



Patientsäkerhetsberättelse för Degerfors kommun År 2021



Unni Johansson, TF Förvaltningschef
Jaana Carlsson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Emma Werner, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Innehåll

1.	Inledning	3
2.	Sammanfattning	4
3.	Resultat av de övergripande målen för 2021.....	5
4.	Övergripande mål och strategier.....	6
5.	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	7
6.	Struktur för uppföljning/utvärdering	9
6.1	Uppföljning genom egenkontroll	9
6.2	PPM-Basala hygien- och klädrutiner (BHK).....	10
6.3	Riskbedömningar - Senior alert.....	10
6.4	Palliativ vård.....	13
6.5	Journalgranskning	14
6.6	Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel.....	15
7.	Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	16
7.1	Bemötandeplaner enligt BPSD registreringar samt utbildning av administratörer.....	18
7.2	Avvikelseutredningar	18
7.3	Läkemedelshantering.....	20
7.3	Medicintekniska produkter, MTP	20
8.	Samverkansformer och patientsäkerhetsarbete	23
8.1	Samverkan med andra vårdgivare för sammanhållen vård och omsorg enligt ViSam.	23
8.2	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	24
9.	Risikanalys.....	24
10.	Hälso- och sjukvårdens rapporteringsskyldighet	25
11.	Klagomål och synpunkter	25
11.1	Sammanställning och analys	25
11.2	Synpunkter och klagomål patienter och närstående	26
11.3	Lex Maria.....	26
12.	Övergripande mål för 2022.....	27
13.	Ordförklaringar.....	28

1. Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av 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"

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

2. Sammanfattning

Även året 2021 har präglats av Coronapandemin och fokus har varit att skydda våra enskilda. Nya riktlinjer och rutiner har uppdaterats och det har varit krav på att använda skyddsutrustning samt att följa hygienriktlinjerna. Medarbetare och enskilda har klarat sig huvudsakligen bra från smitta av Covid-19 under året. Det har endast varit några enstaka fall bland personalen och i slutet av året var det några enskilda inom LSS som drabbades, men tack vare att de flesta var vaccinerade så blev ingen allvarligt sjuk.

Sjuksköterskesituationen har under året fortsatt varit ansträngd, det har varit både svårrekryterat och även svårt att ha kvar sjuksköterskor i verksamheten, men även pensionsavgångar. Sjuksköterskorna på särskilt boende och inom hemsjukvården har gått kort under större delen av året. Man har heller inte lyckats rekryterat demenssjuvsköterska till demensteamet. Den redan ansträngda situationen drabbades ännu hårdare då de även varit tvungna att prioritera att vaccinera våra enskilda mot Covid-19 inom äldreomsorgen och LSS med dos ett, två och påfyllnadsdos tre. Vilket har tagit tid från det ordinarie arbetet och det viktiga utvecklingsarbetet.

Förutom fokus på pandemiläget har våra verksamheter drabbats av besparingar som pågår inom förvaltningen, den stora sjuksköterskebrist som råder, av de många chefsbyten på olika nivåer som varit samt av de förluster av kompetenta och erfarna medarbetare som slutat hos oss under året. På grund av detta har många av de strategiska patientsäkerhetsfrågorna fått stå åt sidan.

Det har även under året blivit tydligt att man som förvaltningschef inom socialförvaltningen inte har de förutsättningarna som krävs för att även ha ansvaret som verksamhetschef över HSL. Mycket av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har tyvärr blivit lidande av bristande ledning och otydligt ledarskap.

Ledningssystemet för systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete är inte uppdaterat och används inte på det sätt det ska. Detta behöver ses över, revideras och ny-implementeras.

Sedan några år tillbaka finns det ett politiskt beslut om ”utbildningsstopp”. Detta gör att den generella kompetensen inom grundläggande områden, så som läkemedelshantering, bemötande, förflyttningskunskap, hantering av hjälpmedel och trycksårsprevention har blivit lidande, vilket i sin tur hotar patientsäkerheten. Kompetensförsörjningen är en övergripande utmaning och det är svårt att rekrytera och behålla personal.

Som en del i forskningen av vaccinets skydd mot Covid- 19 har några enskilda på Letälvsgården gått med i antikroppsstudie på Särskilt boende.

Punktprevalensmätning har gjorts en gång under året, vilket visar ett bättre resultat än tidigare men det finns förbättringar att göra.

Journalgranskning har gjorts av MAS och MAR vid två tillfällen under året. De visar på att det finns förbättringsområden hos vår HSL-personal samt vid uppföljningar av delegerad/instruerad personal.

God och nära vårdarbetet har påbörjats genom att processledare har anställts och chefer har gått ledarutbildning.

3. Resultat av de övergripande målen för 2021

- **90 % av de som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården ska riskbedömas.**

Detta mål är inte uppnått. Arbetet i Senior Alert där riskbedömningarna görs har inte prioriterats i teamen under året. Det är endast 78 enskilda som har blivit riskbedömda under året, jämfört med 2020 då 127 personer riskbedömdes.

- **Under året bör enheterna ta fram konkreta insatser för alla med undernäring och de med risk för undernäring. Detta ska dokumenteras i genomförandeplan.**

Åtgärdsplaner för undernäring behöver utvecklas ytterligare. Har tyvärr fått stå åt sidan på grund av Coronapandemin.

- **Trycksår grad 3 och 4 ska inte förekomma.**

Trycksår är; 0 registrerade i kategori 4.
2 registrerade i kategori 3.

Då riskbedömningar inte gjorts i Senior Alert under året som det ska göras, så kan detta mål inte följas upp då det inte finns exakta siffror på hur många trycksår som förekommer.

