

Vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2022

1. Patientsäkerhetsberättelse – inledning
2. Sammanfattning
3. Struktur för patientsäkerhetsarbetet
4. Egenkontrollplan
 - 4.1 Egenkontrollplan HSL, LSS-bostad/SoL-bostad
 - 4.2 Egenkontrollplan HSL, SÄBO/Korttidsboende SoL
 - 4.3 Egenkontrollplan HSL, Hemtjänst
5. Resultat och analys
 - 5.1 Coronapandemin
 - 5.2 Resultat och analys verksamhetsövergripande områden
 - 5.3 Resultat och analys LSS-bostad/SoL-bostad
 - 5.4 Resultat och analys SÄBO/Korttidsboende SoL
 - 5.5 Resultat och analys Hemtjänst
6. Avvikelser hälso- och sjukvård
7. Händelser och vårdskador – Lex Maria
8. Klagomål och synpunkter
9. Revisioner
10. Mål och strategier HSL
 - 10.1 Mål och strategier HSL, Verksamhetsövergripande målområden
 - 10.2 Mål och strategier HSL, LSS-bostad/SoL-bostad
 - 10.3 Mål och strategier HSL, Särskilda boenden, SÄBO
 - 10.4 Mål och strategier HSL, Hemtjänst

1. Patientsäkerhetsberättelse – inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

2. Sammanfattning

Under 2022 har Coronapandemin påverkat verksamheten framför allt utifrån bemanningssituationen. Det har varit svårt att rekrytera legitimerad personal och utbildade undersköterskor vilket i sig har gett en bristande kontinuitet och lägre kompetens. Detta skapar risker för patientsäkerheten.

I september rekryterades två kliniska dietister till särskilt boende, både egen och extern verksamhet, för att stödja sjuksköterskorna i förebyggande av och behandling av undernäring. Ett viktigt uppdrag är att hjälpa enheterna att arbeta enligt "Riktlinje för att förebygga och behandla undernäring".

Målområden för 2022

- Legitimerad personal ska dokumentera i hälsojournal i tillräcklig omfattning och med god kvalitet
- Välfärdsteknik och e-hälsoverktyg införs och används på ett patientsäkert sätt
- God och säker habilitering och rehabilitering
- Identifiera behov av hälso- och sjukvård
- Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem
- Säker förskrivning av skyddsåtgärder med risk för upplevd tvång- och begränsning
- God och säker vård och omsorg för personer med demenssjukdom/kognitiv funktionsnedsättning
- God vård i livets slut
- Öka det förebyggande arbetet vad gäller fallprevention, tryckskada/trycksår, undernäring och att säkerställa god nutrition och en god munhälsa
- God inkontinensvård

Sammanfattning av resultat 2022

Verksamhetsövergripande

- Digital signering är införd i alla verksamheter under 2022. Införandet av digital signering har medfört en minskning av antalet uteblivna läkemedelsdoser och rehabiliteringsinsatser enligt avvikelserapporteringen. Att använda digital signering medför att uteblivna insatser uppmärksammas snabbare av legitimerad personal genom larm
- Egenkontrollen visar på brister vad gäller dokumenterade åtgärder för nutritionsarbetet, fallprevention och att förebygga tryckskada samt utredningar vid skyddsåtgärder HSL
- Rapportering av avvikelser i nutritionsarbetet till DF-respons har påbörjats.

LSS- bostad/Sol-bostad

- Funktionen utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom sektor Funktionshinder har gett möjligheter till utveckling av utbildning inom området habilitering och rehabilitering till vård- och omsorgspersonal. Framtagandet av utbildningen "Habilitering/rehabilitering steg 2 " är angeläget men måste ske i samverkan med verksamheten och de behov man gemensamt ser.
- I egenkontrollen omfattades 406 personer och av dessa har 50% en aktuell HOV som inte är äldre än 1 år. Det är viktigt att lyfta fram arbetet med riskbedömningar i HOV för att förebygga ohälsa. Teamarbetet kring HOV har ökat sedan 2021.
- Arbetet med att erbjuda bedömning av hälsosamma matvanor (Kostindex) i syfte att förebygga undvikbar ohälsa har inte påbörjats. Från och med 2023 ingår denna i HOV.
- Andelen personer med skyddsåtgärder där det finns risk för att uppleva tvång och begränsning har minskat under 2022. Enligt egenkontrollen finns det dokumenterade utredningar i hälsojournalen för i stort sett alla förskrivna skyddsåtgärder HSL. Det innebär att det finns en hög patientsäkerhet vad gäller att personerna inte ska uppleva tvång- och begränsning.

SÄBO

- De flesta SÄBO har haft utbildning i hjälpmedelskunskap för vård- och omsorgspersonal under 2022.
- BPSD-registret är ett verktyg som kan hjälpa personal att ge adekvat vård och omsorg för medborgare med beteendemässiga och psykiska symtom. Egenkontrollen visar att andelen medborgare som har en skattning i BPSD-registret ligger på ungefär samma nivå de senaste 4 åren.
- Riskbedömningar för undernäring har minskat något jämfört med 2021. Uppgifter i egenkontrollen visar att dokumentation har förbättrats något, medan 86% av de personer med risk för eller undernäring saknar en behovsbedömning som ligger till underlag för behandling.

- Riskbedömningar för fall och försämrad munhälsa ökar under 2022 jämfört med 2021 däremot minskar riskbedömningar kring tryckskada.
- Antalet rapporterade fallhändelser ökar något jämfört med 2021 efter att ha minskat två år i rad. Antalet rapporterade fallskador ökar också till högsta antalet under de senaste 5 åren förutom antalet höftfrakturer som ligger kvar på samma antal som 2021.
- På grund av att det saknas sjuksköterskor med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel på flera säbo finns risk för försämrad kvalitet av inkontinensvård. Verksamheterna har sökt utbildning i förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel men utbildningen finns ej att tillgå.

Hemtjänst

- En första uppföljning av projektet "Tidiga rehabinsatser" utifrån enkätsvar från medborgare, visar hittills enbart positiv respons. En majoritet upplever att rehabiliteringsinsatserna bidragit till ökad delaktighet, trygghet och ökad ork i vardagen.
- Egenkontroll för 2022 visar att andelen medborgare som riskbedömts för undernäring fortsätter att minska och att dokumentationen har förbättringspotential
- Riskbedömningar för tryckskada och fall har ökat jämfört med 2021.
- Egenkontrollen visar att dokumenterade åtgärder för personer med fallrisk minskar för tredje året i rad. Vi behöver ta reda på om åtgärder inte dokumenteras eller om personer med fallrisk tackar nej till åtgärder.
- Inför 2023 kommer målområden och aktiviteter till stor del att vara samma som för 2022.

3. Struktur för patientsäkerhetsarbetet

Organisation och ansvar

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

Vård -och omsorgsnämnden är vårdgivare och är ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Enligt HSL 2017:30, 4 kap. 2 §, ska det finnas en verksamhetschef där det bedrivs hälso- och sjukvård. Inom de verksamhetsområden som kommunen bestämmer ska det finnas en MAS och om kommunen väljer även en MAR inom rehabiliteringsområdet. Verksamhetschef, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering) och NAD (nutritionsansvarig dietist) har tillsammans ett övergripande ansvar för patientsäkerheten. Chefer inom vård-och omsorgsnämndens olika verksamhetsområden där hälso-och sjukvårdsinsatser utförs har ett ansvar för att insatserna genomförs på ett patientsäkert sätt.

Hemtjänst och hemsjukvård

Östersunds kommun har LOV (lagen om valfrihet) inom hemtjänst och hemsjukvård.

Utförare av både hemtjänst och hemsjukvård är Östersunds kommun.

Utförare av hemtjänst och delegerad hemsjukvård är Allegio omsorg AB, Förenade Care AB, Lanterna vård och omsorg AB. Kommunens legitimerade personal har ansvar för hemsjukvården hos dessa utförare. Jourverksamhet på helger och kväll/natt utförs av kommunens distriktssköterskor.

