektor, vilket påverkar både kvalitet och patientsäkerhet.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Legitimerad personal gör riskbedömningar individuellt gällande patienter och det är riskbedömning för fall, malnutrition, trycksår och munhälsa.

Det görs systematiskt riskbedömningar inför skydds- och begränsningsåtgärder. Det vanligast förekommande är skyddsåtgärd sänggrind. Inom OF finns också skyddsåtgärd höftbälte både i rullstol och hygienstol samt enstaka individuella skyddsåtgärder.

En ny rutin gällande riskbedömning innan beslut om hälso- och sjukvårdsinsats har införts under 2023.

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

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

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

All personal inom social sektor ska rapportera negativa händelser, avvikelser som rör hälso- och sjukvård som sker i verksamheten. Sedan ska avvikelserna utredas av aktuell yrkesgrupp och ansvarig för avvikelserna är respektive enhetschef och i allvarigare avvikelser kopplas MAS och/ eller MAR in. Bilaga 2 visar en sammanställning av antalet avvikelser uppdelat på avvikelseyp samt per verksamhet.

Totalt har 140 avvikelser (cirka 36, 2022) bedömts med allvarlighetsgrad 3 eller 4. Vi ser att allvarlighetsgrad 3 och 4 används felaktigt och legitimerad personal behöver vara behjälplig i bedömning av allvarlighetsgrad tillsammans med enhetscheferna. Detta kommer lyftas på kvalitetsträff under året.

Avvikelseyp	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4	Summa
Fall	152 (205)	99 (131)	115 (166)	208 (196)	572(698)
Läkemedel	55 (63)	108 (72)	118 (100)	138 (95)	419(330)
Ordinationer					
HSL	21 (16)	16 (12)	15 (28)	17 (17)	69 (73)
Rehab/ träning	0 (1)	2 (0)	1 (0)	6 (0)	9 (1)
MTP	2 (4)	9 (2)	1 (3)	7 (7)	19 (16)
Sekretess	0(1)	0(1)	0(3)	1(0)	1 (5)
Info överför int	6 (7)	3 (3)	8 (3)	7 (5)	24 (18)
Info överför ext	16 (0)	16 (1)	8 (2)	3 (5)	43 (8)
Teknik utrustn					14
Totalt ant avv.					1171(1149)

Läkemedel/Ordinationer HSL

Antalet rapporterade avvikelser avseende läkemedel och ordinationer HSL var under 2023 488st. 2022 var det 403st (en generell ökning med ca 21%). Denna ökningen är helt kopplad till läkemedelshantering. Förra året inrapporterades 330 st läkemedelsavvikelser mot årets 419st vilket är en procentuell ökning med 27%. Ordinationer HSL ligger på ungefär samma resultat som i fjol, 73 st 2022 till 69 st 2023 (vilket innebär en procentuell minskning på ca 6 %).

Sedan februari har vi infört digital signering (tidigare signerades all läkemedelsöverlämning på fysiska signeringslistor). Fördelen med digital signering är att verksamheten snabbt kan se om läkemedel eller andra ordinationer inte getts enligt ordination/HSL-uppdrag. I samband med införandet var det initialt en del teknikstrul och handhavandefel ffa kopplat till vid behovs ordinationer vilket kan ha bidragit till årets ökning av läkemedelsavvikelser. Avvikelserna handlar främst om läkemedelsavvikelser i samband med överlämnandet. Under en dag överlämnas läkemedel (grovt räknat) 1000 ggr, vilket innebär att lite mindre än en promille delas ut felaktigt. Mest frekvent är att en dos uteblivit. Främst handlar det om slarv (följer inte riktlinjer), stress och missförstånd. Övriga avvikelser avseende ordinationer HSL handlar främst om ordinationer tex såromläggningar, stödstrumpor, viktkontroller som inte blivit gjorda enligt ordination/HSL-uppdrag.

I bilaga 2 ser ni fördelningen mellan verksamheterna. Flest avvikelser rapporteras in inom ordinärt boende vilket är logiskt då där har vi flertalet av våra medborgare/patienter. Utav det totala antalet avvikelser har ca ett 60-tal avvikelser handlat om att legitimerad personal brustit vilket främst också varit inom läkemedelshantering tex feldelade dosetter, otydliga HSL-uppdrag etc.

