



Hofors Kommun

SOCIALNÄMNDEN

Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

2021-02-27

Cissi Hedwall

Verksamhetschef kvalitet och HSL

Tf Medicinskt ansvarig sjuksköterska 200501-201231

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
1. Sammanfattning	3
2. Inledning	4
Definitioner och förkortningar	4
3. STRUKTUR	5
3.1 Övergripande mål och strategier.....	5
3.2 Organisation och ansvar.....	6
3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	8
3.4 Patienters och närståendes delaktighet.....	9
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
3.6 Klagomål och synpunkter	11
3.7 Egenkontroll	12
4. PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	13
4.1 Riskanalys	13
4.2 Utredning av händelser - vårdskador	13
4.3 Informationssäkerhet.....	14
5. RESULTAT OCH ANALYS	15
5.1 Egenkontroll	15
5.2 Avvikelser	17
5.3 Klagomål och synpunkter	18
5.4 Händelser och vårdskador.....	19
5.5 Riskanalys	23
5.6 Övriga resultat.....	23
6. Mål och strategier för kommande år	24

1. Sammanfattning

Socialnämnden har som mål att bedriva en säker vård- och omsorg med god kvalitet. För att kunna försäkra sig om målluppfyllnad behövs ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska beskriva verksamhetens rutiner inklusive hur samverkan ska ske samt hur egenkontroll, riskanalyser och avvikelser ska användas i förbättringsarbetet.

Verksamheten följer upp patientsäkerheten genom egenkontroll av uppsatta mål. Handlingsplaner upprättas vid behov och åtgärder planeras och genomförs.

Genom analys av avvikelser, klagomål och synpunkter samt inkomna ärenden från patientnämnden kan risker för vårdskador identifieras och hanteras. Avvikelser utreds, följs upp och återrapporteras i berörd verksamhet. Riktad journalgranskning genomförs i syfte att följa upp och granska den egna verksamheten.

Medarbetare inom verksamheterna har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud samt avvikelser. Inrapporterade händelser utreds och åtgärder har genomförts i syfte att öka kvalitet i verksamheten vilket leder till en ökad patientsäkerhet.

Verksamhetens mål för 2020 var att arbeta med 2019 års resultat i palliativa registret för att bidra till en förbättring av vården i livets slut, utbilda omvårdnadspersonal i förflyttningsskunskap samt med brukaren i fokus arbeta utifrån omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS).

År 2020 blev inte ett år som vi hade kunnat föreställa oss vid årets början. Det blev istället ett år då verksamheterna sattes på hårda prov, vi fick ställa in och framför allt ställa om. Fokus flyttades från de uppsatta målen till mål att hålla smittan borta från våra verksamheter samt att minska smittspridningen när/om vi fick in smittan. Fokus blev att skydda de sköra äldre men samtidigt upprätthålla en god vård och en bra arbetsmiljö för våra medarbetare. Årets viktigaste åtgärder som har vidtagits blir att ha kunnat upprätthålla en god vård genom samverkan med hälsocentralen och regionen, tydlig information och instruktioner till medarbetare, tillgång till och korrekt hantering av skyddsutrustning, tillgänglighet och en stark vilja att stå enade i kampen. Allas insatser har varit, och är, lika viktiga och alla har gjort så gott de har kunnat under en extrem prövning. Vi har alla fått lära och lära om flertalet gånger under pandemin, ändringarna har varit många och snabba. Verksamheten har på ett fantastiskt sätt tagit sig igenom prövningar och samtidigt genomfört och hanterat besöksförbud, vård/omvårdnad av misstänkt och bekräftat smittade personer, antikroppsprovtagningar för personal och vid slutet av året påbörjades vaccinationer mot covid-19.

Mycket av det normala arbetet har pågått under pandemin, vissa saker har inte kunnat genomföras, andra saker har genomförts på nytt sätt och ytterligare andra saker har genomförts som vanligt.

Viktigaste resultatet för år 2020 är hanteringen av corona-pandemin och samtidig hantering av att upprätthålla en god vård och omvårdnad.

2. Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Det är patientsäkerhetslagen, SOSFS 2011:9 samt HSLF-FS 2017:3 som styr vad som ska inkluderas i patientsäkerhetsberättelsen. De beskriver att bland annat följande ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen behandlas och antas av Socialnämnden och ska tillhandahållas för den som önskar ta del av den.

Kommunens ansvar som sjukvårdhuvudman är att utifrån den enskildes behov ge en god och säker hälso- och sjukvård. Detta innebär att den ska:

- vara av god kvalitet, med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården samt vara lättillgänglig
- så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten och/eller dess anhöriga, olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Definitioner och förkortningar

- HSL: Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- SFS: Svensk författningssamling
- Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)
- SOSFS: Socialstyrelsens författningssamling
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- HSLF-FS 2017:40 Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete
- HSLF-FS 2016:40 Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- MAS: Medicinskt ansvarig sjuksköterska

3. Struktur

3.1 Övergripande mål och strategier

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

För 2020 beslutade mål inom HSL:

-Arbeta med 2019 års resultat i palliativa registret för att bidra till en förbättring av vården i livets slut. Målet är att det ska vara en god vård i livets slut och strategin är att arbeta med resultatet i palliativa registret, antal inregistreringar, smärtskattning. Målet har funnits i flera år och det behövs fortfarande.

-Omvårdnadspersonal utbildas i förflyttningskunskap. Målet är att all omvårdnadspersonal ska ha fått utbildning i och kunskaper om förflyttningskunskap för att minska antalet vårdskador och förslitningsskador hos personal. Strategin och resultatet är antalet utbildad personal.

-Med brukaren i fokus arbeta utifrån omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS). Målet kopplas till att ge brukaren förutsättningar att hantera sin vardag och kunna bibehålla och utveckla sina förmågor. Genom ett tydligt omvårdnadsansvar kan sjuksköterskan följa brukaren i vardagen. Strategin och resultat var antal brukare med namngiven OAS.

-God läkemedelshantering. Förbättra samverkan med regionens hälsocentral och läkaren om vad en läkemedelsgenomgång, LMG, ska innehålla och hur den ska genomföras.

-God hygienisk standard. Observationer (Punktprevalens mätning) ska genomföras för kontroll av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

-Säker dokumentation. Genomföra strukturerad journalgranskning för att få en större underlag för systematisk uppföljning av dokumentationen.