- **100 % utförd smärtskattning med validerat bedömningsinstrument för alla våra palliativa patienter i livets slutskede.**

Smärtskattning 2021 har ungefär samma siffra som året innan 75 %, mot 65 % år 2019.
År 2021 har registreringar gjorts mest inom Säbo och korttids.

- **Månatlig rapport om analyser av avvikelser skickas till Förvaltningschef. Analys och utredning ska finnas till varje avvikelse.**

Månatlig rapport om analyser av avvikelser har inte rapporterats då detta inte efterfrågats. Arbetet med att rapportera avvikelser fungerar men det är stora brister i analys och utvärdering av avvikelser i teamet.

- **Fortsatt beskrivning av Hälso- och sjukvårdsprocessen.**

Ingen utveckling har gjorts angående Hälso- och sjukvårdsprocesser, men rutiner och riktlinjer finns i Kompassen. Dessa behöver dock revideras.

Ett arbete med att gå igenom alla riktlinjer och rutiner i Kompassen har påbörjats för att underlätta för medarbetare, göra det mer användarvänligt och därmed säkra upp arbetet med patientsäkerheten, men ett stort arbete är kvar att göra.

4. Övergripande mål och strategier

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

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

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

Rutiner och riktlinjer finns idag tillgängliga i Kompassen. Ett arbete med att förnya Kompassen har påbörjats under 2021 och finns nu att hitta på nya Intranätet som "Nya Kompassen".

Under året 2020 var målet att arbete i lednings- och kvalitetssystemet Stratsys skulle påbörjas, men detta arbete har ännu inte skett.

Det är av stor vikt att ledningssystemet ses över, det behöver ges förutsättningar för att ansvariga ska ha möjlighet att revidera riktlinjer och rutiner och det behövs en ny-implementering av ledningssystemet för att det ska bli känt och användas av medarbetarna. Stort ansvar i detta arbete ligger på verksamhetschefen.

5. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Socialnämnden

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

Verksamhetschefen enligt Hälso- och sjukvårdslagen

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

Medicinskt ansvariga (MAS och MAR)

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

Enhetschef

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

Medarbetare

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

Arbetsterapeut och sjuksköterska har ett särskilt yrkesansvar gentemot patienten.

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

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

Stödfunktioner med specialistkompetens

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

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

Samverkansledare i närsjukvårdsområde väster: Ansvar att titta på samarbetsvägar mellan olika huvudmän och utveckling av en vård och omsorg med kvalitet, behjälplig med utbildningsinsatser

Fysioterapeut: Anställd på vårdcentralen men har ansvar för insatser i kommunen för enskilda både i ordinärt- och särskilt boende samt i kommunens korttidsboende.

Demenssteam: Består av demenssjuksköterska och arbetsterapeut. Utför minnesutredningar och uppföljningar på remiss från Vårdcentralen. Handleder personal och utbildar BPSD – administratörer i kommunen. Individ och anhörigstöd ingår även i uppdraget.

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

6. Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Patientsäkerhetsarbetet ska följas upp av högsta ledningen. Uppföljningen av verksamhetsplanen ska innefatta:

- Uppsatta mål
- Internkontrollplan
- Öppna jämförelser
- Egenkontroller
- Uppföljning av mål i patientsäkerhetsberättelsen
- Kvalitetsundersökning av verksamheten
- Nationella kvalitetsregister: Resultat från riskbedömningar i Senior alert; trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen samt punktprevalensmätningar (PPM) för trycksår och olämpliga läkemedel. Palliativa registret, kvalitetsbedömning av omvårdnad vid livets slut.
- Resultat från vårdhygien-PPM ” basala hygien- och klädrutiner”
- Resultat från journalgranskningar, avvikelser och klagomål redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen årligen.

6.1 Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

6.2 PPM-Basala hygien- och klädrutiner (BHK)

Resultat	2018 (n=110)	2019 (n=76)	2020 (n=61)	2021 VT
Total följsamhet till 8 steg gällande hygien- och klädrutiner	30 % (Riket 48,6%)	38 % (Riket 51 %)	65,6% (Riket 64 %)	65 % (Riket 64%)
Följsamhet till basala hygienrutiner	34,5% (Riket 54,5%)	43 % (Riket 57 %)	86,9 % (Riket 69,3 %)	72 % (Riket 73,7%)
Följsamhet till klädregler	73,6 % (Riket 83 %)	75 % (Riket 84 %)	77 % (Riket 89,3 %)	95 % (Riket 97,8)

Källa: SKR.se

De basala hygien och klädrutinerna är oerhört viktiga att efterleva. Det har vi nu fått erfara i den pandemi som har drabbat oss. Vårdrelaterade infektioner (VRI) kan också vara ett resultat av dålig följsamhet till rutinerna.

Analys:

2021 års mätning inkluderar färre mätningar jämfört med 2020 och 2019, vilket ger ett sämre underlag för analys. Det är ändå glädjande att vi har tagit till oss arbetet med de basala hygienriktlinjerna och höjt resultaten ytterligare jämfört med riket, speciellt i följsamhet till klädregler. Viktigt är nu att arbetet med de basala hygienrutinerna fortsätter att vara i fokus.

Varje enhet och vårdlag har ett utsett hygienombud. Under året har hygienombuden påbörjat hygienombudsutbildning steg 1 och steg 2 planeras att fortsätta 2022.

Förbättringsförslag:

Alla enhetschefer ska regelbundet ta upp hygienrutiner på alla enheter. Personal ska veta var man hittar hygienrutinerna och ska ha fått information om dem innan de skriver på informationsdokumentet. Hygienombud har ett dokumenterat ansvar och ska vara känt av alla ombud. Ombuden ska få information av först och främst sin chef men också av MAS, MAR och hygiensköterskan. Hygienrutinerna bör ha nolltolerans mot avsteg.

