

Patientsäkerhetsberättelse

för

Omsorgskontoret, Hylte kommun

År 2021



Inledning

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

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

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



Källa:

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

Innehåll

| | |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| SAMMANFATTNING | 4 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD | 5 |
| 1. Engagerad ledning och tydlig styrning | 5 |
| Organisation och ansvar | 5 |
| Övergripande mål och strategier | 6 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 6 |
| God och nära vård | 6 |
| Informationssäkerhet | 7 |
| 2. En god säkerhetskultur | 7 |
| 3. Adekvat kunskap och kompetens | 7 |
| 4. Patienten som medskapare | 7 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD | 8 |
| Säker vård här och nu | 9 |
| Riskhantering | 9 |
| Covid-19 | 9 |
| Stärka analys, lärande och utveckling | 10 |
| Munvård | 10 |
| Avvikelse | 11 |
| Palliativa registret | 12 |
| Förebyggande vård med stöd av Senior Alert | 15 |
| Basal Hygien | 16 |
| BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) | 18 |
| Klagomål och synpunkter | 19 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 19 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR | 20 |
| Bilaga 1. Planerade förbättringsområden | 21 |

SAMMANFATTNING

Även 2021 har dominerats av pandemin. Samtliga patienter har erbjudits, och en överväldigande majoritet har fått dos 1, dos 2 och dos 3 av covidvaccinet. Även medarbetare har till stor del erbjudits vaccin, arrangerat av regionen tillsammans med kommunen. Sjukfrånvaron har påverkat i stort sett alla verksamheter svårt och restriktioner och smittspårningar har ytterligare lagt sten på bördan.

Verksamheternas uthållighet och kraft har minskat, vilket syns i mätningar, egenkontroller och verksamhetsgranskningar.

Under 2022 kommer ett större förbättringsarbete att påbörjas och till delar genomföras för att förstärka organisation, medarbetare och patientsäkerhet.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

1. Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Organisation och ansvar

Omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare och ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30) tillgodoses. Omsorgsnämnden är ytterst ansvarig för patientsäkerheten i verksamheterna.

Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § HSL är omsorgschefen. Omsorgschefen har därför det övergripande ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården och för att tillgodose patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet inom omsorgsnämndens verksamheter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt 11 kap. 4 § HSL har tillsammans med omsorgsnämnden och verksamhetschefen det medicinska ledningsansvaret. MAS ansvarar för att det finns system för anmälningar av allvariga vårdskador och risk för allvariga vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen, PDL (SFS 2008:355) och att delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten (4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen, SFS 2017:80)

Verksamhetschef och MAS ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefens och MAS ansvar, fräntar inte andra befattningshavare deras ansvar. Verksamhetschef och MAS har tillsammans det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Enhetscheferna ansvarar för att fastställda instruktioner och rutiner är kända och följs av alla medarbetare och att nya medarbetare får den introduktion som krävs, för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt. I enhetscheferna ansvar ingår också att se till, att arbetsmiljö, resursanvändning och bemanning är optimal för att kunna uppnå en god och säker vård och omsorg.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att rapportera risker och avvikelser.

Omsorgspersonal med delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför sådana uppgifter. De har skyldighet att följa de instruktioner och rutiner som styr den kommunala hälso- och sjukvården. Omsorgspersonalen ska också aktivt medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och avvikelser.

I övrigt räknas deras arbete som socialtjänst. En god och nära vård skapas i en enighet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst där socialtjänsten står för en betydande del av det preventiva arbetet.

Övergripande mål och strategier

Det främsta målet är att bedriva god och säker vård, vilket också är lagstadgat. All verksamhet är i ständig utveckling och vi måste följa utvecklingen för att se vilka former den tar. Under 2021 planerades följande utvecklingsarbete:

- Byte av journalsystem
- Dokumentation -I samband med byte av journalsystem behöver legitimerad personal fortbildas i dokumentation. Kontroll av dokumentationen kommer att ske.
- Avvikelsehantering -I samband med byte av journalsystem behöver dokumentationen av avvikelserhanteringen förbättras. Kategorier ska ses över samt möjlighet att dokumentera utredning och åtgärd. Syftet är att kunna ta till vara kunskap om bakomliggande orsaker till avvikelser samt vilka åtgärder som ger bra effekter.
- Pandemin är ännu inte över. Ett fortsatt starkt samarbete med regionen fortsätter och alla verksamheter kämpar med att säkerställa bemanningen.
- Sjuksköterskeorganisationen ska fortsätta med föregående års egenkontroller eftersom de blev eftersatta under 2020.
- Rehaborganisationen ska arbeta med att dokumentationen ska ske samma dag.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Legitimerad personal samverkar varje vecka med vårdcentralens personal. Då medverkar även omsorgshandläggare. Syftet är att kunna erbjuda en tvärprofessionell vård och omsorg och att inga behov ska missas eller falla mellan stolarna.