Samtliga verksamheter har läkemedelshantering som stående punkt på APT för att diskutera och förbättra organisatoriskt flöde för att förebygga avvikelser och ev vårdskador.

Fall statistik

Registrerade fall (se tabell i bilaga 2); Sammanlagt har 572 fall registrerats 2023 mot 698 fall 2022. Således en minskning av antalet fall med 18% (även minskning mellan 2021 och 2022 med 12,5 %). En anledning kan vara att vi har färre personer som faller frekvent. Det kan också vara så att det rapporteras mindre antal fall hos personer som faller flera gånger/ dygn.

Fallriskbedömningar enligt bedömningsinstrumentet Downton (DFRI) har ökat från 3 st under 2022 till 27 fallriskbedömningar enligt DFRI 2023. En markant förbättring som dels beror på att legitimerad personal använder bedömningsmodul i nytt verksamhetssystem mer. Nyttan/ vinsten med att arbeta med riskbedömningar har diskuterats för legitimerad personal.

Arbetet med tydliga fallutredningar, riskbedömningar och åtgärder av det tvärprofessionella teamet har lyfts på kvalitetsträff under 2023 och arbetet fortsätter 2024 för att förebygga och minska antal fall..

Rehabilitering/ habilitering och medicintekniska produkter

Nio avvikelser inom området rehabilitering/ habilitering, det handlar framförallt om bristande följsamhet hos baspersonal till HSL-uppdrag gällande träning/rehabilitering men också vid ett tillfälle om bristande uppföljning av träning/rehabilitering av legitimerad personal. 19 avvikelser inom området medicintekniska produkter. Flera av avvikelserna handlar om läkemedel, teknik och utrustning men läggs felaktigt som MTP. Två avvikelser som handlar om hantering av hjälpmedel samt en rullstol där sitsen var trasig. Två avvikelser handlade om skydds-och begränsningsåtgärd sänggrind.

Informationsöverföring internt och sekretess

Rapporter gällande intern informationsöverföring har handlat om brister i kommunikation mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor; svårt att komma i kontakt med sjuksköterska, olika missförstånd/bristande kommunikation, brister i dokumentation, lång väntan på hembesök, överrapportering i samband med flytt från en enhet till en annan (HSL-uppdrag flyttas ej), fel information personal sinsemellan.

Sekretess

Sekretess har brutit när annan patients läkemedelslista är funnen i HSL-pärm hos en annan medborgare.

Externa/interna synpunkter inom Hälso- och sjukvården

Under 2023 har 43 (10, 2022) synpunkter skickats till externa vårdgivare; olika avdelningar inom regionen, ambulans samt till primärvården. Synpunkterna har handlat om brister i informationsöverföring ffa vid hemgång från sjukhus, läkemedel, hjälpmedelsbehov, fördröjd behandling, felaktig bedömning samt otydliga ordinationer. Positivt att legitimerad personal följer rutin gällande avvikelshantering bättre då vi ser en stor ökning av antalet skrivna avvikelser externt.

Två avvikelser har inkommit externt från Premedic/ambulans samt vårdcentral där avvikelseutredning visar att det inte är en avvikelse.

Klassificering av vårdskada

Klassificering av vårdskador är en viktig process för att klassificera skador som uppstått som en följd av vård och behandling eller avsaknad av vård och behandling. I vårt avvikelssystem klassificeras varje avvikelse utifrån fem kategorier.

1	Allvarlig vårdskada (lex Maria)
0	Risk för allvarlig vårdskada
54	Vårdskada
741	Risk för vårdskada
227	Ej risk för vårdskada/ ej vårdskada

En anledning till att det inte finns någon risk för allvarlig vårdskada är att om den kategorin fylls i så behöver utredaren skicka in en lex Maria-anmälan till IVO, vilket inte alltid är aktuellt efter att utredning är gjord, annars kan man inte avsluta avvikelser i systemet. Vårdskada är ett relativt lågt antal och det är väldigt högt antal när det gäller risk för vårdskada samt ej risk för vårdskada. Det finns ett behov av att tydliggöra dessa kategorier för verksamheten.