-Säker läkemedelshantering. Rutinen för delegering ska revideras och insulindelegeringen förbättras med webbutbildning "Vård av äldre med diabetes". Möjlighet att starta upp modulen för delegering i verksamhetssystemet Treserva.

-Utveckla avvikelshantering. Avvikelsena ska systematiskt sammanställas på en övergripande nivå för att kunna se mönster eller trender och ge ett lärande i hela verksamheten.

-Förbättrad intern och extern samverkan. Teamarbete mellan enhetschef och legitimerad personal samt övriga verksamheter inom vård och omsorg. Extern samverkan med fortsatt samverkan på olika nivåer mellan regionens sjukvård samt primärvård och kommunal hälso- och sjukvård för att utveckla och få en bättre hälso- och sjukvård.

3.2 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren, kommunstyrelsen, har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten.

Enligt ledningssystemet för systematiskt förbättringsarbete är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till hög patientsäkerhet. Personalen ska därför rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare ingår det att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ska inom sitt område tillgodose att verksamheten bedrivs enligt gällande föreskrifter samt med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat. Socialnämnden ansvarar för planering, ledning, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård (HSL) och socialtjänsten och för att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta innebär till exempel att Socialnämnden ska;

- fastställa övergripande mål för kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera dessa mål

- se till att verksamheten ges resurser så att förutsättningar finns för måloppfyllelse i alla de mål som finns för verksamheten.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

MAS ska ansvara för kvalitet och säkerhet för den hälso- och sjukvård som utförs. MAS ska enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvara för att utarbeta rutiner samt utföra kontroll att dessa följs och är kända inom verksamheten. I uppdraget ingår även att vara anmälningsansvarig enligt 3 kap. 5–7 § patientsäkerhetslagen och kompletterande SOSFS 2015:12. MAS ska vidare följa upp avvikelser inom verksamheten samt redovisa avvikelserna för socialnämnden.

Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till hög patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Medarbetare med delegering för en hälso- och sjukvårdsuppgift är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs.

Medarbetare

Alla medarbetare ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lag, kommunens värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, och rutiner samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter.

Medarbetare som arbetar enligt SoL ansvarar för att utföra och verkställa beslutade insatser och att upprätta en genomförandeplan utifrån beslutade insatser tillsammans med den enskilde.

Medarbetarna ska också följa rutiner, styrdokument, beslut och samarbeta med team och andra arbetsgrupper. Vidare så ska de rapportera brister, missförhållanden och andra synpunkter.

Läkarkontakt

Läkare ingår inte i den kommunala hälso- och sjukvården. Regionens läkare har inte något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Distriktsläkare har ställning som konsult i förhållande till kommunen. Deras ansvar gentemot den boende består av ett övergripande ansvar för vård och behandling. Alla i särskilt boende har en patientansvarig läkare som kommer till boendet för samverka med sjuksköterskan samt gör hembesök vid behov.

Hemsjukvård i ordinärt boende har läkare som regelbundet kommer och samverkar med hemsjukvårdens sjuksköterskor samt gör hembesök vid behov.

Sjuksköterskan kontaktar vid behov läkare på hälsocentralen dagtid. Kvällar, nätter och helger kontaktas jourläkarcentralen i Sandviken. Brukaren skickas till sjukhus efter konsultation med läkare, när läkaren inte finns tillgänglig och tillståndet kräver läkarvård. Vid tillstånd som inte kräver omedelbar läkarkontakt sätts brukaren upp till nästa läkarkonsultation.

Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet samt Hälso- och sjukvårdens gemensamma resurser:

Hygienombud; fungerar som stöd i det infektionsförebyggande arbetet. Bland annat genom mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler samt vårdhygiens kontakt med respektive enhet.

Vårdhygien; planerar och samordnar infektionsförebyggande arbetet och stödjer det verksamheterna i det lokala arbetet med hygienfrågor.

Smittskydd Gävleborg; har det regionövergripande myndighetsansvaret för länets smittskyddsarbete som regleras i bland annat smittskyddslagen.

Lokala Stramagruppen; Strama är ett frivilligt nätverk med syftet att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier till och inom Sverige.

Patientnämnden; kommunen har avtal med regionens Patientnämnd. Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter på vården samt bidrar med erfarenheter från dokumentation och analys av patientsynpunkter. Årligen träffas länets MAS och representanter för Patientnämnden.

Kliniskt träningscenter; tillgodoser utbildning och färdighetsträning av vårdpersonal.

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbete är hur socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar internt inom socialnämnden och externt med andra vårdgivare. Formerna för hur samverkan regleras beskrivs i samverkansdokument.

Läkarmedverkan:

Socialnämnden tecknar årligen avtal med primärvården om läkarmedverkan på särskilda boenden och i hemsjukvård.

Samverkansträffar mellan kommun, primärvård och slutenvård:

Avtal om hemsjukvård mellan länets kommuner och region Gävleborg.

Arbetet inriktas allt mer på vår gemensamma patient, fokus ligger på Samverkanslagen "samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård" samt utredningen "God och nära vård".

Lifecare SVP/SIP, ett informations/kommunikationsverktyg för personer som är utskrivningsklar från slutenvården i regionen används. Länsgemensam överenskommelse finns.

Hjälpmedel:

Rehabenheten samverkar med regionen och Hjälpmedel SAM, framförallt i hjälpmedelsfrågor.

Samverkansträffar kommun och primärvård:

Vårdenhetschef från primärvården samt kommunens verksamhetschefer, enhetschef för sjuksköterske- och rehabteamet, enhetschef för hemtjänsten och medicinskt ansvarig sjuksköterska, träffas varje kvartal och samverkar kring gemensamma frågor. Syftet är att förbättra samverkan kring patienter över huvudmannagränserna. Även rutiner som kan vara aktuella för båda parter tas upp och diskuteras. Även ansvarsfördelning samt gemensamma behov av fortbildning kan diskuteras.