SÄBO boende för äldre

Östersunds kommun har 602 lägenheter (interna och externa utförare). Inom säbo finns upphandlad verksamhet med Vardaga och Förenade Care AB. Korttidsplatser på säbo finns på Häradsgården med 16 lägenheter och på korttidsboendet Brännagården med 8 lägenheter. Dessa utförare har egna sjuksköterskor men arbetsterapeuter och fysioterapeuter är anställda av kommunen. Södra strand som bedriver växelvård/anhörigavlastning har 12 lägenheter. Jourverksamhet helg och kväll/natt utförs av kommunens sjuksköterskor.

I avtal regleras att kommunens MAS, MAR och NAD har samma ansvar för verksamhet hos de externa utförare som hos de interna verksamheterna.

LSS/SoL-bostad och daglig verksamhet LSS

LSS bostad drivs av kommunen. Det är 484 personer som bor i LSS bostad och 38 personer som bor i SoL-bostad. Inom daglig verksamhet LSS och dagverksamhet SoL finns 441 personer. Sektor funktionshinder har egen leg personal anställda; distriktssköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som arbetar med LSS bostad, SoL bostad och daglig verksamhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- Samverkan med andra aktörer sker i flera olika former, bl.a. genom:
- Lokal samverkansgrupp med primärvården. Här möts representanter, 4 gånger per år, för regionens primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården. Under året har dialog kring Nära Vård inletts med Regionens Primärvård. Avtalet mellan kommun och region och det fallförebyggande arbetet har fått stå tillbaka på grund av Coronapandemin.
- Lokal samverkansgrupp patientsäkerhet, representanter med regionens slutenvård och primärvård och kommunernas samtliga MAS/MAR träffas varannan vecka.
- MAS och MAR i länets kommuner träffas ca 10 gånger per år. Gruppen är också remissinstans för andra regionala samverkansfora där hälso-och sjukvårdsfrågor tas upp.
- MAS/MAR/NAD har regelbundna träffar med verksamhetschef HSL.

- KURHTS träffar (kvalitet utveckling riktlinjer hälso- och sjukvårdsträffar, socialtjänst) som brukar genomföras två gånger per år med chefer och legitimerad personal har genomförts digitalt.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Alla kontakter med patienter bygger på den enskildes självbestämmande och delaktighet.
- Riktlinjer för planering av hälso- och sjukvård stödjer och uppmuntrar patientens och närståendes delaktighet i planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Riktlinjen kring egenvård stärker den enskilde till att kunna utföra viss hälso- och sjukvård själv.
- Vid de planerade kvalitetsgranskningarna som genomförs av Uppdragsenheten lämnas brukarenkät där patient och/eller närstående kan beskriva vad man anser behöver förbättras i verksamheten när det gäller hälso- och sjukvård.
- I det fallförebyggande arbetet engageras både den enskilde och närstående bland annat genom att erbjuda fallutredningar.
- I samband med utredning av allvarliga händelser har MAS och MAR alltid kontakt med den enskilde och/eller närstående. Den enskilde ges alltid möjlighet att lämna synpunkter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal är skyldig att rapportera händelser och risker som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Rapporterade händelser utreds av enhetschef och berörd leg. personal. Återföring av utredning och analys görs på enheten vid ärendemöten och/eller arbetsplatsträffar.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter tas emot via telefon, brev eller mail. De kan också komma till MAS/MAR:s kännedom via kommunens kundcenter som registrerar klagomål i ett kommunövergripande IT- stöd.

Utredning, analys och sammanställning

- Klagomål utreds av den chef som är ansvarig för berörd verksamhet. Klagomål ska i första hand hanteras av verksamheten och lyftas till nästa chef i linjen om individen inte är nöjd eller inte fått återkoppling från ansvarig chef.

- Klagomål kan ibland komma till MAS/MAR och utreds då av dessa. Utredning efter klagomål/synpunkter redovisas till verksamhetschef HSL. Den som lämnat ett klagomål till MAS/MAR får återkoppling både skriftligt och muntligt.
- Klagomål/synpunkter kan föranleda särskild kvalitetsuppföljning av verksamhet.
- Statistik över klagomål/synpunkter redovisas till vård- och omsorgsnämnden 1g/år.

Risicanalys

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

MAS och MAR gör en bedömning om inrapporterade risker är allvarliga eller inte. Rapporterade risker analyseras på aggregerad nivå fortlöpande och sammanställs och rapporteras till Vård-och omsorgsnämnden årligen.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska, som en del av den ordinarie avvikelshanteringen, rapportera alla risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (patientsäkerhetslagen 3 kap. 5§). Rapporterade händelser utreds av enhetschef och berörd legitimerad personal. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat detta. Utredningen ska även vara ett underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom och dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade genomförts i samband med hälso- och sjukvården.

En allvarlig vårdskada;

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att personen fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

När Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada görs en bedömning om det finns behov av utökad utredning av händelsen.

Om MAS/MAR gör bedömningen att vårdskadan är allvarlig eller att det funnits risk för allvarlig vårdskada, anmäls detta snarast enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Alla anmälningar enligt Lex Maria ska innehålla en beskrivning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

I maj 2019 fastställdes en informationssäkerhetspolicy för hela Östersunds kommun. Informationssäkerhetsarbetet ska bedrivas systematiskt genom ett ledningssystem för informationssäkerhet enligt standarderna ISO/IEC 27001 och ISO 27002.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen är det säkerhetssamordnare som ansvarar för arbetet med informationssäkerheten.

4. Egenkontrollplan

Egenkontrollplanen redovisar vilka egenkontroller som Verksamhetschef HSL, MAS, MAR och NAD begär in från de olika verksamheterna. Några uppgifter i egenkontrollen hämtas in av MAS, MAR och NAD.

Frågor i egenkontrollen rapporteras in i Stratsys från intern utförare och via mail från externa utförare. Om inget annat anges så redovisas resultatet för den 15 maj och 15 november.

4.1 Egenkontrollplan HSL, LSS-bostad/SoL-bostad

Se Bilaga 1.

4.2 Egenkontrollplan HSL, SÄBO/Korttidsboende SoL

Se Bilaga 2.

4.3 Egenkontrollplan HSL, Hemtjänst

Se Bilaga 3.

5. Resultat och analys

Under detta avsnitt redovisas resultat för respektive verksamhet.

5.1 Coronapandemin

Under året har personer boende på särskilt boende för äldre, personer inom funktionshinderområdet och personer med hemtjänst/hemsjukvård erbjudits vaccinering mot covid. Vaccinationstäckningen har varit hög och de allra flesta har tackat ja till dos 4 och 5.

Folkhälsomyndigheten avslutade rekommendationen för allmänheten att provta sig vid symtom dock kvarstod det inom vård och omsorg. För att förebygga smitta har

personalen inom verksamheterna arbetat med munskydd när de gett nära vård och omsorg till någon person.

Utbrott av Corona skedde vid årskiftet 2021/2022 och under senhösten med påföljd att både personer inom säbo och funktionshinderområdet samt personal var sjuka i covidinfektion. Det innebar en stor påverkan vad gäller bemanningen inom verksamheterna.

I december 2022 beslutades att återinföra kontinuerligt användande av munskydd för att begränsa smittan och det gick ut en vädjan till anhöriga/närstående att inte besöka sin anhörig om man uppvisade några symtom.

Covidsmitta och andra infektioner såsom årsinfluensa och RS-virus påverkade tillgången av personal negativt och personalläget var mycket ansträngt både under sommarmånaderna och vid årets slut.

5.2 Resultat och analys verksamhetsövergripande områden

Legitimerad personal ska dokumentera i hälsojournal i tillräcklig omfattning och med god kvalitet

Aktiviteter

Journalgranska vid varje kvalitetsgranskning på respektive enhet

Se över möjligheterna att i det nya verksamhetssystemet Viva kunna dokumentera förebyggande åtgärder så att de kan följas på gruppnivå

Öka kännedom och användandet av “Riktlinje att förebygga och behandla undernäringstillstånd”.