6.3 Riskbedömningar - Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister för riskbedömning angående trycksår, fall, undernäring och status av munhälsa.

- Målsättningen är att alla enskilda över 65 år, både på särskilt boende, korttidsboende samt enskilda i ordinärt boende med hemsjukvård ska riskbedömas
- Riskbedömning ska göras minst en gång per år och vid försämring
- Vid risk sätta in åtgärder och följa upp dem inom tre månader

Analys:

Under 2021 har inte riskbedömningar gjorts i samma utsträckning som tidigare år. Detta har inte prioriterats p.g.a pandemin och personalomsättning.

Under många år har vi arbetat med att riskbedömningar ska göras så att adekvata åtgärder kan sättas in för att minska eller eliminera risker.

Senior alert	2019	2020	2021
Riskbedömda	149 st	127 st	78 st

Förbättringsförslag:

Varje enhet och vårdlag ska ha utsett ett Senior Alert ombud. Dessa behöver ges förutsättningar för att kunna utföra riskbedömningar.

Ett fungerande teamarbete ger möjligheter att analysera riskbedömningarna i Senior alert och arbeta systematiskt för att minska risker för trycksår, fall och undernäring under 2022. Fortlöpande utbildning av personal i kvalitetsregister ger förutsättningar för ett riskanalyserande arbete.

Undernäring**Analys:**

Då så få enskilda blivit riskbedömda under året är inte siffrorna tillförlitliga.

Av **78 personer** (2020 var det 127 personer) som riskbedömdes visade det sig att **21** (2020 var det 39 personer) av dessa hade BMI < 22, d.v.s. undernärda enligt BMI-tabell. Det var **71 %** som hade risk att bli undernärda, 2020 var dessa siffror 66 %.

En bidragande orsak till undernäring kan vara lång nattfasta och enligt Socialstyrelsen bör en nattfasta vara max 11 timmar. Nattfasterapport som finns i kommunens ledningssystem (Kompassen) innehåller handfasta tips hur vi ska minska nattfastan.

Under 2020 gjordes ingen nattfastemätning, då ingen förbättring sågs under de fyra tidigare åren det gjordes. Under hösten 2021 gjordes nattfastemätning på särskilt boende som visar samma resultat som tidigare år med ett medelvärde på 13 timmar. Detta överstiger Socialstyrelsens rekommendation om max 11 timmar.

Att minska nattfasta var ett projekt som startats under hösten 2021. Ursprunget var först att projektet skulle vara i sex månader, men kortades ner till tre månader eftersom man inte visste hur mycket projektmedel det fanns avsatt till detta. Det anställdes en undersköterska som skulle arbeta med förändringsarbete kväll/natt under denna tid. Det gjordes en mätning över nattfastan innan projektet, men inget i slutet av projektet av någon anledning, så det är svårt och se något resultat på projektet.

Analysen av projektet som undersköterskan beskriver i en rapport visar att dem enskilda var väldigt positiva och tog gärna emot kvällsfika som bjöds på, men att förändra ett arbetssätt eller att förändra på rutiner som är väl inarbetat hos personalgrupper tar längre tid att genomföra.

Rapporten går att hitta i Kompassen.

Förbättringsförslag:

En nystart i arbetet i teamen med att göra registreringar i Senior alert behöver göras och därmed identifiera risker som undernäring, komma fram till vilka åtgärder som behöver sättas in och kontinuerligt arbeta med dessa som att minska nattfastan.

Viktigt att göra de enskilda delaktiga.

Trycksår

12 personer av 78 riskbedömda hade trycksår, en person hade fler än ett trycksår. 2020 hade 16 personer 25 trycksår totalt, av 127 riskbedömda.

Kategori 1: 6 st.

Kategori 2: 6 st.

Kategori 3: 2 st.

Kategori 4: 0 st.

Analys:

Eftersom så få riskbedömningar har utförts kan det med största sannolikhet finnas fler personer som har trycksår.

Det brister i det trycksårspreventiva arbetet både hos sjuksköterskor, arbetsterapeuter och vård- och omsorgspersonal.

Förbättringsförslag:

Fortsatt teamarbete med nolltolerans mot trycksår grad 3 och 4 som mål.

Inventering av utbildningsbehov behövs hos all hälso- och sjukvårdspersonal.

Fall

I Treserva registrerades 1080 fallavvikelser. Fall resulterar ofta i sårskador och frakturer som resulterar i lidande, sjukhusvård och lång rehabilitering.

Analys:

Antal fall har ökat under året jämfört med tidigare. Trots att det i våra verksamheter varit ett mål i patientsäkerhetsberättelser under flera år att

minska fall så fortsätter de att öka. Av 1665 rapporterade avvikelser utgör fallen 64.86 %.

Av de 1080 fall som rapporterats är det 828 som har bedömts ha allvarlighetsnivå mindre och måttlig, och 41 stycken som bedömts som betydande och mycket hög/katastrofal.

Varje fall ger personligt lidande för den drabbade och utöver detta innebär det stora kostnader för både kommun och samhälle i stort.

Förbättringsförslag:

Först och främst behöver det tydliggöras från styrande nivå att detta är ett område som ska arbetas med.

Fortsatta analyser och åtgärder för att minska antal fall i teamen behöver göras. Ett större fokus behöver läggas på fallförebyggande för att minska risken att fall inträffar. Det behövs även ökad kunskap i vikten av att arbeta fallförebyggande som ökad aktivitet och rehabilitering i ordinärt boende samt inom särskilt boende.