Vidare samverkar legitimerad personal med omsorgsenheterna, framför allt för att tillsammans arbeta förebyggande mot undernäring, fall och trycksår, skatta beteendemässiga och psykiska symtom på demens samt för att följa upp det dagliga arbetet.

Hylte kommun samverkar på övergripande nivå genom att medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Halland regelbundet träffas och genom den regionala patientsäkerhetsgruppen ta upp och ta fram övergripande rutiner. Samtliga kommuners socialchefer samverkar sinsemellan och tillsammans med regionen. Kommunerna och regionen samarbetar också inom ett stort område för omställning, nämligen God och Nära vård.

God och nära vård

God och nära vård är benämningen på ett nationellt arbete som pågått i flera med att ställa om vården för att klara av framtidens förändrade krav. Fokus på vården ska flyttas från sjukhusen till primärvården, som kommunens vård är en del av. Hylte, liksom Hallands samtliga kommuner, arbetar delvis tillsammans med regionen i att hitta gemensamma vägar till omställning. En gemensam målbild har tagits fram under 2021 och arbete kommer att fortsätta under 2022 med att ta fram en färdplan. Hylte kommun arbetar också på egen hand med dessa frågor och arbete pågår med att se över vilka möjligheter till förändring det finns för att möta ett ökat vårdbehov.

Informationssäkerhet

Hylte kommun samarbetar med Region Halland gällande ID-kort för säker autentisering till de digitala verktyg som används.

Loggkontroller i verksamhetssystemet är genomförda enligt rutin. Ingen otillåten inhämtning av information skett. Ingen anmälan om dataintrång har gjorts.

2. En god säkerhetskultur

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

Genom fortsatt utveckling av avvikelshantering arbetar Hylte med att förändra synen på rapportering, från "angivning" till "förbättring". Det är alltid svårt att lyfta fram sina egna eller andras brister och det är också svårt att ta emot det som uppfattas som kritik från andra. Detta är anledningen till att ett djupare arbete med synen på avvikelshantering behöver göras. Målet är att vända obehagskänslan att rapportera brister till en positiv känsla av att kunna göra något bättre.



3. Adekvat kunskap och kompetens

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

Under 2021 har det blivit tydligt att pandemin tillsammans med den förändrade demografin med ett ökande vårdbehov i den åldrande befolkningen, ställer krav på verksamheterna att förändra sig för att klara av sitt uppdrag. När det saknas personella resurser måste både vård- och omsorgsinsatser prioriteras. Trots behov av att begränsa antalet personer på grund av smittspridning har verksamheterna kunnat fortsätta ta hand om studenter vilket är av största vikt för att kunna bemanna i framtiden.



4. Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Vid allvarliga avvikelser involveras alltid patienten och om möjligt närstående. De får då möjlighet att ge sin syn på vad som hänt och berätta hur de önskar få den vård och omsorg som erbjuds.

I den dagliga vården och omsorgen ska individen vara delaktig i framtagande av genomförandeplaner och vårdplaner.

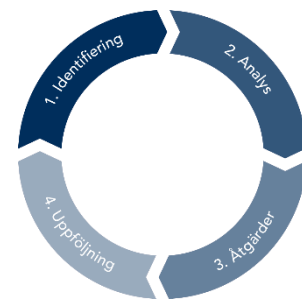
De nationella enkäter som görs årligen gällande brukarnöjdhet, följs upp. Dessa enkäter beskriver dock inte till fullo patienters uppfattning om vården. Inom det stora gemensamma arbetet med God och nära vård kommer det att undersökas hur patienter ska få möjlighet att beskriva vad som är viktigt ur patientens perspektiv.

Synpunkter och klagomål hanteras av berörd verksamhet. Det som framförs utreds och om brister identifieras så hanteras det på samma sätt som avvikelser. Detta arbete dokumenteras och återkopplas till den som framfört synpunkten/klagomålet.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete



Inför 2021 beslutades om följande egenkontroller:

- **Att nå 100% smärtskattning sista levnadsveckan**

Målet att nå 100 % har inte uppnåtts. Resultatet från palliativa registret är beroende av svar i dödsfallsenkäten där man kan tolka frågor, som användning av smärtskattningsinstrument samt om smärtskattning är dokumenterad i patientens journal, på olika sätt och därmed ge ett lägre resultat.

Sedan flera år arbetar sjuksköterskorna med kontinuerliga bedömningar var 4:e timme på patienter i sent palliativt stadiet (dagar till veckor kvar i livet). Vid dessa besök görs en bedömning av patientens status och olika symtom varav smärta är en viktig del. Sjuksköterskan gör en skattning av smärta för att bedöma behovet av smärtstillande behandling. Det finns validerade instrument för smärtskattning där patienten själv inte kan medverka men detta används inte. En omvärdering har gjorts av målet då det inte är realistiskt att nå 100%.