Resultat

Journalgranskning

Verksamhetssystemet Viva infördes hösten 2021 och under 2022 har arbetet med att utveckla dokumentationen i HSL-journalen fortsatt. Under 2022 har journalgranskning genomförts på endast 2 enheter utifrån planerade kvalitetsgranskningar. Den visar att HSL-dokumentationen till största del är av god kvalitet och i tillräcklig omfattning.

Egenkontrollen för alla verksamheter visar på fortsatt brister vad gäller dokumenterade åtgärder för nutrition, fallprevention och att förebygga tryckskada samt utredningar vid skyddsåtgärder HSL.

Följa upp åtgärder på gruppnivå i Viva

I dagsläget är det inte möjligt att dokumentera förebyggande åtgärder i Viva så att de kan följas på gruppnivå.

Analys

Införandet av ett helt nytt verktyg för dokumentation innebär utmaningar vad gäller att bibehålla patientsäker dokumentation och informationsöverföring.

Journalgranskning är ett viktigt verktyg för att upptäcka brister som medför risker i patientsäkerheten. Metoder för en mer övergripande journalgranskning i Viva har inte tagits fram ännu och kommer därför att vara ett prioriterat område under 2023.

Välfärdstekniska verktyg införs och används på ett patientsäkert sätt

Aktiviteter

Följa upp hur verktyg för digital signering fungerar

Utreda möjligheten att använda verktyg för digital signering till intern kontroll av hjälpmedel

Kartlägga behov av manualer och annat stöd för ett ökat användande av verktyget Exorlive (träningsprogram och instruktioner) till arbetsterapeuter och fysioterapeuter

Resultat

Digital signering

Signeringsverktyget MCSS infördes under hösten 2021 och våren 2022.

Registrerade avvikelser kring uteblivna läkemedel och utebliven rehabilitering har minskat i alla verksamheter under 2022 jämfört med 2021.

Se Bilaga 4.

I samband med några allvarliga händelser kring läkemedel har det framkommit risker med att personal inte alltid signerar i samband med insatsen utan väntar med att signera. Detta medför risk att t.ex. insulin ges 2 gånger. Det har också kommit signaler om att annan kollega signerar insatsen. Det förekommer också att personal inte läser ordinationen på läkemedelslistan innan läkemedel ges.

Under 2022 har ett antal hemtjänstenheter börjat använda digital signering för internkontroll av hjälpmedel. På flera enheter har vård- och omsorgspersonalen varit drivande för att även dessa signeringar ska kunna göras digitalt.

Exorlive – digitalt verktyg för träningsprogram

Den planerade direktkopplingen mellan Exorlive och Viva har försenats kraftigt och kommer att kopplas på i början av 2023. Det har därför inte varit meningsfullt att kartlägga behov av stöd för användning av verktyget Exorlive. Superanvändare för Exorlive har utsetts inom båda sektorerna och det finns en plan för att ta fram ett uppdrag och utbilda dessa och i början av 2023. Superanvändare kommer tillsammans med MAR att se över vilka funktioner i Exorlive som behövs och ska användas inom Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

Analys

Införandet av digital signering har medfört en minskning av antalet uteblivna läkemedelsdoser och rehabiliteringsinsatser enligt avvikelserapporteringen. Att använda digital signering medför att uteblivna insatser uppmärksammas snabbare av legitimerad personal genom larm. Förhoppningen är att det nya arbetssättet ska medföra ytterligare minskning av antalet avvikelser.

Öka kännedom och användandet av "Riktlinje att förebygga och behandla undernäringstillstånd"

Resultat

Punkten har inte genomförts som planerat under året på grund av tidsbrist. Bland annat har utbildningar inför förskrivningsrätt av kosttillskott för distriktssköterskor tagit stor tid i anspråk och prioriterats. Under 2023 kommer dietisterna inom särskilt boende att stötta sjuksköterskorna i arbetet med att implementera riktlinjens process på enheterna. En förutsättning för att lyckas är att det finns en ordinarie omvårdnadsansvarig sjuksköterska på enheten.

För distriktssköterskor inom Hemsjukvård och LSS/SoL-bostad informeras löpande vid introduktionsutbildning och KURTHS-träffar om vikten att följa riktlinjen. Vid granskningar påpekas även vikten av att följa riktlinjen utifrån patientsäkerhetsaspekten.

5.3 Resultat och analys LSS-bostad/SoL-bostad

God och säker habilitering och rehabilitering

Aktiviteter

Ta fram utbildning "Habilitering/rehabilitering steg 2"

Resultat

Under 2022 har 53 vård- och omsorgspersonal genomgått "habilitering/rehabilitering steg 1". Utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom Sektor Funktionshinder har under 2022 prioriterat att komma igång med de workshops som ska hållas som en del av Habilitering/rehabilitering steg 1. Utveckling av habilitering/rehabilitering steg 2 kommer att göras under 2023 i nära samarbete med verksamheterna.

Analys

Funktionen utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom sektor Funktionshinder infördes vid årskiftet 2020-2021. Det har gett möjligheter till utveckling av utbildning inom området habilitering och rehabilitering till vård- och omsorgspersonal. Framtagandet av utbildningen "Habilitering/rehabilitering steg 2" är angeläget men måste ske i samverkan med verksamheten och de behov man gemensamt ser.

Säker förskrivning av skyddsåtgärder med risk för upplevd tvång- och begränsning

Aktiviteter

Det ska finnas en dokumenterad utredning för alla skyddsåtgärder HSL med risk för upplevd tvång- och begränsning.

Resultat

Egenkontroll för november 2022 omfattar 406 personer. Svar saknas från 9 enheter.

Se Bilaga 5.

Analys

Andelen personer med skyddsåtgärder där det finns risk för att uppleva tvång och begränsning har minskat under 2022. Enligt egenkontrollen finns det dokumenterade utredningar i hälsojournalen för i stort sett alla förskrivna skyddsåtgärder HSL. Det innebär att det finns en hög patientsäkerhet vad gäller att personerna inte ska uppleva tvång- och begränsning.

Identifiera behov av hälso- och sjukvård

Aktiviteter

Identifiera personer med risk för fall, undernäring, tryckskada och försämrad munhälsa i samband med HOV.

Erbjuda kostindex (för att identifiera vuxna personer med särskild risk för undvikbar ohälsa genom att erbjuda en bedömning av matvanor och vid behov erbjuda sjukdomsförebyggande metoder enligt Socialstyrelsen).

Resultat

Egenkontroll i november 2022. Svaren omfattar 406 personer. Svar saknas från 9 enheter.

Tabellen nedan visar resultat för egenkontrollen i november.

Se Bilaga 6.

Analys

Det bor 522 personer på LSS och SoL bostad för yngre i kommunen.

I egenkontrollen omfattades 406 personer och av dessa har 50% en aktuell HOV som inte är äldre än 1 år. Svar saknas från 9 enheter. Det är viktigt att lyfta fram arbetet med riskbedömningar i HOV för att förebygga ohälsa. Teamarbetet kring HOV har ökat sedan 2021.

Nio personer har konstaterats med risk för eller undernäring. Sju av dessa har dokumenterade utredningar och åtgärder. Risk för eller undernäring kan finnas oavsett ålder och vikt. Risken ökar med åldrandet. Biologiskt åldrande förekommer ofta tidigare än det kronologiska hos medborgare inom denna sektor. Därför är det

viktigt att uppmärksamma risker som låg vikt, ofrivillig viktnedgång och tugg- och sväljsvårigheter oavsett ålder.

Det saknas uppgifter om att medborgare erbjudits riskbedömning enligt Kostindex under 2022. Kostindex är ett verktyg för att bedöma matvanor. En bedömning skulle erbjudas till alla medborgare inom LSS-verksamhet. Vem som skulle erbjuda en bedömning har uppenbarligen varit otydligt. Från och med 2023 kommer därför Kostindex erbjudas vid HOV, men kan även erbjudas av annan legitimerad personal vid behov.

Egenkontrollen kompletterades under 2022 med frågor kring fallrisk och fallförebyggande åtgärder. Det finns därför inga uppgifter från tidigare år att jämföra med.