Enhetschefer behöver ta sitt ansvar för avvikelshanteringen samt att fallavvikelser tas upp på teamträffar för att minska risken för fler fall.

6.4 Palliativ vård

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

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

Indikator	2018	2019	2020	2021
Utförd smärtskattning med validerat bedömnings-instrument Mål 100 %	66 %	65 %	75,7 %	85 %
Utförda brytpunktsamtal till patient av läkare. Mål 98 %	92 %	90 %	100 %	95 %
Utförd munhälsobedömning Mål 90 %	67 %	83 %	56,8 %	75 %

Källa: Palliativa registret 20220125

Analys:

Registrering i palliativa registret har mest används inom särskilt boende och korttidsboende.

Genom arbetet med att implementera användningen av smärtskattningsinstrument kan vi se ytterligare förbättrad resultat 2021. Emellertid är det viktigt att fortsätta arbetet med implementeringen i användandet av smärtskattningsinstrument, samt dokumentation av upplevd och/eller uppskattad smärta. Gällande resultatet av utförd munhälsobedömning så visar även detta en förbättring.

Förbättringsförslag:

Göra nystart i att hemsjukvården prioriterar palliativa registret. Tydliggöra vad vi behöver bli bättre på, för att erbjuda en god palliativ vård. All personal som vårdar behöver få möjlighet till utbildning.

Dokumentation av smärtskattning är viktigt, bedömning och dokumentation bör göras strukturerat för att påvisa att den enskilde får smärtlindring anpassad till smärtintensitet samt att det följs upp.

Ombud i arbetsgrupperna har tagits fram under 2021 och fortsatt viktigt och satsa på utbildning för dessa.

6.5 Journalgranskning

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

Under året har sammanlagt 40 slumpvist utvalda journaler från samtliga enheter och områden granskats av MAS och MAR. Journalgranskning genomförs även i samband med utredning av avvikelser samt vid loggning i Treserva av MAS och MAR. Detta görs kontinuerligt under året. Under året har ingen kollegial journalgranskning utförts på grund av att arbetsuppgifter har fått omprioriteras med anledning av Covid -19 och nyrekrytering av MAS och MAR.

Granskningen visar att det finns brister i de flesta verksamheter och förbättringar behövs när det gäller bland annat att dokumentera bakgrund till vården, kroppsfunction, aktuell aktivitets- och kommunikativ förmåga, hälsohistoria och uppföljning. Det saknas ofta uppdaterat status gällande patientens hälsotillstånd, vilket gör att de förmågor respektive nedsättningar patienterna har vad gäller aktivitet, funktion, struktur och mätvärden inte framgår vilket är en viktig del för att kunna bedöma hur hälsotillståndet utvecklar sig över tid. Det saknas också i flera journaler att/hur den enskilde varit delaktig i planering och uppföljning av de åtgärder som gjorts.

I många av journalerna saknas även att information till den enskilda har lämnats om kvalitetsregistren samt samtycke för skydds- och begränsningsåtgärder.

I flera av de upprättade vårdplanerna kan man se att det är brister i information i vårdplanerna. Det saknas i flera fall uppföljning av åtgärder och måluppfyllelse i vårdplaner och inaktuella vårdplaner är inte avslutade. Uppföljning saknas både från legitimerad personal samt vård- och omsorgspersonal.

Det är stora skillnader mellan områdena/enheterna där kvaliteten i journalerna skiljer sig åt.

Analys:

Orsaken till de brister som kan ses i journalföringen tros bland annat bero på:

- Omsättningen på sjuksköterskor och brist vid nyanställdas introduktion
- Hög arbetsbelastning där tid- och resursbrist är bidragande orsak
- Kunskapsbrist i verksamhetssystemet och kvalitetsregister
- Avsaknad av utbildning i verksamhetssystemet och kvalitetsregister och dokumentation

Förbättringsförslag:

Det behöver göras en behovsinventering bland den legitimerade personalen för att se vilka åtgärder som behöver göras för att höja kvaliteten i journaldokumentationen.

Det finns även ett behov av att utbilda omvårdnadspersonal i att dokumentera direkt i fördelade vårdplaner samt tydliggöra gränsdragningen mellan hälso- och sjukvårds- och social dokumentation för både legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal. Upprättande av en handlingsplan.

Under 2022 bör det genomföras en kollegial journalgranskning. Det handlar då om den journal som legitimerad personal för och även omvårdnadspersonal där det finns vårdplaner att följa upp.

6.6 Läkemedelsgenomgång och olämpliga läkemedel

Användningen av många läkemedel hos äldre är inte ovanligt.

Läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre kan ofta kopplas samman med akuta inläggningar på sjukhus samt fall. Läkemedel som förskrivs och tas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Det gäller läkemedel som tas regelbundet samt dem som tas vid behov.

Analys:

Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att det årligen och vid behov görs en läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare för dem som är 75 år och äldre. Det kan både vara en enkel och fördjupad genomgång. Under 2021 har inte läkemedelsgenomgångar prioriterats inom hemsjukvården p.g.a. brist och kontinuitet av sjuksköterskor. Inom särskilt boende görs årliga läkemedelsgenomgångar. Läkaren ansvarar för att olämpliga läkemedel förskrivs så restriktivt som möjligt. Sjuksköterskan deltar i genomgångarna och kan på det viset samverka med läkaren om personen står på olämpliga läkemedel eller andra läkemedel som ger kraftiga biverkningar.

Viktigt att veta är att olämpliga läkemedel inte betyder att de inte ska användas till den åldersgruppen men det ska vara restriktivt och genomtänkt.