Samverkan kommunen och region Gävleborg:

Kommunen har avtal med Vårdhygien och regelbundna träffar med länets MAS, hygiensjuksköterska och smittskyddsläkare. Kommunen har avtal med Vårdhygien, region Gävleborg. Två gånger årligen träffar länets MAS hygiensjuksköterskor och smittskyddsläkare. Hofors kommun har tillgång till hygiensjuksköterska 4 dagar per år. Under dessa dagar genomförs

hygienronder och utbildningar.

Tvärprofessionella teamträffar

På särskilt boende, inom korttidsverksamhet och hemsjukvård/hemtjänst utförs tvärprofessionella teamträffar. Syftet är att få ett strukturerat arbetssätt när det gäller det förebyggande arbetet och att detta ska vara en integrerad del i omvårdnadsarbetet.

Teamträffar genomförs varje vecka på enheterna enligt en förutbestämd planering. Under dessa planerade teamträffar genomförs riskbedömningar, uppföljningar samt planering av åtgärder. Deltagare är enhetschef, omvårdnadspersonal/näransvarig, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Länsledning

Socialchefer/skolchefer och regionens chefer träffas nio gånger per år gällande bland annat ärenden som handlar om samverkan i vårdkedjan. På Länsledning tas beslut som rör gemensamma satsningar och ärenden upp.

Operativ Valfärdsgrupp äldre

Samverkansgrupp som är utsedd av länsledning. Operativa valfärdsgrupper finns i alla fyra hörn i länet. Fokus i samverkansfrågor ligger på utbildningar (ex.SIP), avvikelshantering och hur vi tillsammans ska arbeta för att undvika vårdskador i vårdkedjan

Länsövergripande läkemedelskommittén

Består av representanter från regionen, läkare och apotekare, samt två medicinskt ansvariga sjuksköterskor som representerar kommunerna. Denna grupp har bland annat upprättat handboken "läkemedels rekommendationer".

Externa läkemedelrevisioner

MAS representanter ur länsgruppen har initierat samarbete med Region Gävleborg för att få externa läkemedelrevisioner utförda åt samtliga kommuner i Gävleborg. Detta har lett till att avtalskrivning med Region Gävleborg.

LänsMAS

Kontinuerliga träffar med samtliga MAS och MAR i Gävleborg. Träffas ca 8-10 gånger per år och mötena fokuserar på samverkan mellan kommunerna samt över huvudmannagränserna. Varje möte bjuds en eller fler gäster in med fokus på kommunens uppdrag och/eller samverkan med Region Gävleborg.

3.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

All vård och behandling samt stödinsatser ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde och om denne önskar även de närstående. Samverkan med patienter innebär att ge förutsättningar för

den enskilde att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det stöd som hen får. Personen ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg samt ha inflytande över genomförandet. Detta sker till exempel genom deltagande i upprättandet av vårdplan och genomförandeplan.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns på varje enhet. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har ansvar för flera enheter.

Patienter/brukare och i förekommande fall närstående ska erbjudas:

- möjlighet att kontakta sjuksköterska via telefon dygnet runt
- Samordnad individuell plan, SIP, vid behov vid utskrivning från slutenvård, ankomst till korttidsplats, inskrivning i hemsjukvård. SIP genomförs i samarbete med primärvården.
- patienter i hemsjukvården får vid inskrivning en pärm med kontaktuppgifter till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.
- möjlighet att delta i brukarundersökningar

Den enskilde och dess närstående ska informeras om att de kan lämna synpunkter och klagomål på verksamheten.

Vid utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål medverkar vid vissa tillfällen patient och/eller deras närstående.

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. All personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt lex Maria. Detsamma gäller händelser som innebär missförhållanden enligt lex Sarah, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5). Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av vårdskadan/missförhållandet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Avvikelserapporterna berör också SoL/LSS insatser och inte enbart HSL. All personal rapporterar avvikelser enligt gällande rutin i verksamhetssystemet Treserva. Avvikelserna hanteras av enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och i förekommande fall externa Lex Sarah-utredare.

En avvikelse är en händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat, till exempel:

- en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för brukaren. Brister i utförandet, utebliven/fördröjd insats eller vård och behandling, fallskador mm utgör en avvikelse.
- Något som inträffar och inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner. Avvikelsehantering innefattar att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera, bedöma åtgärdernas effekt samt sammanställa och återföra resultaten. Den som upptäcker en avvikelse ansvarar för att:
 - omedelbart hjälpa brukaren tillrätta genom att vidta akuta åtgärder
 - inom hälso- och sjukvården; omedelbart kontakta sjuksköterska, ambulans eller liknande enligt riktlinje för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal
 - rapportera avvikelsen i verksamhetssystemet Treserva samt dokumentera händelsen i

journal

Avvikelser är ett redskap för att verksamheten ska kunna utvecklas och kvalitetssäkras. Att rapportera avvikelser är viktigt för att verksamheten ska kunna tillgodose en god, rättssäker och ändamålsenlig vård och omsorg. Verksamheten kan genom avvikelshandling se mönster och trender vilket är en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamheten kan därigenom identifiera nya eller ej tillgodosedda behov och utveckla verksamheten ur ett brukarperspektiv. Syftet med avvikelshandling är att:

- identifiera systemfel i verksamheten
- dra lärdom av det som inträffat
- vidta förebyggande åtgärder för att förhindra att det inträffar igen, samt
- utveckla verksamheten

Rapporter och utredningar om missförhållande/vårdskador (lex Sarah/lex Maria) hanteras inte i verksamhetssystemet, dock kan en avvikelse leda till en lex Sarah/lex Maria utredning. Vid registrering av avvikelse finns det möjlighet för personal att uppge om avvikelsen bör utredas enligt lex Sarah/lex Maria. Lex Sarah/Lex Maria utreds enligt särskild rutin.

Avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva möjliggör enkel och snabb sammanställning och analys av avvikelser och skapar därmed bättre förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete inom området.

Enhetschef ansvarar, i samarbete med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, för att analysera avvikelser. Avvikelser ska tas upp i personalgruppen för att få ett lärande i verksamheten. Förändringar föreslås som ska minska risken att händelsen inträffar igen.

Externa avvikelser till andra vårdgivare skickas vidare av MAS som bevakar svar och återkopplar till den som skrivit avvikelsen. Övriga externa avvikelser hanteras av berörd enhetschef.

Inkomna externa avvikelser utreds av ansvarig enhetschef och svar skickas vidare av MAS.