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Aktiviteter

Initiera läkemedelsgenomgångar för personer med läkemedelsrelaterade problem (Phase 20), där kommunens distriktssköterska har övertagit ansvar för läkemedelshanteringen.

Resultat

Det har genomförts 6 st fördjupade läkemedelsgenomgångar (Phase 20) under 2022 enligt Journalsökning i VIVA.

5.4 Resultat och analys SÄBO/Korttidsboende Sol

God och säker rehabilitering

Aktiviteter

Ta fram utbildning "Rehabilitering steg 2" för vård- och omsorgspersonal

Genomföra utbildning i hjälpmedelskunskap till vård- och omsorgspersonalen

Förskrivar- och ordinationsansvar för passiva larm SÄBO överförs till arbetsterapeuter för att få lika förskrivarkompetens inom alla verksamheter

Resultat

Rehab steg 2 - Utbildning till vård- och omsorgspersonal

Under 2022 har följande antal vård- och omsorgspersonal inom sektor Hemtjänst/SÄBO genomgått utbildning;

- 85 personer, "Rehabilitering steg 1"

- 152 personer, Hantnering av personlyft"

- 23 personer "Hantering av personlyft" (personer som inte har svenska som modersmål)

Utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom sektor Hemtjänst och SÄBO har prioriterat att genomföra och utveckla innehåll för "Lyftutbildning" under 2022. Utbildning "Rehabilitering steg 1" är obligatorisk för vård- och omorgspersonal inom SÄBO men utbildningsplatserna har inte använts i förväntad utsträckning. Utbildningsansvariga har därför bedömt att utveckling av steg 2 ska avvaktas.

Utbildning i hjälpmedelskunskap

Av 15 boenden som lämnat uppgifter i egenkontrollen (4 saknas) har 11 haft utbildning inom hjälpmedelskunskap under 2022.

Förskrivaransvar för passiva larm SÄBO

Under året har ett pilottest genomförts på tre olika SÄBO där arbetsterapeuter övertagit förskrivaransvar för passiva larm från sjuksköterskor. I testet har man tagit fram ett teambaserat arbetssätt kring utredning inför förskrivning av passiva larm. I detta arbete har även ingått att förtydliga hur förskrivningsprocessen ska dokumenteras i Viva. Under pilottestet har det uppmärksammats att det måste finnas tydlig information för förskrivare om vilka olika larmsystem som finns på respektive SÄBO och vilka möjliga larmsensorer som finns att förskriva till respektive system.

Målet har varit att alla ansvariga arbetsterapeuter på SÄBO skulle övertagit förskrivaransvaret för passiva larm under 2022. Tyvärr har inte detta varit möjligt bla pga att dokumentationsstöd i Viva och förteckning över alla SÄBO:s larmsystem med sensorer inte blivit färdigställda. I början av 2023 kommer detta bli klart och plan för övertagande på alla SÄBO finns för 2023.

Analys

Funktionen utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom sektor Hemtjänst och SÄBO infördes vid årsskiftet 2020-2021. Det har gett möjligheter till utveckling och att regelbundet genomföra utbildning inom området rehabilitering till vård- och omsorgspersonal. Framtagandet av utbildningen "Habilitering/rehabilitering steg 2 " är angeläget men måste ske i samverkan med verksamheten och de behov man gemensamt ser.

Utbildning i hjälpmedelskunskap har genomförts på 11 av de 15 boenden som lämnat uppgifter i egenkontrollen. Antalet rapporterade avvikelser om felaktig hantering av hjälpmedel har fortsatt att minska även under 2022. Det är rimligt att anta att den stora minskning av rapporterade avvikelser de senaste 4 åren till viss del beror på utbildningsinsatser från arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Utvecklingen av olika sensorer som kopplas till larm (passiva larm) inom SÄBO utvecklas allt mer. Denna utveckling kan medföra både ökad aktivitet och säkerhet för medborgare som bor på SÄBO. För att användandet av passiva larm ska vara patientsäkert och inte upplevas som begränsande krävs en teambaserad utredning med tydligt ansvar för själva förskrivningsprocessen. Därför kommer ett

utredningsstöd att införas i Viva och förskrivaransvaret för passiva larm kommer att läggas på arbetsterapeuter under 2023.

God och säker vård och omsorg för personer med demenssjukdom/kognitiv funktionsnedsättning

Aktiviteter

Demensteamet ska informera om riktlinjen för att förebygga tvång- och begränsningsåtgärder på alla särskilda boenden.

Det ska finnas ett demensombud på varje SÄBO

Använda verktyget BPSD

Dokumentera utredning för alla skyddsåtgärder HSL med risk för upplevd tvång- och begränsning

Resultat

Egenkontrollen visar att 12 av 15 SÄBO har ett demensombud (saknar uppgifter från 4 enheter). Det har framkommit att verksamheten upplever att funktionen demensombud är otydlig och vilka uppgifter som den ska ha. Det finns behov av att tydliggöra demensombudets roll och dess koppling till Demensteamet.

Demensteamet har informerat 6 av 19 SÄBO om riktlinjen för att förebygga tvång- och begränsningsåtgärder. Erbjudande om information från Demensteamet har gått till alla SÄBO men alla har inte tackat ja. Orsaker till detta är oklara.

BPSD-registret

Egenkontrollen 2022 för personer boende på SÄBO/Korttidsboende (interna och externa utförare) saknar uppgifter från 4 enheter.

Se Bilaga 7.

Skyddsåtgärder med risk för upplevd tvång- och begränsning

Se Bilaga 8.

Analys

Demensteamet skickar ut information till alla chefer i början av året där man skriver att det ingår i Demensteamets uppgifter att årligen informera på alla SÄBO om rbtssätt för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Endast 6 av 19 SÄBO har tackat ja. Orsakerna till detta är oklara. Det finns därmed ett fortsatt stort behov av information och handledning från Demensteamet kring skyddsåtgärder.

BPSD-registret är ett verktyg som kan hjälpa personal att ge adekvat vård och omsorg för medborgare med beteendemässiga och psykiska symtom.

Egenkontrollen visar att andelen medborgare som har en skattning i BPSD-registret ligger på ungefär samma nivå de senaste 4 åren. Alla SÄBO har minst en BPSD-

administratör vilket borde säkerställa att verktyget används vid alla SÄBO vid behov.

Uppgifter i egenkontrollen visar att flera förskrivna skyddsåtgärder HSL saknar en dokumenterad utredning i hälsojournalen. Alla förskrivna skyddsåtgärder HSL ska ha en dokumenterad utredning i hälsojournalen för att säkerställa en hög patientsäkerhet.

Öka det fallförebyggande arbetet

Aktiviteter

- Erbjuder riskbedömning enligt DFRI och åtgärder, dokumentera åtgärder i hälsojournal
- Följa upp hur riktlinje för fallprevention används och fungerar

Resultat

Egenkontrollen 2022 för personer boende på SÄBO/Korttidsboende (interna och externa utförare) saknar uppgifter från 4 av 19 enheter.

Se Bilaga 9.

Avvikelser fall

Se Bilaga 10.

Uppföljning riktlinje fallprevention

Förebyggande av fall kräver ett strukturerat teamarbete där enhetschef, leg. personal och omvårdnadspersonal samarbetar. Under året har strukturerade samtal genomförts med enhetschefer och legitimerad personal inom särskilt boende. Uppdraget var att få en uppfattning över hur arbetet med förebyggande av fall och fallskador fungerar.

Följsamhet till riktlinje:

- Fallriskbedömning enligt ” DFRI (Dowton Fall Risk Index) utförs, med lite olika lösningar, där sjuksköterskan har ett huvudansvar. Tid från inflytt till riskbedömning varierar från att den sker inom 1 vecka till inom 1 månad.
- Fallhändelse - Personalen agerar enligt riktlinje vid fallhändelse gällande omhändertagande och anmälan i Df respons.