Klagomål och synpunkter

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

6 synpunkter har inkommit från anhöriga och medborgare/patienter där det bland annat handlat om att sjuksköterska ej till kallat läkare vilket anhöriga hade önskemål om, hantering av självbestämmanderätt för medborgare, bristande återkoppling i samband med bedömning av legitimerad personal, beslut om hemsjukvård, brister i kommunikationsöverföring mellan vårdgivare samt läkemedelshantering. Flertalet av ovanstående synpunkter innehåller synpunkter som tangerar både Sol och HSL.

I samtliga ärenden/synpunkter har interna utredningar gjorts och det har lett till diverse förbättringsåtgärder och förklaringar vilka har kommit vårdgivare, medborgare och anhöriga tillhanda. I några av synpunkterna har utredningen visat att inga fel begåtts av kommunen. Åtgärder som vidtagits har dels varit enskilda samtal, revidering av rutiner, utbildning och information.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



God och Nära vård

God och nära vård är en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, som genomförs stegvis i samverkan mellan region och kommuner. Reformen innebär att allt mer avancerad sjukvård ska utföras i den enskilde medborgarens hem istället för på sjukhus. Samtidigt som samhällets gemensamma kostnader beräknas minska, och kvaliteten för den enskilde öka, innebär reformen ökade kostnader för kommunerna. En del i nära vård innebär ökat fokus på prevention som innebär förändringar i arbetssätt.

Analysverktyg patientsäkerhet för kommunerna

Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i betydelse och omfattning. Ökade möjligheter att bedriva allt mer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning till primärvård och omställningen till nära vård är några faktorer som förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver kommunernas patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har utvecklat ett verktyg för att utifrån den nationella handlingsplanen stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna. Verktyget med tillhörande genomförandestöd ska utgöra ett stöd för kommunen att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka kommunens patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård
- skapa en samsyn inom kommunen kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård och omsorg
- skapa en grund för framtagande av kommunala handlingsplaner.

Det finns fem fokusområden i analysverktyget och vi valde att börja med del 1 och del 5. Del 1 är hantering av avvikelser och del 5 är grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet. Analysverktyget har gått igenom tillsammans med ledningsgrupp Social Sektor vid ett tillfälle och tillsammans med en referensgrupp av medarbetare/ enhetschefer vid ett tillfälle. Under våren 2023 togs en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet fram efter analys. Vidare arbete med patientsäkerhetsverktyget och nya fokusområde är nu nedlagt med anledning av neddragningar inom Social sektor.

Egenkontroller

Enligt, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, är egenkontroll en del av det systematiska kvalitetsarbetet vilket innebär att det görs uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Covid-19

Under hösten ökade tyvärr Covid-19 igen, vilket ledde till att munskydd återinfördes i patientnära vård enligt rekommendationer från Vårdhygien. Det resulterade också i en ökning av arbete med provtagningar, där alla medborgare med symtom testades. Viss smittspridning på Säbo, positivt är att trots ökningen av Covid under hösten och trots smitta har medborgarna inte drabbats allvarligt av sjukdomen, vilket kan tillskrivas att vaccinationsarbetet genomfördes på Säbo innan smittspridningen intensifierades. Framöver planeras vaccineringar både vår och höst för att fortsatt skydda medborgarna från att allvarligt smittas av Covid-19.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Mål 2024

Mål:

Utveckla teamarbetet med fall och fallprocess. Komplettera utredningsdokument med fråga kring riskbedömning.

Strategi:

MAS och MAR reviderar rutin och gör en process tillsammans med legitimerad personal.

Mål:

Revidera avvikelserutin samt förtydliga klassificering av vårdskada.

Strategi:

MAS och MAR ansvarar.

Mål:

Utveckla bemötandet av personer med demens eller kognitiv svikt.

Strategi:

Utbildning av BPSD-administratörer inom äldreomsorgen på korttiden Åtorp och på Maglehill. Samt legitimerad personal på Åtorp och Maglehill under våren 2024.

Mål:

Öka antalet basala läkemedelsgenomgångar på särskilt boende.

Strategi:

Rutin finns tillsammans med vårdcentralen sedan 230901, följa utveckling och följsamhet till rutin.

Mål:

Utveckla delegeringsprocess till att inkludera insulinutbildning.

Strategi:

Ta fram en utbildning inför delegering av insulin under 2024.