Förbättringsförslag:

Då det finns ett lagstadgat krav på att årliga läkemedelsgenomgångar ska utföras måste detta prioriteras under 2022.

7. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivning av hälso- och sjukvårdsprocessen

Under 2019 gjordes uppdragsbeskrivningar för Sjuksköterskor och Arbetsterapeuter, det fortsatta arbetet med att ta fram uppdragsbeskrivningar har tyvärr stannat av under 2020 och 2021. Det finns ett fortsatt behov av att ta fram uppdragsbeskrivningar för alla medarbetare inom socialförvaltningen för att förtydliga vem som gör vad, när och hur för att öka patientsäkerheten.

Det finns även ett stort behov av att se över och revidera hälso- och sjukvårdsrutiner och riktlinjer.

Dagverksamheter

Under året har dagverksamheter inom HSL-enheten fått hålla stängt på grund av pandemin. I början av året öppnades dock dagrehab -träningsgrupp upp för individuella besök för att säkerställa att våra enskilda skulle få den

träning och rehabilitering de var i behov av. Prioritering bland de enskilda gjordes där de som hade störst behov av rehabilitering var de som fick komma på en period. Dagverksamheterna inom demens och social dagvård arbetade på alternativt sätt med individstöd. Efter sommaren startades dagverksamheterna upp igen med hjälp av projektmedel.

Uppsökande hembesök

Arbeterapeut och biståndshandläggare gör förebyggande hembesök som syftar till att bibehålla självständighet och hälsa hos personer över 80 år som bor kvar i hemmet.

Hemtagningsteam

Med hjälp av projektmedel har ett hemtagningsteam bildats, detta i ett led att säkra upp hemgångar från slutenvården där man kan se att den enskilde har rehabiliteringspotential och förmåga att träna tillbaka funktioner. Det är fem undersköterskor som ingår tillsammans med områdesansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, biståndshandläggare och enhetschef. Det finns dock tyvärr oklarheter i vem eller vilka som är processansvariga, vilket behöver förtydligas.

Välfärdsteknik

I ett led att säkra läkemedelshantering så har socialförvaltningen köpt in fem läkemedelsrobotar genom nyttjande av statsbidrag riktade mot äldreomsorg för att utveckla tekniken, kvalitet och effektivitet hos äldre. Syftet med läkemedelsrobotarna är för att öka självständigheten och tryggheten hos den enskilda, öka patientsäkerheten genom att den enskilda får rätt medicin vid rätt tidpunkt samt att frigöra tid för hemtjänstpersonalen.

Några av sjuksköterskorna på distrikt, MAS, MAR har gått utbildning till att bli administratörer och omvårdnadspersonal har gått utbildning till att bli påfyllare. De två vårdlag som startar projektet med läkemedelsrobotarna är Jannelund och Kastanjen.

På grund av hög arbetsbelastning hos beslutande chefer, sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonalen har de dock tyvärr inte kommit ut till de enskilda ännu.

Distriktssjuksköterska

En av våra sjuksköterskor har under året påbörjat specialistutbildning till distriktssköterska, vilket finansieras av statsbidrag.

7.1 Bemötandeplaner enligt BPSD registreringar samt utbildning av administratörer

Demensteamet har under 2021 fortsatt utbildat personal i Degerfors. Arbetet med BPSD ska bidra till att minska användandet av olämpliga läkemedel, minska ångest, oro och agitation hos demenssjuka.

Under 2021 har inte registreringar gjorts i samma utsträckning som tidigare år. Detta har inte prioriterats p.g.a. pandemin och personalomsättning.

BPSD	2019	2020	2021
Registreringar	166	204	51

7.2 Avvikelseutredningar

	Alla avvikelser	Fall	Läkemedel	Utebliven dos	Utebliven insats	MTP
2021	1665	1080	165	74	108 (65 HSL)	6
2020	1271	986	95	58	16	5
2019	1228	939	105	52	12	5

Under året rapporterades 1665 avvikelser i Treserva. Det är en ökning från år 2020 då det rapporterades 1271 avvikelser. Den största andelen av avvikelser som rapporteras är fall och brister i läkemedelshantering. Fallavvikelserna är både fall, fall med skada och fall med medicinteknisk produkt. Antal fallavvikelser har under flera år blivit fler och fler, och det har varit som mål under flera år att dessa avvikelser ska minska.

Avvikelser ska tas upp och analyseras på teamträffar och APT:er. Där är det meningen att om en avvikelse har inträffat ska åtgärder omedelbart sättas in för att avhjälpa skador, symtom och risker. Långsiktiga åtgärder ska också

planeras för att minska riskerna att det inträffar igen. Åtgärder som sätts in ska dokumenteras och följas upp.

Det man kan se är att av de 1665 avvikelser som rapporterats under året är det endast 280 avvikelser som är slutförda.

Det man även har sett då granskningar har gjorts under året är att inte alla i teamet är inne och analyserar avvikelserna i avvikelssystemet, främst saknas delaktighet och analys från enhetschefer. Det skiljer sig dock mellan särskilt boende demens, omvårdnad och i ordinärt boende.

Av de 1080 fall som rapporterats är det 828 som har bedömts ha allvarlighetsnivå mindre och måttlig, och 41 stycken som bedömts som betydande och mycket hög/katastrofal. Det är då 211 avvikelser som inte bedömts överhuvudtaget.

Analys:

Arbetet med avvikelseprocessen behöver förbättras avsevärt. Metodstöd och lathundar finns. Det saknas systematik i arbetsgången i praktiken på de flesta enheterna.