- **Rehab-Journalgranskning:**

Rehabenheten har inte haft möjlighet att arbeta med sina egenkontroller på grund av personalbrist.

- **Rehab- tillgänglighet:**

Rehabenheten har inte haft möjlighet att arbeta med sina egenkontroller på grund av personalbrist.

- **Rehab-Analys avvikelser/klagomål:**

Analys av avvikelserrapporter har gjorts vid ett tillfälle. Den visar att det finns en avvikelse om att det är svårt att få fysioterapeutbedömning/behandling och en utebliven åtgärd.

Troligen föreligger en underrapportering men trotas att patienter fått vänta längre än vanligt på bedömningar har inga skador uppstått.

- **SSK- Analys avvikelser/klagomål:**

Sjuksköterskeenheten har inte haft möjlighet att arbeta med sina egenkontroller på grund av personalbrist.

- **SSK- Dokumenteras efterlevandesamtal**

Under våren 2021 infördes en ny rutin, då det framkommit att efterlevandesamtal inte alltid blev dokumenterat i patientjournal. Istället för att dokumentera erbjudandet om efterlevandesamtal i patientjournal används NVP del 3 (efter dödsfall). Denna fylls i av PAS och lämnas till enhetschef när den är klar. I samtliga fall finns erbjudande om efterlevandesamtal dokumenterat.

- **Vidareutveckla mall för inskrivningssamtal**

I samband med bytet av journalsystem har vi anpassat sökord och frastexter för att vara ett stöd vid inskrivningssamtal.

- **NVP- Nationell vårdplan för palliativ vård. Målet är att alla boende på säbo ska ha en upprättad NVP del 2**

Målet är inte uppfyllt. Ännu har inte alla en upprättad NVP del 2 på säbo. En av orsakerna är att det ibland är svårt att få läkare delaktiga och ta de beslut som krävs. I oktober -21 kom en ny rutin för brytpunktssamtal för patienter i kommunal hälso- och sjukvård i Region Halland. Enligt den ska ett brytpunktssamtal utföras av läkare vid inflyttning till äldreboende, inom 1 månad. Många patienter/ de flesta som flyttar in på äldreboende är i tidig eller sen palliativ fas. I samband med detta brytpunktssamtal blir det naturligt att upprätta en NVP del 2. Målet för 2022 är att implementera denna rutin tillsammans med läkare i närsjukvården.

Säker vård här och nu

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

Riskhantering

Under 2021 har verksamheterna löpande riskanalyserat smittspridning, personalförsörjning, tillgång till material. Mycket av det arbetet har skett i samarbete med regionen.

Covid-19

Under 2021 har hälso- och sjukvården hunnit med att ge dos 1, dos 2 och dos 3 av covidvaccinet utöver den årliga vaccinationen av influensavaccin. Det har krävt nogsam planering tillsammans med regionen för att få till detta och hårt belastat en redan känslig organisation som redan kämpar med svårigheter att bemanna, restriktioner och smittspårningar. Under sommarhalvåret var dock lugnare avseende restriktioner och



smittspårningar. I kvalitetsregistren syns en nedgång i aktivitet som effekt av den hårda belastningen på legitimerad personal, men också omsorgspersonal.

En kraftig samhällsspridning av Covid- 19 till trots har det inte varit många fall i omsorgskontorets verksamheter. Tack vare en hög vaccinationsgrad har allvarlighetsgraden hos de smittade minskat. För att minska smittspridningen har omsorgsverksamheterna arbetat aktivt med att i möjligaste mån kohortvårda, vilket innebär att samma personal vårdar de smittade och att man begränsar medarbetarnas olika arbetsplatser i möjligaste mån. Under alla omständigheter har verksamheterna tillsammans gjort ett bra jobb mot Coronaviruset.

Stärka analys, lärande och utveckling

För att verksamheterna ska kunna utvecklas krävs metoder för att betrakta sin verksamhet. De metoder som hittills använts behöver förändras i takt med att förutsättningarna för vården förändras. Nya former för samverkan, verksamhetsanalys och förebyggande arbete behöver tas fram.



Munvård

Region Halland erbjuder personer med stort omsorgsbehov munhälsobedömning. Under 2020 utfördes markant färre sådana bedömningar jämfört med 2019. Orsaken är troligen att det förelåg besöksförbud på äldreboenden under flera månader och att för att undvika smittspridning av coronavirus har mycket få fysiska kontakter tagits. Under 2021 har det ökat något igen. Däremot har ingen fortbildning i munvård för omsorgsmedarbetare erbjudits på två år.