Brister att uppmärksamma:

- Enhetschef har inte kännedom om arbetet med fallriskbedömning fungerar enligt riktlinje.
- Vid konstaterad fallrisk och fallhändelse är det ovanligt att det finns en organisation för teamdialog för samtal kring fortsatt fallutredning och åtgärder.
- Arbetsättet vid en fallhändelse i DF Respons (avvikelsehanteringsverktyg) upplevs otydligt vad gäller ansvar, delaktighet och kommunikation.
- Oklart var ledningsansvaret för det fallförebyggande arbetet ligger.

Analys

Enligt avvikelserapporteringen ökar antalet rapporterade fallhändelser något jämfört med 2021 efter att ha minskat två år i rad. Antalet rapporterade fallskador ökar också till högsta antalet under de senaste 5 åren förutom antalet höftfrakturer som ligger kvar på samma antal som 2021.

Andelen personer på SÄBO/Korttidsboende som har en fallriskbedömning ökar igen efter 2021 års bottennotering, vilket är glädjande. Det är viktigt att varje SÄBO säkerställer att alla medborgare erbjuds en riskbedömning.

Dokumenterade fallförebyggande åtgärder i hälsojournalen saknas för 17 % av personerna. Vi behöver ta reda på om detta beror på brister i journalföring eller att fallförebyggande åtgärder inte genomförs för alla medborgare med fallrisk.

Andelen personer med fallrisk som använder höftskyddsbyxa ligger på ungefär samma nivå de senaste tre åren. Statistik från risk- och avvikelssystemet visar att alla boenden utom ett har rapporterat fallhändelser där personen haft höftskyddsbyxa under 2022. Det har aldrig tidigare (sedan DF Respons infördes 2018) varit så många boenden som använt höftskyddsbyxor, vilket är mycket glädjande.

Riktlinjerna för förebyggande av fall kommer att revideras under 2023 utifrån resultatet av den uppföljning som är genomförd.

Öka det förebyggande arbetet vad gäller tryckskada/trycksår,

Aktiviteter

Erbjuda riskbedömning enligt Norton för att förebygga trycksår

Resultat

Egenkontrollen 2022 för personer boende på SÄBO/Korttidsboende (interna och externa utförare). Uppgifter saknas från 4 enheter.

Tabellen visar resultat för egenkontrollen i november.

Se Bilaga 11.

Analys

Antal riskbedömningar har minskat från år 2020 och 2021. Orsaken till detta går ej att utläsa.

Förebygga undernäring och säkerställa en god nutrition

Aktiviteter

På särskilt boende ska 90% av medborgarna ha en dokumenterad riskbedömning enligt MNA. Riskbedömning ska göras vid inflyttning, två gånger om år eller vid behov.

Resultat av riskbedömning, utredningar, behovsunderlag för omvårdnad och behandling eller andra åtgärder ska dokumenteras i hälsojournal. Hälsoplan ska

upprättas vid risk för/eller undernäring. Behovsbedömning av vätska och näring ska göras för att tillgodose individuella behov, ge god omvårdnad i syfte att förebygga undernäring.

Resultat

Tabellen visar resultat för egenkontroll i november. Uppgifter saknas från 4 enheter.

Se Bilaga 12.

Analys

Det finns skillnader i rapportering till egenkontrollen, vissa frågor har ibland inte besvarats. Förekomsten av undernäring varierar mellan utförare med 5-14%, vilket påverkar det genomsnittliga resultatet. Det förekommer även att risk och undernäring blandas ihop, det kan därför finnas en underrapportering av personer med pågående undernäring och en överrapportering av risk.

Glädjande är att behovsbedömning av vätska, energi och protein ökat från förra året. Att 129 personer ändå saknar en behovsbedömning, trots att risk och undernäring förekommer, visar att nutritionsarbetet inte bedrivs enligt riktlinje och enheterna behöver stöd under 2023.

Antalet personer som riskbedöms blir tyvärr färre för vart år. Det finns flera orsaker till minskningen. Coronapandemin fortsätter och sjukskrivningar ligger fortfarande på en hög nivå. Bristen på sjuksköterskor bidrar till att nutritions- och omvårdnadsarbetet inte får kontinuitet, även om dietisterna sedan i höst föreslår behandling och stöttar vid undernäring och risker med fallande vikt.

Ett nytt journalsystem, Viva, har införts där det är svårt att systematiskt dokumentera nutritionsvårdsprocessen (dvs. enligt riktlinjen) och sedan finna uppgifter vid rapportering till egenkontrollen. Mycket i Viva är svårt att överblicka då uppgifter hamnar i löpande text. Det finns bara behandlade KVÅ-koder för nutrition, även om en del av dem kanske kan betraktas som förebyggande åtgärder. Fortfarande förekommer det att journalanteckningar inte förs av riskbedömning och processen därefter, resultatet rapporteras enbart till kvalitetsregistret Senior alert. Vilket utesluter bl.a. systematiska orsaksutredningar, behovsbedömning och därmed adekvata åtgärder som i sin tur försvårar arbetet för poolsköterskorna. Det kan även vara så att riskbedömning inte görs i de fall medborgaren inte vill att uppgifterna registreras i kvalitetsregistret. Riskbedömningen ska ändå erbjudas och journalföras. Råder tidsbrist ska journalföring prioriteras före rapportering till kvalitetsregistret.

Att allt färre riskbedöms och att arbetet inte alltid bedrivs systematiskt eller ens lika mellan enheterna innebär att risker eller pågående undernäring inte alltid uppmärksammas. Vilket i sin tur påverkar t.ex. förekomsten av fall och driver kostnader.

God vård i livets slut

Aktiviteter

- God och rätt smärtlindring genom att använda validerat smärtskattningsinstrument och dokumentera i journal.
- Ingen person ska oönskat vara ensam när livets slut närmar sig.

Resultat

Resultat från Palliativa registret december 2022. Antal registrerade är 144 personer. Avlidna på säbo under året är 224 personer enligt journalsökning i VIVA.

Tabellen visar uppgifter från Palliativa registret. Av de avlidna på säbo under året är 64 % registrerade i palliativa registret.

Se Bilaga 13.

Analys

En låg andel av personerna som avlidit har blivit smärtskattade med validerat instrument och antalet där man använt smärtskattningsinstrument har minskat från föregående år. Risker finns att smärtbehandlingen inte blir optimal.

God munhälsa

Aktiviteter

- Erbjuder riskbedömning enligt ROAG och åtgärder
- Dokumentera i hälsojournal och rapportera i kvalitetsregister Senior Alert
- Andelen personer med god munhälsa ska öka jämfört med 2021.

Resultat

Egenkontrollen 2022 för personer boende på SÄBO/korttidsboende (interna och externa utförare).

Tabellen visar resultat för egenkontroll i november.

Se Bilaga 14.

Resultat av regionens munhälsobedömning

Se Bilaga 15.

Under år 2022 har 86 personer deltagit i regionens grundutbildning, munhälsa.

I verksamheten hemtjänst/säbo har 19 personal genomgått fortsättningsutbildning munhälsa.

Munhälsobedömning av regionens tandvård har genomförts vid samtliga särskilda boenden.

Andel % genomförda riskbedömningar vid de olika boendena skiljer sig från 5% till 100 %.

11 enheter har en större procentdel som har god munhälsa än jämfört med år 2021.

9 enheter har en högre andel som har dålig munhälsa jämfört med år 2021.

Över tid från år 2014 kan ses att munhälsan förbättrats.

Analys

Antal riskbedömningar har ökat från föregående år men antalet varierar stort mellan de olika boendena. Över tid från år 2014 har munhälsan blivit bättre och det kan bero på utbildning till vård och omsorgspersonalen i munhälsa och att verksamheten använder riskbedömningsinstrumentet ROAG.

God inkontinensvård

Resultat

Fortfarande saknas sjuksköterskor med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel på de flesta särskilda boenden.

Analys

På grund av att det saknas sjuksköterskor med förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel på flera säbo finns risk för försämrad kvalitet av inkontinensvård. Verksamheterna har sökt utbildning i förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel men utbildningen finns ej att tillgå.

För att säkerställa en god kvalitet av kontinens/inkontinensvården bör verksamheterna arbeta med att kartlägga personers behov av stöd med regelbundna toalett vanor och kunskapen om inkontinens och inkontinenshjälpmedel bör öka.