Mål:

Införa egenkontroller systematiskt med hjälp av KVÅ-koder. Upprättande av SIP, uppföljning av SIP, brytpunktssamtal och läkemedelsgenomgång.

Strategi:

MAS och MAR lägger till följande egenkontroller i nyckeltalsstatistiken.

Mål:

E- learning teoretisk del av lyftutbildning

Strategi:

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

Mål:

Arbeta med förebyggande arbete inom LSS exempelvis hälsa, motion och mat.

Strategi:

Bilda arbetsgrupp som arbetar fram material för lärande.

Mål:

Införa Nationell vårdplan (NVP) på Åtorp.

Strategi:

Arbetsgrupp med palliativ sjuksköterska från kommunen och vårdcentralerna i Höör tar fram material och implementerar arbetssättet.

Mål:

Införa Journalen 1177

Strategi:

Under våren 2024 kommer Höörs kommun tillgängliggöra den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen för kommuninvånarna. Höörs kommun är första kommun i Skåne med införandet. Syftet med Journalen 1177 att stärka möjligheten för invånarna att medverka i beslut och uppföljning av den egna vården samt stödja engagemanget för den egna hälsan. I Journalen 1177 kan invånaren läsa och skriva ut tillgänglig journalinformation. Informationen som visas hämtas från anslutna vårdssystem och presenteras varje gång invånaren loggar in, ingen journalinformation lagras i tjänsten. MAS, MAR tillsammans med systemförvaltare.

Mål:

Införa journalgranskning som egenkontroll

Strategi:

MAS och MAR tar fram en egenkontrollplan/manual för journalgranskning till legitimerad personal. Journalgranskning med hjälp av egenkontroll ska därefter utföras årligen. Egenkontrollmanualen ska vara klar inför implementering 2025.

Strategier och utmaningar

För att möta det ökande antalet äldres behov av stöd krävs stora investeringar i olika boendeformer under de kommande åren. Allt fler kommer att kräva avancerad sjukvård i hemmet.

Redan idag är det svårt att rekrytera och behålla personal, något som kommer att öka.

Att vara en attraktiv arbetsgivare kommer att bli avgörande för personalförsörjningen framöver. Rapporter och studier (Socialstyrelsen) visar att verksamheter som har stora problem med bemanning och kompetens upplever negativa konsekvenser med ökad risk för vårdskador samt en ökad förekomst av vårdskador. Det som tydligt framkommer i dessa studier är att patientsäkerhetens nivå är kopplad till en god bemanning med adekvat kompetens.

Nära vård kommer bli ett ledord. Den största förändring inom svenska sjukvård står för dörren.

Samverkan och teamarbete är förutsättningar för att klara framtidens utmaningar både nationellt, regionalt och lokalt.

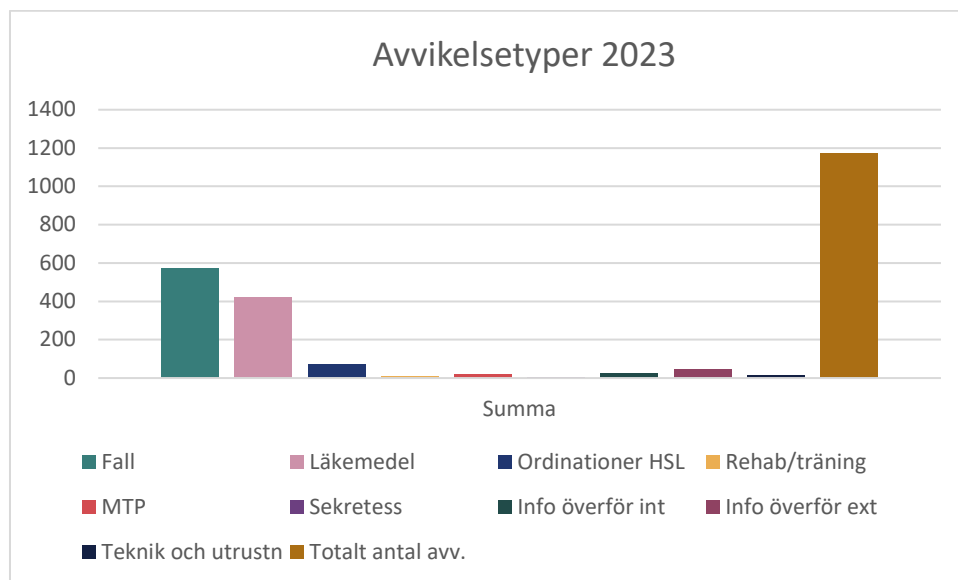
Den ekonomiska situationen i Höör har varit föremål för neddragningar under lång tid men eskalerade 2023 med flera neddragningar av tjänster både i särskilt boende och bland chefer och stab. Det ger en stor påverkan på både kvalitet och patientsäkerhet i våra verksamheter. Vi kan enbart hantera framtidens utmaningar tillsammans, utifrån innovativa lösningar, förändrade arbetssätt och fokus på vårt uppdrag och allas egenansvar.