3.6 Klagomål och synpunkter

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

En person som är missnöjd med socialtjänstens insatser eller vård- och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen, har rätt att framföra sina synpunkter och klagomål. Personen kan lämna sina synpunkter och klagomål via kommunens hemsida, på särskild blankett, brev, personligt besök eller via telefon. Synpunkter och klagomål kan även anmälas direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, eller patientnämndens verksamhet.

Synpunkter, klagomål ger oss värdefull information och möjlighet att utveckla och förbättra verksamheten.

Inkomna synpunkter och klagomål i verksamheterna hanteras utifrån gällande riktlinjer i kommunen. Förutom att vidta åtgärder utifrån inkomna synpunkter och klagomål samt återkoppla till berörd person vid personligt möte, telefonsamtal och/eller mejl arbetar verksamheterna också med inkomna synpunkter och klagomål som en del i utvecklingen av verksamhetens kvalitet.

2020 har det inkommit klagomål och synpunkter gällande brist på skyddsmaterial samt rutiner gällande skyddsutrustning. Synpunkterna

och klagomålen har besvarats och identifierade åtgärder har vidtagits.

Patientnämnden

Under 2020 har två ärenden besvarats som inkommit till Hofors kommun via Patientnämnden. Båda ärendena avsåg läkarbedömningar.

3.7 Egenkontroll

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

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Område	Omfattning	Källa/verktyg	Analys
Fall, tryckskada, undernäring, munhälsa	1 ggr/år samt vid behov	Riskbedömning dokument Treserva	Berörd verksamhet inom SÄBO/hemsjukvård
Hygienrutiner och klädregler	1 ggr/år, observationer	Särskilt framtagen mall	Berörd verksamhet/MAS
Hygienrond	2 ronder/år. MAS planerar. Övriga gör egen kontroll	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS
Läkemedelshantering i läkemedelsförråd	Intern granskning 1ggr/år	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS
Läkemedelshantering narkotiska preparat	Kontrollräkning och granskning av dokumentation 1ggr/månad	Enligt rutin i ledningssystemet	Berörd verksamhet/MAS
Medicinteknisk utrustning	Årlig genomgång och översyn av utrustning	Enligt rutin i ledningssystemet	Berörd verksamhet/MAS/MAR
Journalgranskning	Granskning av dokumentation, stickprov	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Granskning av MAS
Loggkontroller Treserva	1ggr/månad	Enligt rutin och protokoll i ledningssystemet.	Granskning av EC/utsedd person
Avvikelser, klagomål och synpunkter	Ständigt pågående	Enligt rutin i ledningssystemet.	Berörd verksamhet/MAS/VC/EC
Loggkontroller NPÖ	1ggr/månad	Revidering pågår	Ej aktuellt 2020 då NPÖ ej var tillgängligt

Under 2020 har egenkontroll genom observationer gällande följsamhet till basala hygienrutiner samt klädregler genomförts vid tre tillfällen (februari, juni och november). Resultatet visar att följsamheten till klädregler överlag är väldigt bra men att det finns förbättringsområden inom hygienrutinerna. Framför allt har brister gällande desinfektion av händer före omvårdnadssituation samt korrekt användning av handskar/engångsförkläde

identifierats.

Åtgärder via instruktionsfilmer och framtagande av plansch för enkel instruktion har vidtagits.

Coronapandemin har påverkat verksamheternas möjlighet att genomföra egenkontroll.

Personalresurser har prioriterats för att skydda de äldre och arbeta förebyggande för att förhindra smittspridning inom verksamheterna.

4. PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Med hjälp av ledningssystemet får verksamheterna stöd i det dagliga arbetet med att planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvaliteten.

Ledningssystemet gör det även möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Detta skapar tydlighet och ordning och reda i verksamheterna.

Socialnämnden i Hofors kommun har valt att använda ett eget uppbyggt ledningssystem som finns tillgängligt för all personal via kommunens intranät. Syftet är bland annat att säkra kvaliteten i verksamheterna genom ständiga förbättringar. Revideringar samt framtagande av nya processer och rutiner sker fortlöpande.

4.1 Riskanalys

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

Syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

Verksamhetens enhetschefer ska tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal identifiera risker som finns individuellt hos brukarna/patienterna men även organisatoriskt. Vid varje händelse/rapporterad avvikelse ska en uppskattning av sannolikheten för att händelsen kan inträffa igen göras, och även en bedömning vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

MAS ansvarar för internutredningar/händelseanalyser inom det kommunala hälso- och sjukvårdsområdet. Riskanalyser utförs enligt handboken Riskanalys och händelseanalys – Analysmetoder för att öka patientsäkerheten från SKR samt framtagen rutin i ledningssystemet.

I det förebyggande arbetet är riskanalys en del i ställningstagandet inför planerad vård men även planerade åtgärder på olika nivåer i organisationen. Vid upprättande av nya rutiner eller större rutinförändringar samt vid organisationsförändringar sker riskanalys. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut.

Riskanalys i verksamheten har under året genomförts kring covid-19 pandemin, bland annat gällande hemarbete, skyddsutrustning och arbete med misstänkt/bekräftat smittade.

4.2 Utredning av händelser - vårdskador

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

Effektiva arbetsätt för avvikelsehantering är nödvändigt och en del i förbättringsarbetet för att öka kvalitet och säkerhet i organisationen. Utan en ändamålsenlig avvikelsehantering kan

organisationen och dess medarbetare inte ta lärdom av genomförda utredningar. Hälso- och sjukvården är skyldig att rapportera de allvarligaste avvikelserna, enligt Lex Maria, till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser ska utredas av MAS, enligt framtagen rutin.

MAS ansvarar för bedömning om händelse ska Lex Maria- anmälas. Fastställd rutin finns för Lex Maria-utredningar. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

En händelseanalys innehåller beskrivning av när händelsen inträffade, vad som hände, vilka konsekvenser händelsen fått, en analys och bedömning av bidragande/bakomliggande orsaker, vilka åtgärder – beslutade/vidtagna/planerade (vem/vilka ansvarar, tidsplan) som vidtagits samt uppföljning (vem/vilka ansvarar, tidsplan).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att efter en händelseanalys göra en bedömning om anmälan ska ske till IVO.