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Aktiviteter

- Initiera läkemedelsgenomgångar för personer med läkemedelsrelaterade problem (PHASE 20).

Resultat

Antal dokumenterade tillfällen i journalsystemet då Phase 20 har använts.

Tabellen visar resultat efter journalgranskning

Se Bilaga 16.

Analys

Resultatet visar på ett utvecklingsområde att arbeta med Phase 20. Läkemedelsgenomgångar sker i samarbete med ansvarig läkare.

5.5 Resultat och analys Hemtjänst

God och säker rehabilitering

Aktiviteter

- Ta fram utbildning "rehab steg 2" för vård- och omsorgspersonal

- Erbjudna tidiga rehabiliteringsinsatser till personer som första gången ansöker om hemtjänstinsatser

Resultat

Rehab steg 2 - Utbildning till vård- och omsorgspersonal

Utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom sektor Hemtjänst och SÄBO har prioriterat att genomföra och utveckla innehåll för "Lyftutbildning" under 2022. Utbildning "Rehabilitering steg 1" är obligatorisk för vård- och omsorgspersonal inom hemtjänst men utbildningsplatserna har inte använts i förväntad utsträckning. Utbildningsansvariga har därför bedömt att utveckling av steg 2 ska avvaktas.

Tidiga rehabinsatser- projekt

Det övergripande syftet med att erbjuda tidiga rehabinsatser är att medborgare ska kunna leva ett självständigt liv utan kommunens insatser och de medborgare som är i behov av stöd, erbjuds insatser som är utformade för att frigöra och utveckla sina resurser.

Uppföljning projektet sker löpande och utifrån olika metoder. Enkät svar från medborgare visar hittills enbart positiv respons. En majoritet upplever att rehabiliteringsinsatserna bidragit till ökad delaktighet, trygghet och ökad ork i vardagen.

Analys

Funktionen utbildningsansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut inom sektor Hemtjänst och SÄBO infördes vid årsskiftet 2020-2021. Det har gett möjligheter till utveckling och att regelbundet genomföra utbildning inom området rehabilitering till vård- och omsorgspersonal. Framtagandet av utbildningen "Habilitering/rehabilitering steg 2" är angeläget men måste ske i samverkan med verksamheten och de behov man gemensamt ser.

Projektet "Tidiga rehabinsatser" kommer att fortsätta under hela 2023. Resultatet av utvärderingen kommer att ligga till grund för en eventuell implementering av arbetssättet för medborgare i hela kommunen.

Öka det fallförebyggande arbetet

Aktiviteter

- Erbjudna riskbedömning enligt DFRI och åtgärder, dokumentera åtgärder i hälsojournal
- Erbjudna alla personer med hemsjukvård som har fallrisk och nedsatt balans "Program för träning vid fallrisk"
- Följa upp hur riktlinje för fallprevention används och fungerar

Resultat

Egenkontrollen 2022 för personer med hemsjukvård och hemtjänst (interna och externa utförare) omfattar 360 personer. Saknar uppgifter från 2 enheter.

Riskbedömningar för fall och åtgärder

Se Bilaga 17.

Avvikelser fall

Se Bilaga 18.

Avvikelser fall - personer utan hemsjukvård

Se Bilaga 19.

Uppföljning riktlinje fallprevention

Förebyggande av fall kräver ett strukturerat teamarbete där enhetschef, leg. personal och omvårdnadspersonal samarbetar.

Under året har strukturerade samtal genomförts med enhetschefer och legitimerad personal inom hemtjänst. Uppdraget var att få en uppfattning över hur arbetet med förebyggande av fall och fallskador fungerar.

Följsamhet till riktlinje:

- Fallriskbedömning enligt ” DFRI (Dowton Fall Risk Index) utförs men med stor variation.

Brister att uppmärksamma:

- Teammedlemmar upplever osäkerhet då intern rutin saknas på enheten där ansvar och arbetssätt vid fallriskbedömning framgår.
- Vid ny medborgare varierar tid till riskbedömning från 14 dagar till betydligt längre eller inte alls.
- Arbetsterapeut och fysioterapeut upplever det oklart vilka underlag som ska användas och hänvisar till riktlinjen respektive Viva.
- Vid konstaterad fallrisk och fallhändelse finns endast på någon enhet en organisation för teamdialog för samtal kring fortsatt fallutredning och åtgärder.
- Ansvaret för fallhändelser i DF Respons (verktyg för avvikelshantering) upplevs delvis otydligt. Frågor som lyfts är ex Vad kan jag som chef förvänta mig att leg. personal ska dokumentera? När ska jag avsluta en fallhändelse? Hur länge ska en fallhändelse kunna ligga i systemet utan att leg personal hanterar den?

Analys

Andelen medborgare med hemsjukvård som får en fallriskbedömning har legat på ungefär samma nivå de senaste 4 åren. Det är knappt hälften av dessa medborgare som får en fallriskbedömning. Orsakerna till detta är många.

Dokumenterade åtgärder för personer som har fallrisk fortsätter att minska. Vi behöver ta reda på om åtgärder inte dokumenteras eller om personer med fallrisk tackar nej till åtgärder.

Utifrån uppgifter i egenkontroll ser det ut som att fysisk träning har minskat mycket kraftigt som fallpreventiv åtgärd. Detta stämmer troligen inte utan beror på att frågan i egenkontrollen tidigare år svarat på hur många som erbjudits fysisk träning. I år rapporteras endast de som erbjudits och tackat ja. SBU:s rapport "Fysisk träning för att minska risk för fall hos äldre" (november -21) visar att fysisk träning minskar antalet fallolyckor med cirka 25 procent. Det är viktigt att denna åtgärd erbjuds och motiveras för alla personer med fallrisk.

Statistik från risk- och avvikelssystemet visar att 7 personer haft höftskyddsbyxor vid fallhändelser under 2022. Bedömningen är att förskrivningen av höftskyddsbyxor bör öka.

Riktlinjerna för förebyggande av fall kommer att revideras under 2023 utifrån resultatet av den uppföljning som är genomförd.

Öka det förebyggande arbetet av undernäring och säkerställa en god nutrition

Aktiviteter

- Alla personer med hemsjukvård ska erbjudas riskbedömningar
- Resultat, utredning och åtgärder ska dokumenteras i hälsojournal
- Följa upp hur "Riktlinje för att förebygga och behandla undernäringstillstånd" används och fungerar.

Egenkontrollen för 2022 omfattar 360 personer med hemsjukvård (interna och externa utförare), uppgifter saknas från 2 enheter.

Riskbedömning av undernäring

Se Bilaga 20.

Analys

Andelen personer som erbjudits riskbedömning fortsätter att sjunka. Varannan med hemsjukvård hade en riskbedömning varav 40% hade risk och 9% en pågående undernäring enligt MNA. Trenden är osäker då förekomsten av undernäring varierar hos utförare med mellan 8 och 17%, vilket påverkar det genomsnittliga resultatet. Även dokumentation i hälsojournal sjunker år från år, vilket kan medföra risker för patientsäkerheten. Det kan även bero på att medborgare tackat nej till åtgärder. Kostnader brukar vara ett skäl.

Målsättningen är att alla personer med hemsjukvård ska erbjudas en riskbedömning. Eftersom pandemin fortfarande pågår finns skäl att tro att många medborgare av den orsaken tackat nej till erbjudandet. De personer som inte har riskbedömts kan ha risker eller utvecklat undernäring som ännu inte uppmärksammas. Mörkertalet är stort. Vilket på sikt kan komma att medföra en ökad efterfrågan på särskild boendeform samt leda till ökande kostnader för fallolyckor och behandling av sår samt påverka resultatet annan medicinsk behandling. Förebyggande av undernäring kräver ett strukturerat teamarbete där dietist är självskriven.