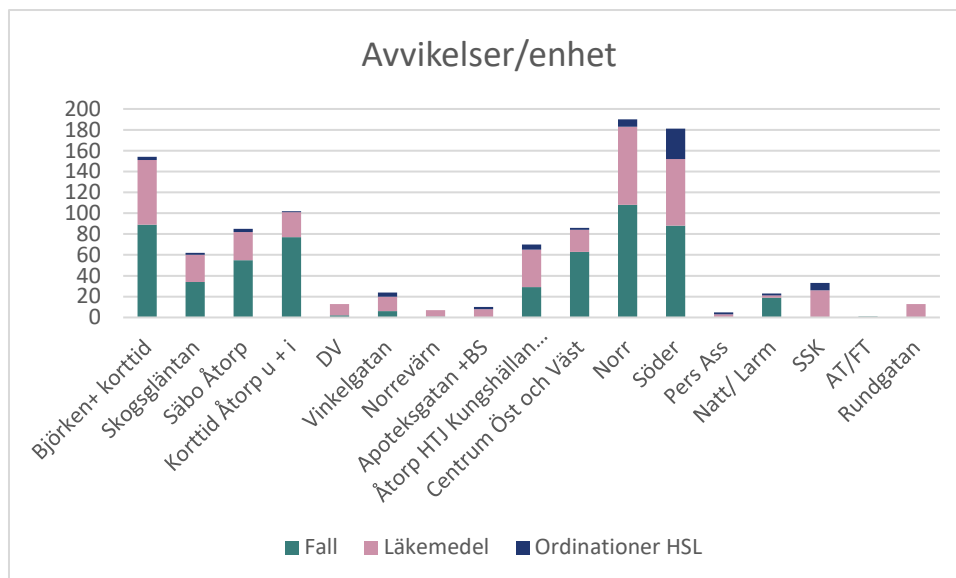
Bilaga 1 Senior Alert

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall					Visa resultat per riskområde
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2		
Höörns kommun	49	98% ↑ 58 av 59	72% ↓ 42 av 58	83% ↓ 48 av 58	58% ↑ 32 av 55	11 ↓ 10 personer	23 ↓ personer	30 ↓ 8 personer	14 ↓ personer	✓	
Björken	19	96% ↓ 22 av 23	59% ↓ 13 av 22	73% ↓ 16 av 22	33% ↓ 9 av 27	2 ↑ 2 personer	10 ↓ personer	18 ↓ 5 personer	4 ↓ personer	✓	
Skogsgläntan	2	100% ↑ 2 av 2	0% ↓ 0 av 2	0% ↓ 0 av 2	100% ↑ 4 av 4	2 ↓ 2 personer	2 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	0 ↓ 0 personer	✓	
Åtorp	6	100% ↓ 6 av 6	67% ↑ 4 av 6	83% ↓ 5 av 6	0% ↓ 0 av 2	4 ↓ 3 personer	4 ↓ personer	0 ↓ 0 personer	2 ↑ personer	✓	
Målvården			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %						

Sverige / Kommun / Region	År	Typ av enhet	Samtliga riskområden summerat, trycksår, undernäring, fall och munhälsa							
Höörns kommun	2023	Alla	Risikbedömningar med risk		Bakomliggande orsaker vid risk		Åtgärdsplan vid risk		Utförda åtgärder vid risk	
Unika personer	Antal risikbedömningar	Antal risikbedömningar med risk	Antal risikbedömningar med risk	Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde	Antal risikbedömningar med risk	Antal med minst en angiven åtgärd per riskområde	Antal uppföljningar för risikbedömningar med risk	Antal uppföljningar med minst en utförd åtgärd per riskområde		
Höörns kommun	49	59	58	58	42	58	48	55	52	
Björken	19	23	22	22	13	22	16	27	9	
Skogsgläntan	2	2	2	2	2	2	0	4	4	
Åtorp	6	6	6	6	4	6	5	2	0	