Lex Maria/allvarliga avvikelser

Ingen Lex Maria anmälan har gjorts till Inspektionen för vård och omsorg under 2020.

Avvikelser som har bedömts som allvarliga har utretts av MAS, efter vidtagna åtgärder har utredningarna kunnat avslutas.

4.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt. Informationssäkerhet handlar om att rätt användare ska ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som har tagit del av informationen.

I och med dataskyddsförordningen (GDPR) har arbetet gällande informationssäkerhet stärkts upp. Anmälan om personuppgiftsincidenter inom verksamheten har gjorts till kommunens Dataskyddsamordnare (DSS).

Nationell patientöversikt (NPÖ)

Den nationella patientöversikten gör det möjligt för legitimerad personal inom socialnämnden i Hofors kommun, att ta del av information som finns registrerad i en annan vårdgivares IT system. För att få tillgång till NPÖ, krävs speciell behörighet och utbildning. Kvalitetsaspekter för brukarna är att det blir en säker informationsöverföring mellan vårdgivare.

NPÖ har hittills inte använts pga tekniska problem, därför har ingen loggkontroll i NPÖ skett.

De tekniska problemen löstes i januari 2021 och systemet togs då i drift.

Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal

Enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen HSF (2017:80) är MAS ansvarig för att hälso- och sjukvårdspersonalen för journaler i den omfattningen som beskrivs i Patientdatalagen (2008:355) samt föreskrift (2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Under 2020 har enklare journalgranskningar genomförts genom stickprovskontroller för att säkerställa att legitimerad personal kan hantera förändringarna i verksamhetssystemet Treserva.

SITHS-kort

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. All legitimerad personal använder SITHS-kort vid inloggning i vårdsystemen bland annat Pascal, NPÖ, Svevac, Lifecare, palliativa registret samt vid utfärdande av tandvårdskort.

SITHS-korten och HSA-katalogen hanteras av särskilt utsedda personer inom kommunen, i dagsläget socialnämndens IT-samordnare samt verksamhetschef kvalitet och HSL.

Loggkontroll Treserva

Systematisk loggkontroll i verksamhetssystemet Treserva genomförs varje månad enligt framtagen rutin.

Under 2020 upptäcktes ett fall av misstänkt otillbörlig åtkomst vilket ledde till polisanmälan, utredning pågår.

5. RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

5.1 Egenkontroll

Område	Resultat	Analys	Ev. åtgärder
Fall, tryckskada, undernäring, munhälsa	70 riskbedömningar är registrerade gällande 50 olika patienter	Efter uppgraderingen ska riskbedömningar journalföras på ett nytt sätt. Detta har inte fungerat tekniskt under året varvid siffrorna inte kan anses tillförlitliga. Riskbedömningar genomförs men de dokumenteras på fel sätt varvid statistik inte kan tas fram.	Diskussion/utbildning av registrering av riskbedömningar i verksamhetssystemet Treserva
Hygienrutiner och klädregler	3 mätningar är genomförda under året.	Stor variation mellan enheter. Överlag bra resultat gällande följsamhet av klädregler. Brister gällande handdesinfektion samt i korrekt hantering av handskar och engångsförkläden har identifierats.	Länkar till utbildningar har skickats ut. Personal uppmanas att gå utbildningarna via webben. Affisch med enkla instruktioner har tagits fram.

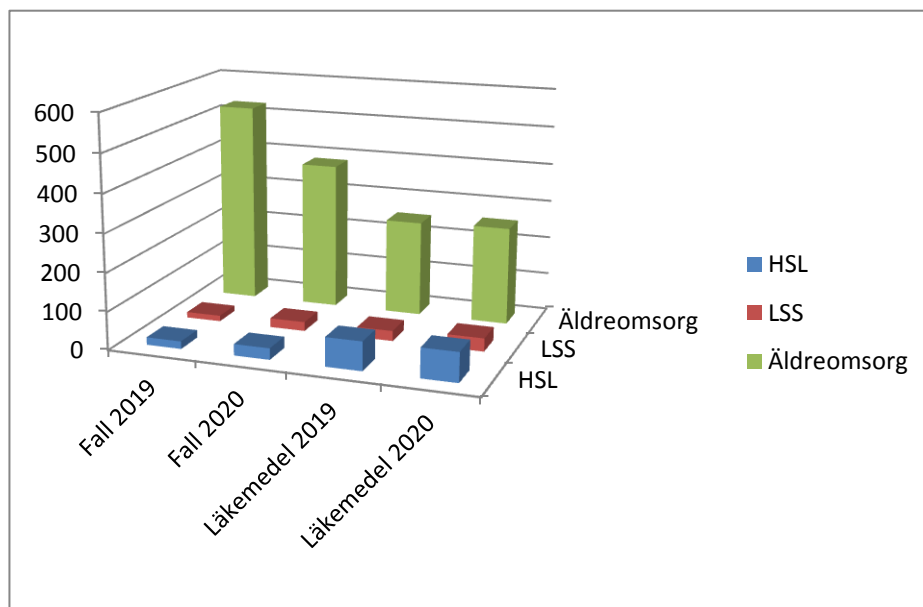
Hygienrund	Verksamheterna har gjort egna hygienrunder under året. Ingen hygienrund tillsammans med Vårdhygien har genomförts på grund av rådande pandemi.	Flera enheter uppger att det saknas tydlig märkning för förvaring av ren och oren tvätt. Fler enheter saknar hygienombud.	Diskussion om det ska införas hygienombud på enheterna; vilka uppgifter och mandat sak de ha i så fall?
Läkemedelshantering i läkemedelsförråd	Ingen granskning genomförd av MAS.	Granskning har ej genomförts på grund av rådande pandemi.	
Läkemedelshantering narkotiska preparat	Sjuksköterskor genomför kontroll enligt rutin. Några avvikelser gällande saknad narkotika har registrerats.	I en del fall har saknad narkotika kunnat hittas (ex felräkningar, missat att dokumentera). I enstaka fall har ingen orsak kunnat identifierats, det rör sig dock inte om några mängder av narkotika utan enstaka tabletter.	Fortsatta kontroller. Kontakt med MAS vid upptäckta brister.
Medicinteknisk utrustning	Årliga kontroller ska genomföras.	MAS deltar i grupp via LänsMAS för arbete kring kontroller av medicinteknisk utrustning.	Fortsatt implementering av hjälpmedelsrutiner
Journalgranskning	Stickprovskontroller har genomförts. Systemet har inte fungerat fullt ut under året vilket leder till att all dokumentation inte kan genomföras som det är tänkt. Vissa brister har identifierats.	Leg personal har fått ett helt nytt sätt att dokumentera vilket i sig tar tid att lära sig. Systemet har inte fungerat som det ska så vissa saker har fått dokumenteras på fel sätt för att det ska bli journalfört.	Fortsatta diskussioner/utbildning. Rättningar av systemet sker fortlöpande med CGI.
Loggkontroller Treserva	Loggkontroller har genomförts enligt rutin.	Ett fel i händelseloggen har medfört att det inte går att slumpa fram användare vilket har försvårat kontrollerna. Ett fall av misstänkt otillbörlig åtkomst har uppmärksammats.	Rutinerna har reviderats under året, bland annat med förtydligande om vad som anses vara en aktiv vårdrelation.
Avvikelser, klagomål och synpunkter	1117 avvikelser har registrerats under året, de flesta berör fall (439) och läkemedel (371).	Avvikelserna utreds enligt framtagna rutiner.	Se över möjlighet till systematiska sammanställningar av avvikelser.