Orsaken till att inte avvikelser hanteras och följs upp som de ska beror med största sannolikhet på kunskapsbrist hos både chefer, legitimerad personal och vård- omsorgspersonal i hur avvikelshantering ska utföras. Det har varit hög omsättning på både chefer, sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal de senaste åren vilket har gjort att kunskapen saknas. Den kraftiga neddragning som gjorts på chefsnivå och den stora resursbrist som råder hos sjuksköterskorna kan också med stor sannolikhet vara en bidragande faktor då man inte har tiden som krävs för att arbeta med avvikelser. Detta ses som oroväckande.

Förbättringsförslag:

Det finns ett stort behov av utbildning i arbetet med avvikelser både hos enhetschefer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Men det måste ges förutsättning och tid för att detta ska kunna genomföras.

Vidare är det av vikt att ledning efterfrågar resultat av avvikelsearbetet från verksamheterna. Samt att arbeta mer riskförebyggande för att minska risker och minska antalet skador på grund av fall etc. I månadsrapporteringen bör enheterna kunna rapportera sitt avvikelsearbete.

Det behöver även tydliggöras vilka roller man som medarbetare har i avvikelshantering och öka förståelsen kring att det är alla medarbetares ansvar att arbeta med patientsäkerhet.

Det finns ett behov av att se över och revidera rutiner samt få till systematik i arbetsgången i praktiken och i teamet. Tydliggöra vad och varför vi ska rapportera avvikelser/händelser Återkopplas/involvera den enskilde och anhörig.

Träffar i teamen bör också göras mer frekvent där man tar upp avvikelser för att öka kvaliteten och öka patientsäkerheten.

Vid allvarliga händelser behöver teamet träffas för att tillsammans utreda händelsen.

Förslag är också att regelbundet ha patientsäkerhetsronder likt man har skyddsronder.

7.3 Läkemedelshantering

HSLF-FS 2017:37 I 11 kap

Digital signering gör det lätt och överskådligt för enhetschefer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor att läkemedelsadministrering och andra HSL-insatser utförs.

Antal avvikelser 2021 är 6,8 % av det totala antalet HSL-insatser. Det har fördubblats sen förra året. Detta innebär att dessa insatser inte är signerade som utförda i Alfa e-läkemedel.

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

Analys:

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

Förbättringsförslag:

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

Utbildning i användning av mobilappen omkring insatserna eller hur insatsen signeras är eventuellt nödvändig, eftersom detta är eftersatt p.g.a pandemin.

Ingen kollegial granskning av läkemedelsförråd har utförts under året i Västra länsdelen p.g.a pandemin.

Under 2021 har överläggning pågått gällande avtal med extern farmaceut (ApoEx) för att säkerställa läkemedelshantering genom kvalitetsgranskning som planeras att påbörja våren 2022.

7.3 Medicintekniska produkter, MTP

Förskrivning av medicintekniska produkter är en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Omvårdnadshjälpmedel förskrivs idag av kommunens arbetsterapeuter och

sjuksköterskor som också har ansvar för instruktion och information om hur de ska användas. Medicintekniska produkter som används i verksamheten och som kommunen är ansvarig för är bland annat personlyftar, vårdsängar, överförflyttningsplattformer, sondmatningspumpar m.m. Dessa ska användas och hanteras på rätt sätt, på rätt indikation och av instruerad/utbildad personal. Förutom den instruktion som arbetsterapeut och sjuksköterska är ansvariga för så är det enhetschefens ansvar att se till att all personal samt nyanställda personal får den utbildning som krävs för att hantera de aktuella hjälpmedel som finns på enheten.

Besiktning av omvårdnadshjälpmedel

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

Personlyftar ska besiktigas en gång per år. Under 2021 blev inte alla lyftar besiktade. På grund av pandemin har besiktningar inte kunnat utföras enligt plan under en längre period i ordinärt boende eller på särskilt boende.

Det saknas korrekt uppdaterade siffror på antal omvårdnadshjälpmedel som finns i våra verksamheter varför det heller inte går att säga hur stor andel som inte är besiktade.

Vårdsängar ska kontrolleras och genomgå en service vart annat år. Detta har heller inte gjorts under året, och även här saknas siffror på hur många sängar det rör sig om. De har endast åtgärdats när fel har uppstått.

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

Hjälpmedelsombud

På varje avdelning och i varje vårdlag har hjälpmedelsombud tidigare utsetts, deras uppgift är att hålla sig ajour vad gäller hjälpmedel och hantering av dessa och att sprida information till övriga kollegor för att säkra kunskapen kring detta. Hjälpmedelsombudsträffar ska hållas regelbundet varje år tillsammans med arbetsterapeut och medicintekniker. De senaste två åren har dock inga träffar genomförts.

Analys:

Det finns stora kunskapsbrister både hos chefer och vård- och omsorgspersonal i verksamheterna vad gäller ansvar, hantering, användandet och skötsel av hjälpmedel. Detta beror till största del till att det under flera år varit utbildningsstopp och att personal inte har fått den utbildning som de har

behov av. En annan stor anledning är omsättningen av personal både bland chefer och vård- och omsorgspersonal. Arbetsterapeuterna har vid flera tillfällen erbjudit utbildningsinsatser men det har endast blivit i mindre former.

Degerfors kommun genomför inte helt ut de besiktningar och kontroller som krävs enligt de krav som ställs på vårdgivare. För att säkerställa att de medicintekniska produkter vi erbjuder de enskilda är av god kvalitet behöver besiktningar och kontroller utföras regelbundet.