Bilaga 2 Avvikelser/vårdskador





Bilaga 3 Redovisningsrapport PPM mätning basala hygienrutiner och klädregler

Bifogas nedan

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler våren och hösten 2023

Höör 230808 kompletterat med höstens resultat 240116
Annika Atterlid Ohlsson MAS
Linda Persson SSK/Hygienansvarig



PPM resultat 2023

Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler

Mätningarna är en nationell observationsstudie som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare inom vård och omsorg i kommuner och regioner. En eller flera medarbetare får i uppdrag att observera sina kollegor. I mätningen observeras följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Vilket avser följsamhet till åtta olika steg i samband med patientnära arbete som till exempel omvårdnad, behandling och undersökning.

Resultatredovisning

Resultaten delas upp i

- Följsamhet till alla åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler
- Följsamhet till de fyra stegen för hygienrutiner
- Följsamhet till de fyra stegen för klädregler
- Följsamhet till respektive steg för basala hygienrutiner och klädregler

Fel i ett steg av åtta eller fyra steg drar ned resultatet till 0 Till exempel om den som observeras inte spritar händerna före patientnära arbete blir resultatet 0 för följsamhet till hygienrutiner men också 0 för följsamhet till alla åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler.

Basala hygienrutiner

I mätningen observeras följsamhet av alla fyra steg för basala hygienrutiner dvs om den som observeras desinfekterar sina händer direkt före och direkt efter patientnära arbete ex omvårdnad, undersökningar och behandling samt om handskar och plastförkläde användes vid risk för kontakt med kroppsvätskor.

Klädregler

I mätningen observeras också följsamheten till alla fyra steg för klädregler dvs om den som observeras har arbetskläder som är kortärmade, om händer och armar är fria från klockor och ringar, naglar är fria från nagellack och att håret är uppsatt.

Sammanfattning av resultatet nationellt våren 2023

Efter flera år av förbättring minskar följsamheten till basala hygienrutiner stadigt inom vård och omsorg detta såg vi redan 2022. Minskningen följer efter en förbättring av följsamheten under flera år, och särskilt åren 2019-2021.

Samtidigt har antalet kommuner som mäter följsamhet fördubblats jämfört med före pandemin vilket håller i sig även 2023.

Det steg som drar ned resultaten är desinfektion av händerna före patientnära arbete samt att det finns en stor variation mellan kommunerna som påverkar resultaten för riket.

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

Mätningarna är viktiga verktyg för att verksamheter ska kunna följa resultatet av deras egna arbete och se vilka insatser som behöver sättas in.

Basala hygienrutiner fick naturligt fått stort fokus under pandemin, och många verksamheter och nationellt har man jobbat väldigt framgångsrikt med att få upp följsamheten men nu ser vi en generell försämring till följsamhet i hela Riket. Det är viktigt att behålla fokus på frågan och fortsätta arbeta både långsiktigt och systematiskt för att följsamheten ska bli bättre.

Regionernas resultat 2023

Vårens mätning av basala hygienrutiner och klädregler visar att regionerna ligger på en hög nivå vad gäller full följsamheten till alla åtta stegen i mätningen. Resultaten visar dock på en försämring; 76,9 procent våren 2023 jämfört med 79,1 procent våren 2022. Andelen korrekta hygienrutiner i samtliga steg ligger på 81,1 procent jämfört med 82,6 procent våren 2022. Andelen korrekta klädregler ligger på 93 procent jämfört med 94,1 procent våren 2022.

Antalet personer som ingått i observationsstudien var 17 109 under våren 2023 jämfört med 18 831 våren 2022. Förra året ingick 15 regioner i mätningen, 2023 ingick 14 regioner.