Loggkontroller NPÖ	Inga loggkontroller har genomförts då NPÖ ej varit i drift.	De tekniska problemen (certifikat) har lösts och NPÖ kan användas from januari 2021.	Införa loggkontroll i NPÖ under 2021.
--------------------	---	--	---------------------------------------

5.2 Avvikelser

Avvikelser registreras i verksamhetssystemet Treserva och ska utredas kontinuerligt enligt rutin för avvikelshantering. Återkoppling av utredningen ska ske till den som registrerat avvikelserna samt till berörd arbetsgrupp, detta kan till exempel genomföras på arbetsplatsträff.

Fördelningarna av avvikelser under 2020 beskrivs i tabell nedan.



Fallavvikelser har över tid varit svårt att komma fram till något enhetligt vad som ska rapporteras som en fallavvikelse och vad som enbart ska dokumenteras i journal. Under året har det arbetats med vilka fall som ska rapporteras som avvikelse, det kan vara en bidragande orsak till att antalet registrerade fall har minskat.

Av totalt 365 var det 64 unika personer som har fallit, 33 kvinnor och 31 män. I 126 av fallen uppkom ingen/obetydlig skada. 4 fall har registrerats med allvarliga skador (fraktur) till följd. Fallprevention är ett område som ständigt bör vara en aktiv del av arbetet inom verksamheterna.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från 354 till 371, ökningen är registrerad inom samtliga verksamheter. Läkemedelsavvikelserna ska analyseras av enhetschef och sjuksköterska tillsammans, detta har varit svårt under 2020 på grund av rådande pandemi och arbetsuppgifter har fått prioriteras bort. Inom äldreomsorgen och LSS gäller avvikelser övervägande bortglömd eller missad överlämning av dos. Inom HSL är det övervägande del på signaturlista eller att signaturlista och ordinationshandling inte överensstämmer.

Målet med att utveckla avvikelshantering behöver vara kvar som mål 2021.

Externa avvikelser

- Två avvikelser har inkommit till kommunen från regionen; dåligt ifyllda uppgifter/felaktiga personuppgifter på labremisser (1) samt patient skickades tillbaka till sjukhus då egenvårdsintyg saknades (1).
- 19 stycken avvikelser har skickats från kommunen till regionens verksamheter, se sammanställning nedan.
Svar har kommit på de flesta skickade externa avvikelserna men svaren är överlag relativt kortfattade och det är svårt att få några konkreta svar gällande identifierade orsaker och vidtagna åtgärder.

Mottagare	Kort beskrivning vad avvikelsen avser
Vårdenhetschef Barn- och ungdomshabiliteringen Gävle	BUH kallade till SIP, kom ej, meddelade ej
Vårdenhetschef Hofors Hälsocentral	Utsättning av läkemedel leder till psykos
Vårdenhetschef Hofors Hälsocentral	Läkare dokumenterat på fel patient
Vårdenhetschef Hofors Hälsocentral	Läkare dokumenterat på fel patient
bitr vårdenhetschef ambulansen	Brister i bemötande
Vårdenhetschef Hofors Hälsocentral	Remiss ej skriven trots att läkare uppger det
Vårdenhetschef Hofors Hälsocentral	SSK fick ej kontakt med ber.jour läkare
Strokeavd Gävle sjukhus	Brister i överrapportering mm
Apotekstjänst	Saknas 10 tabletter i obruten förp (Oxascand)
Vårdenhetschef Hofors Hälsocentral	SSK fick ej kontakt med ber.jour läkare
Lungavd. Gävle sjukhus	Covidprov ej taget enl rutin vid utskrivning från sjukhus (screening)
AK-mott, Gävle sjukhus	Kommunikation/ordination/sekretess gällande ändring av dos vid blödning
Öppen-psyk Sandviken	Fel ordination av läkemedel i Apodos
Vårdenhetschef Hofors Hälsocentral	Beslutade läkemedelsändringar ej genomförda
Vårdenhetschef Hofors Hälsocentral	Beslutade läkemedelsändringar ej genomförda
Mediq Kvalitetsansvarig	Munvårdsprodukt gick sönder vid användande
Akuten, Gävle sjukhus	Brukare skickades hem utan kontakt med boendet/ssk/anhöriga
Hjärtavd, Gävle sjukhus	Brukare skrevs ut utan beslut om egenvårdsintyg, klarade ej medicinering själv
Avd 27, Gävle sjukhus	Covidprov ej taget enl rutin vid utskrivning från sjukhus (screening)

Se kvalitetsberättelsen för övergripande genomgång av avvikelser.

5.3 Klagomål och synpunkter

Under 2020 har två klagomål och synpunkter inkommit som rör kommunens hälso- och sjukvård. Både ärendena gäller covid-hantering, den ena felaktiga munskydd och den andra tillgången till skyddsutrustning och rutiner. Efter kontroll identifierades att felaktiga munskydd använts på en enhet, detta rättades omedelbart till. I övrigt kunde inga brister identifieras och ärendena besvarades enligt rutin.