Förbättringsförslag:

Under 2022 behöver det ses över om listan på hjälpmedelsombud är aktuell och träffar behöver planeras in. Det behöver ges förutsättningar till kompetensutveckling i form av utbildning inom detta område. Rutiner och riktlinjer behöver ses över och implementeras i verksamheterna.

Gällande besiktning och kontroller av omvårdnadshjälpmedel behöver det säkras upp att detta utförs. Det finns behov av att en översyn görs kring kompetens, personalresurser och tekniska förutsättningar för att säkra hantering av omvårdnadshjälpmedel i Degerfors kommun.

Det behövs även under året göras en inventering av bland annat vårdsängar och taklyftar för att kunna följa och spåra dessa samt för att se vilka som behöver besiktas och när.

Kunskap i förflyttningsteknik

Att som vård- och omsorgspersonal ha den kunskap som behövs för att förflyttningarna i vården ska vara skonsamma och trygga både för patienten och vårdpersonalen är av stor vikt.

Verksamheterna har tidigare haft fyra förflyttningsinstruktörer, två av dessa slutade under 2020 och de andra två har valt att ta en paus i sitt uppdrag. Det har heller inte utsetts några nya.

Det har tidigare påbörjats ett samarbete mellan arbetsterapeuter och förflyttningsinstruktörer som ett led i att få en samsyn i vad som lärs ut i förflyttningsteknik till medarbetarna. Detta har dock fått läggas på is då inga aktiva förflyttningsinstruktörer finns i verksamheterna. Varje avdelning och vårdlag har ett varsitt förflyttningsombud. Vilka under året har haft ett utbildningstillfälle tillsammans med arbetsterapeuter och de dåvarande förflyttningsinstruktörerna.

Analys:

Stor kunskapsbrist finns även inom detta område både hos chefer och vård- och omsorgspersonal. Vid brister i förflyttning av enskilda kan de enskilda och personal skada sig allvarligt, vilket blir kostsamt.

Förbättringsförslag:

Under hösten har alla arbetsterapeuter gått en tre-dagars utbildning i förflyttningsteknik. Syftet är förutom att stärka sin egen kompetens att de också ska utbilda all vård- och omsorgspersonal både genom utbildningsinsatser men även genom handledning i det dagliga arbetet. En långsiktig utbildningsplan behöver under året tas fram för att detta ska kunna genomföras.

8. Samverkansformer och patientsäkerhetsarbete

Under 2021 har vissa delar av samverkansformerna varit inställda och en del har genomförts i andra former, digitalt. Under 2022 bör det göras en översyn kring de olika samverkansformerna för att tydliggöra syftet samt för att återuppta och säkra samverkan.

- I samverkan i västra länsdelen finns en styrgrupp och en kärnarbetsgrupp med representanter från de olika vårdgivarna; Närsjukvårdsområde väst och de tre kommunerna.
- Samverkan sker i Degerfors mellan kommun och vårdcentral med minst fyra träffar per år. Deltar gör förvaltningschef, MAS, MAR och HSL- enhetschef.
- I palliativa styrgruppen i Västra länsdelen sitter två representanter från kommunen. Regelbundna träffar.
- Kommunen ska representeras i palliativa rådet, men under året har representanten slutat i kommunen och ingen ny har tillsatts.
- Samverkan sker kontinuerligt mellan kommunernas och Region Örebro läns arbetsterapeuter, rehabchefer och MAR.
- Samverkan mellan kommunens arbetsterapeuter och vårdcentralens fysioterapeut sker veckovis.

8.1 Samverkan med andra vårdgivare för sammanhållen vård och omsorg enligt ViSam.

- För att förbättra kvaliteten och ge förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre i Region Örebro län används Visam modellen.

- Vid rapportering mellan olika yrkesgrupper i kommunen och till annan vårdgivare ska SBAR användas. Här finns det behov av att återta arbetssättet 2022.
- SIP - samordnad individuell plan används när en person har behov av insatser av flera olika vårdgivare och till exempel socialtjänst. Under 2021 har inga SIP:ar genomförts p.g.a pandemin och det behöver göras nystart under 2022.

8.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är Socialförvaltningens samverkan med andra vårdgivare för hälso- och sjukvård. Formerna för samverkan regleras bland annat i samverkansdokument som finns att hämta på samverkansportalen (VVF), för samverkan mellan kommuner och Region Örebro län:

Under året har det varit intensiv samverkan angående arbetet gällande Covid-19.

Gemensamt i samverkan finns också MAS/MAR nätverket i länet som tar fram och reviderar gemensamma riktlinjer och rutiner i övergripande ansvarsfrågor.

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

9. Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalyser beskriver att syftet är att förebygga och minska risker i verksamheten och därmed bidra till att en god kvalitet kan upprätthållas eller förbättras. Övergripande ansvar för rutinen har förvaltningschef.

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

Under året har endast ett fåtal risk- och konsekvensanalyser gjorts vid förändringar i verksamheten. Det har dock under året skett flera större förändringar/förändrade arbetssätt i verksamheten där risk- och konsekvensanalyser inte gjorts. På de få som har utförts saknas uppföljning av handlingsplan.

Detta är något som vi inom våra verksamheter behöver bli bättre på för att förebygga och minska risker i våra verksamheter.

10. Hälsa- och sjukvårdens rapporteringskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelserapportering sker via Treserva. Rapporteringen går till ansvariga chefer, sjuksköterskor och arbetsterapeuter för hantering i teamet. Avvikelseanalys ska sedan göras i teamet och om händelserna är av allvarligare art deltar även MAS och MAR i analyserna. MAS och MAR tar också ställning till om händelsen ska anmälas enligt Lex Maria (HSLF-FS 2017:41). Analys och uppföljning gällande avvikelserna ska göras på teamträffar, APT och på chefernas ledningsmöten. Avvikelser är vanligast då det gäller fall och läkemedelsavvikelser.