Kommunernas resultat 2023

Av landets 290 kommuner medverkade 158 kommuner i mätningen samma antal som föregående år. Antal observationer var 30 348 jämfört med 25 144 våren 2022. Det har skett en ökad medvetenhet och kommunerna genomför fler observationer i följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Resultaten visar att följsamheten till samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler ligger på 59,3 procent våren 2023 jämfört med vårens mätning 2022 som låg på 65,3 procent. Följsamheten till samtliga fyra steg för klädregler har minskat något från 88,7 procent till 88,7 procent till 86,3 procent.

Resultaten visar att följsamhet till samtliga fyra steg för basala hygienrutiner har minskat från 71 under våren 2022 till 65,6 procent.

Höors kommun Social sektor (ÄO, OF och HS) resultat våren 2023

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

Våren 2021 gjorde Höors kommun mätningar för första gången i samtliga verksamheter inom ÄO, OF och HS som visade total följsamhet på 58% till samtliga hygien och klädregler. 76,2% till samtliga hygienregler och 75% följsamhet till klädreglerna.

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

Följsamhet till samtliga hygien och klädregler har Höors kommun på 42,3% våren 2023 vilket är en drastisk minskning i följsamhet på 19,2% jämfört med 2022 (61,5%). En följsamhet till samtliga hygienregler på 71,2% och en minskning med 6,8% mot 2022 (78%) och till samtliga klädregler på 63,2% även här en minskning i följsamhet med 18,1% mot föregående år (81,3% 2022). Bristerna identifieras framförallt i att personal inte desinficerar händerna innan omvårdnadsarbetet påbörjas samt att personal har smycken eller dylikt på händer och underarmar, identifierar även konstgjorda naglar, brister i arbetsdräkt ffa att personal inte använder korrekt underdel/byxor.

Årets resultatet talar för sig självt. Sedan första mätningen 2019 har Höors kommuns resultat förbättrats för vart år fram till 2022. 2023 ser vi tyvärr denna drastiska försämring, vilket är anmärkningsvärt. Tyvärr är detta en trend nationellt, då följsamheten minskat i hela Sverige.

Vårens resultat har lyfts i Social sektors ledningsgrupp och till samtliga enhetschefer för att alla ska arbeta vidare med hygienfrågorna och följsamheten till basala hygienrutiner på varje enhet. Hygiensjuksköterska har återkopplat till hygienombuden om bristerna och bett dem arbeta med vikten av följsamhet till basala hygienrutiner i sina grupper.

Viktigt för följsamheten är att samtliga medarbetare hjälps åt och påminner varandra samt påpekar att ringar o dylikt inte får förekomma, att man tar ett kollegialt ansvar.

Redan 2020 infördes obligatorisk utbildning i basala hygienrutiner vilket medarbetarna ska utföra varje år. Det finns hygienombud i alla verksamheter och en ansvarig sjuksköterska som utbildar och träffar hygienombuden ett par ggr/år.

Våren 2023 hade Vårdhygien en utbildning för hygienombuden i kommunen.

Med anledning av vårens resultat beslutades att ny mätning/PPM skulle göras till hösten.

Höör kommun Social sektor (ÄO, OF och HS) resultat hösten 2023

Totalt gjordes 66 observationer i samtliga verksamheter men på ett plan på Björken och ett plan på Skogsgläntan kunde inte utföra observationer pga att hygienombuden var sjuka.

Resultatet visar nu 93% följsamhet till samtliga åtta steg (vilket innebär att resultatet från i våras har fördubblats) fantastiskt!

För de fyra kategorierna/stegen i klädreglerna ligger vi på 95% och för de fyra stegen i hygien hamnar vi på 91%.

Det vi ligger lägst på är desinficering av händer innan användning av handskar där vi hamnar på 88%, användning av förkläde 89% och användning av arbetskläder som hamnar på 89%. Övriga kategorier landar på mellan 94-100% där användning av handskar är 100%.

Sammantaget så är resultatet av denna mätning betydligt bättre än föregående mätning och det bästa resultat vi fått sedan 2020, vilket känns väldigt positivt.

Mätningen i våras genomfördes inte på alla verksamheter/enheter. LSS-gruppbostäder och socialpsykiatri hade stora brister både med byggda naglar, nagellack, ringar och följsamhet i att använda arbetskläder vilket då gjorde att resultatet drogs ner rejält.

Att vi nu har rotationsvätt tror vi har en positiv effekt då många använt sina privata byxor innan vilket inte görs längre.