Det kan även vara så att bristen på distriktssköterskor gjorde att det inte fanns samma utrymme för flera riskbedömning eller att uppgiften upplevdes oetiskt då möjligheten till åtgärder blev komplicerad efter 2021. Vid årsskiftet fick distriktssköterskor rätt att förskriva kosttillsätt (t.ex. näringsdryck, berikningspulver och sondnäring). Beslutet som togs gemensamt av Regionen och länets kommuner kom till förvaltningens kännedom med kort varsel. Vilket skapade förvirring, utbildningsbehov, extra arbetsuppgifter, samvetsstress och ökad arbetsbelastning i stora delar av verksamheten under hela 2022.

Förskrivningsrätten innebar, enligt kommunerna, att behandling skulle ordineras av Regionens dietister och att förskrivningen av aktuella produkter skulle göras av distriktssköterskorna. Medan Regionen vidhåller att kommunerna, enligt Samverkansavtalet, ska ha egen dietistkompetens och ansvara för att ordinera behandling till medborgare i kommunal primärvård och i förekommande fall trappa upp vissa behandlingar när medborgare är färdigbehandlade inom Regionen. Förskrivningsrätten som man var överens om kom därmed att handla om två olika frågor, förskrivningsrätt och kompetensförsörjning.

Distriktssköterskorna menar att de saknar kompetens inom dietistens område och inte vill riskera vare sig patientsäkerheten eller sin legitimation, genom att ordinera behandlingar till multistjuka medborgare med komplexa näringsbehov. Något som även kan driva kostnader om produktkännedom saknas eller om indikation för kosttillsätt saknas, dvs. att medborgarens problem inte är av medicinsk natur utan enbart handlar om för lite mat och få måltider. Efter ett år av dialog råder ännu stora oklarheter inom verksamheten. Det förekommer att medborgare inte får den vård de har rätt till och frustrationen i verksamheten är stor. Med tanke på de svårigheter distriktssköterskorna under året mött med personalbrist, pandemi, nytt journalsystem och otydlighet kring förskrivning är antalet genomförda riskbedömningar enastående och värt allt beröm.

Punkten att "Följa upp hur riktlinjen för att förebygga och behandla undernäring, används och fungerar" har inte genomförts på grund av förskrivningsrätten.

God vård i livets slut

Aktiviteter

- God och rätt smärtlindring genom att använda validerat smärtskattningsinstrument och dokumentera i journal
- Ingen person ska oönskat vara ensam när livets slut närmar sig

Resultat

Resultat från Palliativa registret december 2022. Antal registrerade är 53 personer. Under året har 181 personer som har hemtjänst avlidit enligt journalsökning i VIVA..

Tabellen visar resultat från Palliativa registret

Se Bilaga 21.

Analys

Personer med smärta får smärtbehandling men smärtskattning med validerat instrument används inte i tillräcklig omfattning. Risk finns att smärtbehandlingen inte blir optimal. De flesta personerna hade någon hos sig då livets slut närmade sig. Under året har 29% av de avlidna i hemtjänst registrerats i palliativa registret. Det är ett utvecklingsområde att fler registreras i palliativa registret.

Öka det förebyggande arbetet vad gäller tryckskada/trycksår

Aktiviteter

- Erbjuder riskbedömning enligt Norton för att förebygga trycksår
- Dokumentera åtgärder i hälsojournal och rapportera i kvalitetsregister Senior Alert

Resultat

Egenkontrollen 2022 för personer med hemsjukvård och hemtjänst (interna och externa utförare) omfattar 360 personer. Saknar uppgifter från 2 enheter.

Tabellen visar resultat från egenkontrollen i november

Se Bilaga 22.

Analys

Riskbedömning enligt Norton för att förebygga trycksår behöver erbjudas till fler personer.

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Aktiviteter

Initiera läkemedelsgenomgångar för personer med läkemedelsrelaterade problem (PHASE20)

Resultat

Se Bilaga 23.

Analys

Resultatet visar på ett utvecklingsområde att arbeta med Phase 20.

Läkemedelsgenomgångar sker i samarbete med ansvarig läkare.

6. Avvikelse hälso- och sjukvård

Se Bilaga 24.

*Personlig assistans LSS, Elevboende LSS, daglig verksamhet LSS/SoL, korttidsboende LSS barn/unga, Östersunds korttidsboende, boendestöd

Läkemedel

Avvikelse kring utebliven dos av läkemedel har minskat inom alla områden under 2022 jämfört med år 2021. Avvikelse kring utebliven dos av läkemedel är den

avvikelseyp som varje år är den största andelen av avvikelser. Anledningen till minskningen bedöms vara införandet av digital signering under 2021.

Utebliven rehabilitering/behandling/träning

Rapporterade avvikelser kring utebliven rehabilitering/behandling/träning inom hemtjänst och SÄBO/korttidsboende ökade under åren 2019-2021. Det är glädjande att se att de nu under 2022 minskar i dessa verksamheter. Anledningen till minskningen bedöms vara införandet av digital signering. Inom LSS- och SoL-bostad ligger avvikelserna stabilt på låg nivå.

Fallhändelser och fallskador

Antalet rapporterade fallhändelser ökar igen under 2022 inom hemtjänst (personer med hemsjukvård), SÄBO och SoL/LSS-bostad jämfört med 2021. Antalet fysiska skador ökar också i dessa verksamheter, förutom höftfrakturer som ligger kvar på samma samma nivå som 2021.

Tryckskador

Det är en underrapportering av tryckskador i risk- och avvikelssystemet. Det är ett utvecklingsområde att rapportera tryckskada som en avvikelse.

Nutrition

Sedan 2022 ska avvikelser rörande nutrition rapporteras. Under året har avvikelserna börjat registrerats men ligger fortfarande på en låg nivå och redovisas inte i tabellen. Exempel på avvikelse kan var felaktig servering vid komjölksallergi, gluten- och laktosintolerans, felaktig konsistens eller kosttillslag, utebliven behandling. Undernäring ska rapporteras för att utreda om adekvat behandling erbjudits. I avvikelserna råder olika mening på enheterna om undernäring är en ringa avvikelse eller stor, något som kan behöva korrigeras då undernäring är ett allvarligt tillstånd. Undernäring och direkta följder av undernäring, t.ex. fall eller sår, räknas som en vårdskada i de fall rätt anpassade åtgärder inte har genomförts. En vårdskada kan uppstå på grund av den omvårdnad och behandling som personen fått. Men också av att personen inte har fått den vård som behövdes.

Hjälpmedel

Rapporterade avvikelser kring felaktig hantering av hjälpmedel har minskat kraft inom SÄBO Det är rimligt att anta att den stora minskning av rapporterade avvikelser de senaste 4 åren till viss del beror på utbildningsinsatser. Övriga verksamheter ligger stabilt på låga nivåer.

Samverkan med regionen

Avvikelser som rör samverkan med Region Jämtland Härjedalen har minskat 2022. En orsak kan vara en underrapportering av avvikelser till Regionen.

7. Händelser och vårdskador – Lex Maria

Här redovisas de händelser som anmälts enligt Lex Maria till IVO, Inspektionen för vård- och omsorg och de beslutade åtgärderna. Syftet med dessa åtgärder är att minska risken för att liknande händelser ska upprepas.

Under 2022 anmäldes 3 händelser enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nedan ges en kort redovisning av händelserna, beslutade åtgärder och en sammanfattande slutsats om händelserna.

SÄBO/Korttidsboende SoL

SÄBO

Händelse med utebliven insulindos

Person fick inte sin ordinerade insulindos.

Identifierade åtgärder och bakomliggande orsaker:

- personalen har glömt att ge insulin
- personal har tolkat ordinationen av insulin felaktigt
- personal har inte kontaktat sjuksköterska vid osökerhet när de tolkade läkemedelslista

MAS beslutade åtgärder:

- samtal med all personal om händelsen
- utbildning i läkemedelshantering
- utbildning om sjukdomen diabetes
- genomgång av delegering för insulin
- genomgång av riktlinje för informationsöverföring mellan vårdpersonal och sjuksköterska

Händelse med personlyft

Person som har hjälp av personal att förflytta sig med personlyft. I samband med en förflyttning från rullstol till säng slår hen benet i golvlyftens mittstång och ådrar sig en fraktur på vänster knä.