11. Klagomål och synpunkter

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

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

11.1 Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

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

Under 2021

1. IVO har fortsatt tillsynen riktad mot särskilt boende med anledning av smittspridning av Covid-19.
2. Ingen Lex-Sara utredningar har gjorts under året.
3. Det har kommit in 36 st synpunkter/beröm/klagomål under året, 2020 kom det in 34 st.
4. MAS har tagit emot telefonsamtal om synpunkter/klagomål gällande bemötande och kunskap om demensvård, basal omvårdnad samt bedömning av försämrat tillstånd hos den enskilde av vård- och omsorgspersonal, speciellt inom ordinärt boende.
5. Utredningar/avvikelser mellan kommunen och regionen under året har handlat om brister i vårdkedjan, läkemedel, sjukskötersketillgänglighet och bedömning av försämrat tillstånd hos den enskilde. Interna utredningar har handlat om svårare fallavvikelser.

11.2 Synpunkter och klagomål patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

11.3 Lex Maria

HSLF-FS 2017:41

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

En Lex Maria har anmälts till IVO under året.

12. Övergripande mål för 2022

1. Avvikelsehantering – Öka förståelsen kring syftet med avvikelser och att alla förstår sin del i arbetet med avvikelser och vikten med att rapportera risker. Alla i teamen behöver få verktyg (tid, resurser, utbildning, ledning mm) för att kunna arbeta kvalitativt med avvikelser och risker. Behöver även arbeta mer proaktivt med att fånga upp risker som finns i verksamheten och rapportera dessa innan de bli avvikelser.
Viktigt med teamsamverkan kring risk- och avvikelsehantering.
Höja andel utredda avvikelser.
2. Kvalitetsregistren – Ökad kunskap och förståelse av att arbeta med kvalitetsregister. I ett led att stärka patientsäkerheten är det viktigt att kvalitetsregistren används på ett säkert och kvalitativt sätt. För att kunna göra detta så behövs utbildning, samt att medarbetarna ges tid och möjlighet till att arbeta med det i sina verksamheter. Detta för att medarbetarna inte enbart ska registrera i registret, utan det är även viktigt att man arbetar med åtgärder kopplade till de risker som kommer fram samt med uppföljningar för att kunna få fram relevant statistik.
Alla i teamet behöver förstå syftet med att arbeta med kvalitetsregistren.
3. Höja kompetensen - Hos legitimerad personal samt personal som utför delegerade eller fördelade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det behövs utbildningsinsatser bland annat i dokumentation, hantering av lyft, förflyttning, palliativ vård, trycksårsprevention, läkemedelshantering, HLR, basal omvårdnad, hjälpmedelshantering, avvikelser, bedömning av försämrat tillstånd hos den enskilde mm. Stort behov av att ha regelbundna och återkommande utbildningar för att säkra kompetensen hos våra medarbetare.
4. Att arbeta aktivt i omställning till Nära vård - Det innebär att insatserna ska vara personcentrerade utifrån den enskildes behov och önskemål, proaktiva och hälsofrämjande. Insatserna ska syfta till att bevara och höja funktionsförmåga hos den enskilde. Det är individens behov och inte organisationens förutsättningar som ska vara den vägledande principen.

13. Ordförklaringar

Ord	Beskrivning
Avvikelse	När händelser inträffar som inte hör till det förväntade t.ex. fall, läkemedel som inte ges när det ska eller utebliven insats som t.ex. duschning
Basala hygien och klädrutiner	Hur personalen ska sköta handhygien, vilka kläder man kan ha och regler om vilka smycken man inte får ha
BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)	Ett kvalitetsregister för att ta fram bemötandeplaner för våra demenssjuka i kommunen
Dagrehab	En enhet på Letälvsgården dit man kan komma på dagarna under en tid för träning som en HSL-insats.
Hemrehab	Träning man kan få i hemmet, detta är ofta ett samarbete mellan sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal
HSL dokumentation	Journalföring enligt hälso- och sjukvårdslagen
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering-som tillser att riktlinjer och rutiner för rehabiliteringsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs.
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska-som tillser att riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsarbetet finns, är kända av personal och att de efterlevs.
Ledningssystem	Ett system som ska innehålla de riktlinjer och rutiner vi ska arbeta utifrån. Detta finns på kommunens intranät som alla anställda har tillgång till.
Lex Maria	Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
Lex Sarah	Om ett missförhållande är allvarligt inom socialtjänsten och i verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verksamhetsansvarig anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg.

Palliativa registret	Där registreras alla förväntade dödsfall inom kommunen för att se om vi ger det stöd och den symtomlindring som behövs
Palliativ vård	Omvårdnad i livets slutskede som innebär bland annat god symtomlindring och stöd.
Samordnad individuell planering (SIP)	Individuell planering för den enskilde. Där bestäms vilka insatser man är i behov av. Samverkan mellan olika vårdgivare.
SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation/Åtgärd)	Ett sätt att rapportera patientens tillstånd i en viss ordning mellan vårdgivare. T.ex. då hen skickas till lasarett.
Säbo	Särskilt boende (Västergården och Letälvsgården)
Treserva	Det journal- och rapportsystem som används inom socialförvaltningen
Visam beslutsstöd	En modell för säker in- och utskrivning från lasarettet
VVF (Vård, välfärd och folkhälsa)	Finns på Region Örebro läns hemsida och används av vårdgivare i länet. Där finns samverkansdokument, info om våra register etc.