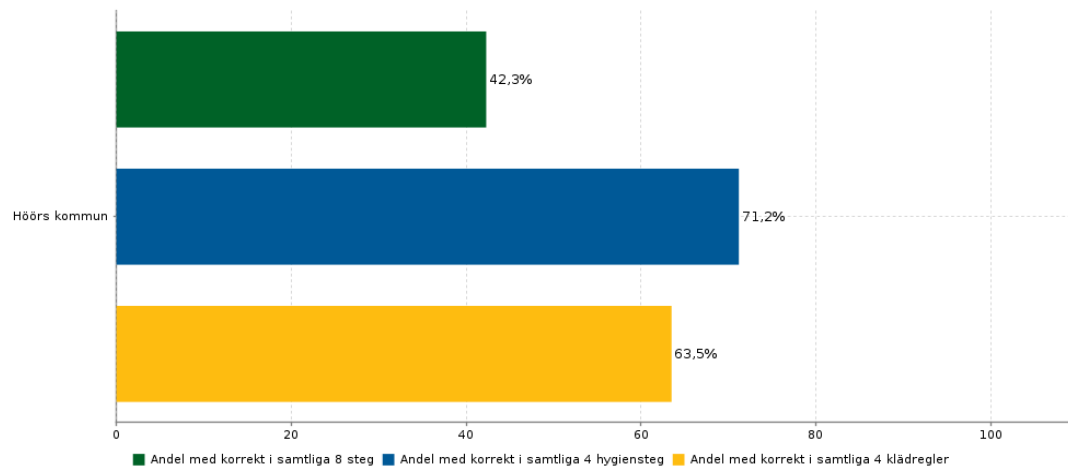
Att Covid ökat igen sedan mätningen i våras kan (tyvärr) också vara en orsak till denna uppskärpning, vilket kan bidra till att man tänker till en extra gång.

Men följsamhet till basala hygienrutiner gäller oavsett pandemi eller ej, det måste alltid följas för att förhindra smittspridning.

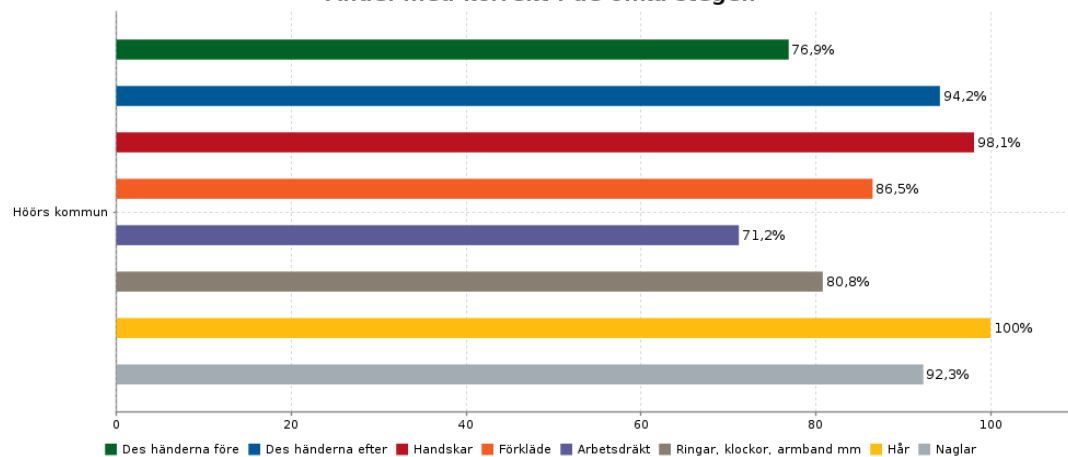
SKR har from 31/12 2023 lagt ner den nationella PPM mätningen och det är nu upp till varje kommun och region om de vill fortsätta med observationsstudierna, vilket vi kommer att göra i Höör. Nackdelen är att vi förlorar möjligheten att jämföra resultatet med övriga Sverige. Däremot finns det en önskan och intention att de skånska kommunerna ska fortsätta även 2024 och att vi då få ett Skåneövergripande resultat att jämföra med.

Redovisning av Höors kommuns resultat våren 2023

Andel med korrekt



Andel med korrekt i de olika stegen



Antal korrekta steg