Identifierade bidragande och bakomliggande orsaker:

- Otillräckliga kunskaper om riskmoment vid användning av golvlyft.
- Medborgare sitter kvar på lyftselet i rullstolen. Risk finns att personalen inte uppmärksammar om lyftselet ändrat läge när man gör nästa överförflyttning.

MAR:s beslutade åtgärder:

- Säkerställa att all personal (såväl ordinarie som vikarier) som har en godkänd utbildning för att använda personlyft.

- Nytt innehåll läggs till utbildning för användning av personlyft för att visa situationer där det går fel, ex glida ur ett felplacerat lyftsele, felaktigt placerad lyft.
- Verksamheten tar fram en rutin som beskriver arbetssätt för att säkerställa att förskrivansvar överförs vid avslutad tjänstgöring.

LSS-bostad/Sol-bostad

Händelse med personlyft

Person som har hjälp av personal att förflytta sig med personlyft. I samband med en förflyttning till rullstol faller hen ur lyftselet ner på golvet och får en sårskada i huvudet.

Identifierade bidragande och bakomliggande orsaker:

- Lyftöglor på lyftselet har inte krokats fast ordentligt på lyftbygeln.

MAR:s beslutade åtgärder:

- Säkerställa att all personal (såväl ordinarie som vikarier) som har en godkänd utbildning för att använda personlyft.
- Nytt innehåll läggs till utbildning för användning av personlyft för att visa situationer där det går fel, ex glida ur ett felplacerat lyftsele, felaktigt placerad lyft.
- Verksamheten tar fram en rutin som beskriver arbetssätt för att säkerställa att förskrivansvar överförs vid avslutad tjänstgöring.

Lex Maria anmälningar över tid

Se Bilaga 25.

8. Klagomål och synpunkter

Klagomål inom HSL ska hanteras i verksamheten men går ibland till MAS/MAR om man inte är nöjd med svaret från verksamheten. Under 2022 har det registrerats 13 klagomål som rör hälso- och sjukvård.

Inom säbo har det registrerats 7 klagomål. Det har gällt klagomål på insatser vid vård i livets slut, synpunkter på brister i läkemedelshanteringen och brister i rehabilitering.

Inom hemtjänsten har det registrerats 4 klagomål som rör hälso- och sjukvård. Det har varit klagomål på brister i läkemedelshanteringen och brister i att personal inte kontaktat distriktssköterska vid fallhändelser. Ett klagomål har gällt förskrivning av hjälpmedel.

Inom LSS verksamheter inkom 2 klagomål från IVO. Ett angående en person som ansåg sig blivit tvingad till att provtas för covid och ett gällde missnöje med delaktighet vid hjälpmedelsförskrivning.

9. Revisioner

Uppföljande granskning av fallskador

Revisionens övergripande bedömning är att fallpreventiva åtgärder har genomförts och även gett viss effekt då antalet fallskador har minskat. Det fallskadepreventiva arbetet är prioriterat men arbetet på operativ nivå behöver fortsatt utvecklas och tillräckligt stöd till verksamheterna behöver säkerställas.

Revisionens rekommenderade åtgärder;

- Förtydliga och bryta ned de övergripande uppdragen från fullmäktige och vård-och omsorgsnämnden till tydliga aktiviteter till enheterna
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Utveckla analys och uppföljning av fallskador på enhetsnivå
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Genomföra en strukturerad uppföljning av i vilken utsträckning utbildning genomförs på de enskilda enheterna samt att hitta arbetsätt för att lyfta goda exempel
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Se över avtalen med de privata utförarna så att uppdragen harmonierar med fullmäktige- och nämnduppdrag.
 - Rekommenderad åtgärd genomförd
- Säkerställa att såväl uppdrag som strategi gällande ett strukturerat samarbete med andra förvaltningar genomförs i praktiken.
 - Rekommenderad åtgärd genomförd
- Säkerställa att användandet av Senior Alert förtydligas
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Ta initiativ till att arbetet med att ta fram gemensamma rutiner för det fallförebyggande arbetet tillsammans med regionen och länets kommuner prioriteras
 - Åtgärden kommer att genomföras
- Säkerställa att gemensam vårdplanering genomförs i större omfattning
 - Åtgärden kommer att genomföras

Inspektionen för vård och omsorg, nationell granskning av särskilt boende

Under år 2021 startade IVO en nationell granskning av den medicinska vården vid landets alla särskilda boenden för äldre. Granskningen var utifrån de indikationer som IVO fått under coronapandemin att det fanns risker inom äldreomsorgen. Granskningen genomfördes genom att varje kommun överlämnade journalhandlingar från personer och maskinellt gjordes ett urval av nyckelord. Enkäter sändes till sjuksköterskor och IVO genomförde ett besök i kommunen där VoN:s ordförande, verksamhetschef och MAS deltog. År 2022 genomförde IVO en fördjupad granskning som fokuserade på den medicinska vården inom särskilt boende. IVO granska samtliga landets särskilda boende som hade kommunal

utförare. Granskningen visade nationellt att vården i livets slut inte var tillräckligt god då det saknades dokumentation av de brytpunktsamtal som ska genomföras vid vård i livets slut. IVO såg att läkemedelshanteringen inte var patientsäker då läkemedelshanteringen delegerades till icke legitimerad personal som inte hade adekvat utbildning. Man såg också att många personer hade olämpliga läkemedel. Vårdplaner saknades i den kommunala journalen.

IVO redovisade vid besöket i Östersunds kommun att det i den kommunala hälsojournalen saknades vårdplaner i 77% av de granskade journalerna, att KVÅ koder saknades i 100% , att 62% saknade läkemedelsgenomgång och i 65% av de granskade journalerna saknades dokumentation om brytpunktsamtal. Konsultation av läkare saknades i en viss utvald tidsperiod i 83%.

Verksamhetschef HSL och MAS gav ett skriftligt svar till IVO som visade på en helt annan bild. De nyckelord som IVO använt var inte i överensstämmelse med de som kommunen använder i sin journal. Vilket kan innebära att resultaten är felaktiga. Vad gäller KVÅ koder så redovisas de regelbundet till Socialstyrelsen. Beslut och svar från IVO gällande granskningen väntas under år 2023.

10. Mål och strategier HSL

Mål och strategier för 2023 redovisas här uppdelade på olika verksamheter.

10.1 Mål och strategier HSL, Verksamhetsövergripande målområden

Dokumentation i hälsojournal i tillräcklig omfattning och med god kvalitet

Se Bilaga 26.

Välfärdsteknik och e-hälsoverktyg införs och används på ett patientsäkert sätt

Se Bilaga 27.

10.2 Mål och strategier HSL, LSS-bostad/SOL-bostad

God och säker habilitering och rehabilitering

Se Bilaga 28.

Identifiera hälsorisker

Se Bilaga 29.

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Se Bilaga 30.

Säker förskrivning av skyddsåtgärder med risk för upplevd tvång- och begränsning

Se Bilaga 31.

10.3 Mål och strategier HSL, Särskilda boenden, SÄBO

God och säker rehabilitering

Se Bilaga 32.

God och säker vård och omsorg för personer med demenssjukdom/kognitiv funktionsnedsättning

Se Bilaga 33.

God vård i livets slut

Se Bilaga 34.

Förebygga tryckskada/trycksår

Se Bilaga 35.

Förebygga undernäring och säkerställa en god nutrition

Se Bilaga 36.

Öka det fallförebyggande arbetet

Se Bilaga 37.

God munhälsa

Se Bilaga 38.

Goda toalettvanor och god inkontinensvård

Se Bilaga 39.

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Se Bilaga 40.

10.4 Mål och strategier HSL, Hemtjänst

God och säker rehabilitering

Se Bilaga 41.

God vård i livets slut

Se Bilaga 42.

Öka det fallförebyggande arbetet

Se Bilaga 43.

Förebygga tryckskada/trycksår

Se Bilaga 44.

Förebygga undernäring och säkerställa en god nutrition

Se Bilaga 45.

Upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem

Se Bilaga 46.