IVO har under året genomfört en muntlig tillsyn i kommunen där hälso- och sjukvården varit delaktig. Detta genomfördes via telefonkontakt med MAS. Tillsynen gällde vården av misstänkt eller bekräftat covid-smittade och frågor som berördes var tillgång och hantering av skyddsutrustning, samverkan med hälsocentralen och tillgång till läkare (inklusive hembesök). Efter sammanställning avslutade IVO ärendet utan några

anmärkningar.

Under 2020 har två ärenden inkommit från Patientnämnden där Hofors kommun har fått lämna sitt yttrande. Både ärendena berörde fördröjd eller felaktig diagnos/bedömning av läkare.

5.4 Händelser och vårdskador

Händelser och vårdskador

Under 2020 har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomfört en händelseanalys, vilken inte ledde till Lex Maria anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Coronapandemin har överskuggat det mesta under året. Flera avvikelser har registrerats gällande brister i verksamheterna, bland annat felaktig hantering/användande av skyddsutrustning och brister i kommunikation/information. En Lex Sarah utredning genomfördes gällande smittspridning på SÄBO under våren för att försöka utröna om något hade kunnat göras för att förhindra att smittan kom in på boendet samt för att undvika spridning på boendet.

Lex Maria

Under 2020 har ingen Lex Maria anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Läkemedel

Alla enheter ska ha en uppdaterad lokal arbetsordning gällande läkemedelshantering, detta har inte uppfyllts under året.

Föregående MAS påbörjade arbetet med att boka tid med respektive sjuksköterskor på enheterna för att tillsammans gå igenom och uppdatera arbetsordningen. Detta arbete behöver återupptas och därefter fortlöpa varje år.

Registrerade läkemedelsgenomgångar, LMG, har minskat något sedan föregående år. Vid diskussion med sjuksköterskorna framkommer det att de anser att LMG inte sköts enligt den rutin som finns från regionen och även lokalt i kommunen. Planeringen inför LMG enligt läns gemensamma rutinen sker inte och brukare eller anhörig erbjuds inte att vara med på LMG. Näransvarig/personal från enheten deltar inte heller i genomgången. Brukare eller anhörig informeras heller inte om resultatet och uppföljning. Dessa problem har tidigare tagits upp vid samverkan tillsammans med hälsocentralens ledning. Fortsatta dialoger mellan kommunen och ansvarig hälsocentral behövs för att skapa en gemensam syn på läkemedelsgenomgångarnas genomförande.

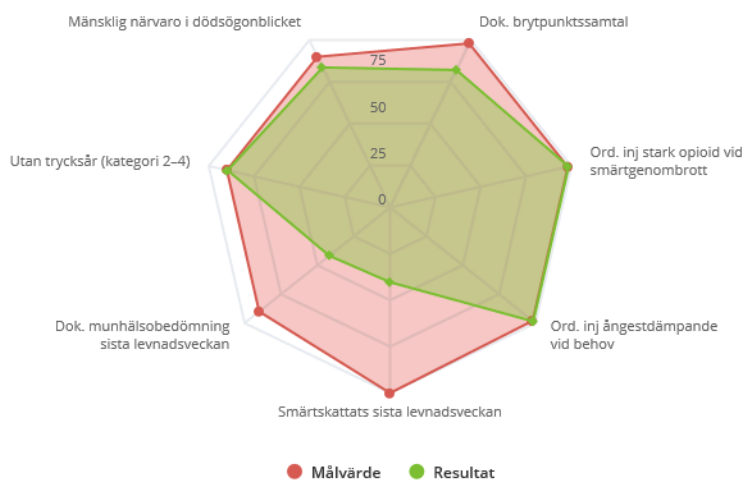
Målet med förbättrad samverkan gällande läkemedelsgenomgång har inte nåtts.

Palliativ vård

Socialnämnden har under 2020 registrerat 67 avlidna i palliativa registret, av totalt 69 avlidna i kommunen (varav 13 avlidna på korttids). Att antalet avlidna är högre än antalet inregistrerade kan delvis förklaras av att endast förväntade dödsfall samt dödsfall som sker i kommunens verksamhet registreras (ex brukare som bor på SÄBO men avlider på sjukhus ska registreras i palliativa registret av sjukhuset).

Sammanställningen nedan visar resultatet av de registreringar som har gjorts under 2020.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Hofors 2016	Hofors 2017	Hofors 2018	Hofors 2019	Hofors 2020
Smärtskattas sista levnadsveckan	100 %	22 %	36 %	40,7 %	35,2 %	40,3%
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90 %	69 %	82 %	48,1 %	50 %	41,8%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %			88,9 %	83,4 %	83,6%
Ord. stark opioid vid smärtgenombrott	98%				100%	98,5%
Ord. ångestdämpande vid behov	98%				98,1%	98,5%
Dok. brytpunktsamtal	98%				77,8%	82,1%
Utan trycksår	90%				87,0%	89,6%



Målen med att genomföra och dokumentera strukturerad smärtskattning och munhälsobedömning sista veckan i livet har inte nåtts. Bedömningarna görs men inte alltid enligt de efterfrågade dokumenten i palliativa registret.

Vid tidigare arbete med resultatet i palliativa registret tillsammans med sjuksköterskorna diskuterades hur man ska öka bedömningarna av smärtskattning och munhälsobedömningar sista veckan i livet. Förslag från sjuksköterskorna var bland annat att göra bedömningarna i samband med att sjuksköterskan ger smärtstillande injektion, även att lära omvårdnadspersonalen att göra bedömningar. Rutin för palliativ vård ska tas fram, i rutinen ska smärtskattning och munhälsovårdsbedömning hanteras.

Demensvård

Arbetet med registreringarna i BPSD registret fortsätter. Eventuellt behövs ett omtag under 2021 med utbildning av fler administratörer. Tillgången till statistiken har förändrats vilket innebär att det i nuläget inte finns tillgång till några underlag.

Kvalitetsregister

ROAG

Vid sviktande hälsa kan det vara svårt att klara sin egen munvård. De äldre har idag fler egna tänder, kronor, broar och implantat som kräver noggrann munhygien. Bristande munhygien kan bland annat leda till lunginflammation, smärta, blodförgiftning, undernäring och försämrad livskvalitet. Därför är det viktigt att vård- och omsorgspersonal har kunskap om munhälsa och arbetar systematiskt med bedömningar och åtgärder. Patienters munhälsa kontrolleras årligen enligt framtagna rutiner för riskbedömning genom bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide). Genomförd riskbedömning ska dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

Trycksår

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benutskott, och ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv.

Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget och trycksåret orsakas av lokal syrebrist som leder till vävnadsskada samt/eller av skada i muskelceller där ben möter muskelvävnad. Trycksår kan uppstå på alla delar av kroppen och det är inte ovanligt att en person har mer än ett trycksår.

Som ett komplement till en klinisk bedömning används bedömningsinstrumentet Norton för att identifiera risken för trycksår. Kontrollen ska genomföras enligt framtagna rutiner och dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

Undernäring

Enligt SKR:s beskrivning uppstår undernäring när en person under lång tid förbrukar mer energi eller andra näringsämnen än vad hon får i sig. Så småningom påverkas funktion och struktur i kroppens alla organ. För att identifiera risk för undernäring ska bedömningsinstrumentet MNA användas. Riskbedömning ska göras enligt framtagna rutiner minst en gång per år. Genomförd riskbedömning ska dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

Fall

Ett fall är en händelse då en person oavsiktligt hamnat på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Som fall räknas även när en person rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol. Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. De flesta fallolyckorna sker i personens bostad på plant underlag. För att identifiera fallrisk ska riskbedömning göras enligt rutin med hjälp av bedömningsinstrumentet Downton Fall Risk Index. Genomförd riskbedömning ska dokumenteras i verksamhetssystemet Treserva. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas.

Vårdhygien/smittskydd

Hofors kommun deltog i PPM (Punkt Prevalens Mätning) via Socialstyrelsen gällande följsamt av basala hygienrutiner och klädregler. Resultatet visar bra följsamhet kring klädreglerna men ett sämre resultat gällande följsamheten till korrekt användning av handskar och engångsförkläde samt korrekt handdesinfektion före vårdmoment.

Åtgärder har vidtagits genom tillgång till webbutbildningar och affisch med enkel beskrivning av basala hygienrutiner och klädregler har tagits fram. MAS planerar för digitala (eller fysiska om möjlighet ges) utbildningar kring basala hygienrutiner.

Nya mätningar av följsamheten av basala hygienrutiner och klädregler ska genomföras under 2021.

”Egenkontroll – vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg” som tagits fram i samarbete med Vårdhygien på Regionen, har använts inom de enheter som inte haft hygienrund 2020. Resultatet visar att tydliga märkningar gällande förvaring av ren och smutsig tvätt saknas.

Hygienrund

På grund av coronapandemin har inga hygienrunder kunnat genomföras under 2020.

MAS har genomfört hygienutbildning till semestervikarier. All vård- och omsorgspersonal har fått tillgång till webbutbildningar gällande basala hygien och klädregler.

Inkontinens

Kompetensen hos sjuksköterskorna inom inkontinensområdet behöver höjas. Fler sjuksköterskor behöver gå utbildning i förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Arbete pågår för att kunna erbjuda utbildning samt att få sjuksköterskorna intresserade av att gå utbildningen.

Kommunikation - SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation

Samtliga sjuksköterskor i kommunen har utbildats i SBAR i syfte att förbättra kommunikationen mellan kolleger, omvårdnadspersonal och andra vård-

givare. SBAR utbildning till omvårdnadspersonalen har genomförts på flertalet enheter, dock finns behov av uppföljningsutbildningar vilket inte har kunnat genomföras på grund av coronapandemin. Sjuksköterskorna upplever att det finns en ökad medvetenhet hos omvårdnadspersonalen om att rapportera strukturerat.

5.5 Riskanalys

Riskanalys

Riskanalys i verksamheten har under året genomförts gällande coronapandemin och arbetet med misstänkt eller bekräftat smittade samt skyddsutrustning.

5.6 Övriga resultat

Rehab

Under 2020 har bland annat kommunens arbetsterapeuter medverkat i implementering av rutiner för hur hjälpmedel ska hanteras. Implementeringen har kraftigt påverkats av coronapandemin så fördröjningar har uppkommit. Arbetet kring implementering behöver därför fortsätta även 2021.

Några av kommunens arbetsterapeuter, fysioterapeuter och rehab assistenter är utbildade kursledare i förflyttningskunskap. Utbildningar var planerade under 2020 men har fått ställas in på grund av coronapandemin. Om möjlighet uppkommer så ska arbetet med att utbilda omvårdnadspersonalen i förflyttningskunskap återupptas under 2021.

Hofors kommun har varit delaktig i samverkan med regionen gällande rehabilitering av corona-patienter då långvariga behov av rehabilitering har identifierats.

6. Mål och strategier för kommande år

- God vård i livets slut: Ta fram rutin gällande palliativ vård. Arbeta med resultatet i palliativa registret, antal inregistreringar, smärtskattning och munhälsobedömning. Arbeta för att sjuksköterskorna registrerar i Palliativa registret tillsammans med omvårdnadspersonalen.
- God hygienisk standard genom mätningar av följsamheten av basala hygienrutiner och klädregler. MAS planera och genomföra utbildning för omvårdnadspersonal gällande basala hygienrutiner.
- Ökad användning av NPÖ, nationell patientöversikt, en sammanhållen journal där anslutna vårdgivare får möjlighet att ta del av patientinformation efter samtycke från patienten.
- Utveckla avvikelshanteringen: Analys, åtgärder och uppföljning av avvikelser på övergripande nivå för att se mönster och vidta verksamhetsövergripande förebyggande åtgärder, systematiska sammanställningar.
- Öka och vidmakthålla användandet av kommunikation SBAR, Situation – Bakgrund – Aktuellt tillstånd – Rekommendation. Genomföra uppsamlingsutbildning för nya medarbetare
- Se över möjligheten att höja kompetensen hos sjuksköterskorna inom inkontinensområdet. Undersöka möjligheten till distansutbildning
- Genomföra revideringar av lokal arbetsordning för läkemedelhantering
- Förbättra samverkan mellan kommunen och primärvården gällande läkemedelsgenomgångar
- Öka registreringen och användandet av BPSD, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, på kommunens demensenheter, genom att ta ett omtag ute på enheterna och utbilda sjuksköterskorna.