Antalet utbildad och antalet anställd vårdpersonal per kommun 2020 och 2021

| Kommun | Antal utbildad vårdpersonal 2020 | Antal utbildad vårdpersonal 2021 | Uppskattat antal vårdpersonal |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Hylte | 0 | 0 | 224 |

(Observera att uppskattat antal vårdpersonal inte stämmer, det är en gammal siffra som region Halland har använt.)

Antal utförda munhälsobedömningar och antal personer med intyg per kommun 2021

| Kommun | Aktuella intyg 2021-12-31 Antal | Munh bedömning 2021-12-31 | | Munh bed Uppsökta 2021 | | |
|--------|-------------------------------------------|------------------------------|---------------|---------------------------|-------|---------|
| | | Svar Ja | % av intyg | Svar Nej | Antal | % av Ja |
| Hylte | 220 | 127 | 58 % | 93 | 79 | 62% |

Antal utförda munhälsobedömningar och antal personer med intyg per kommun 2020

| Kommun | Aktuella intyg 2020-12-31 | Munh bedömning 2020-12-31 | | Munh bed | Uppsökta 2020 | |
|--------|------------------------------|------------------------------|------------|-------------|---------------|---------|
| | Antal | Svar Ja | % av intyg | Svar Nej | Antal | % av Ja |
| Hylte | 209 | 107 | 51% | 102 | 14 | 13% |

Avvikelser

Eftersom arbete med avvikelshantering pågått under 2021 har både nya och gamla kategorier varit tillgängliga för val vid rapportering vilket också lett till att kategorierna inte har använts på samma sätt av alla medarbetare. Statistiken kan därför inte användas optimalt, men går ändå att använda för att följa årstrender i rapporteringsarbetet.

Nedan återges en sammanställning över samtliga rapporter i systemet för 2021.

Bemötande 25

Brister i vårdkedjan 227

Dokumentation 94

Fall 870

Handläggning 6

Vri 23

LM feldos 72

LM förväxling 33

LM saknas 118

LM utebliven 365

MTP 40

Omvårdnad 142

Suicid 0

Stöld 0

Trycksår 13

Utebliven behandling hsl 40

Utebliven insats SoL 48

Utebliven signering 441

Utebliven träning 18

Våld mellan boenden 7

Övergrepp fysiskt 22

Övergrepp 0

Övergrepp psykiskt 1

Övergrepp sexuellt 4

TOTALT: 2609

(VRI= vårdrelaterade infektioner, LM= läkemedel, MTP= medicintekniska produkter)

Nedan återges de parametrar som går att ta ut ur systemet.

Lagrum SoL: 180

Lagrum HSL: 1726

Lagrum LSS: 25

Ej bedömda lagrum: 683

Ej avslutade 11/1-22: 771 (slutförda: 1843)

Klass 4: 5

Klass 3: 78

Klass 2: 540

Klass 1: 1289

Ej klassificerade: 702

Avvikelse: 2551

Risk för avvikelse: 63

Person involverad: 2500

Person ej involverad: 114

Det framgår att en relativt stor andel rapporter inte är avslutade vilket ger en fingervisning om att det arbete som ska ske efter rapportering och akut omhändertagande brister. Det framgår också att en stor del inte blivit klassificerad alls. När rapportören klassificerar avvikelser ser man vid en närmare granskning händelser kan uppfattas olika allvarligt av olika medarbetare. Det finns också 114 rapporter där det inte finns en person involverad. Vid granskning av dessa rapporter framkommer att det ibland handlar om en involverad person men rapportören har valt fel. Ibland handlar det istället om synpunkter på verksamheten.

Jämfört med förra året har rapporteringen sjunkit från 3974 rapporter till 2609. Det är mer sannolikt att det är rapporterandet som har minskat och inte avvikelserna.

Palliativa registret

Vid dödsfall registreras data i det nationella registret för palliativ vård. Nedanstående indikatorer används nationellt. Av indikatorerna är det fyra indikatorer som Hylte kommun ansvarar för; mänsklig kontakt i dödsögonblicket, utan trycksår, dokumenterad smärtskattning sista veckan samt dokumenterad munhälsobedömning sista veckan.

Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket

Målvärdet är beslutat till 90%. Anledningen är att det inte alltid på förhand är möjligt att veta när dödsfallet kommer att ske. Det händer också att individer inte vill ha någon hos sig. Hylte kommun har en mycket hög närvaro på 97,7%. Föregående år var siffran 92,9% och året innan det 95,3%. Det kan alltså av naturliga orsaker variera från år till år.

Utan trycksår

Antal trycksår mäts via kvalitetsregistret Senior Alert. Det händer att individer kommer hem från sjukhus med trycksår och risken för trycksår ökar markant sista tiden i livet på grund av mindre rörlighet och sängläge. Alla trycksår innebär ett lidande och det finns alltid anledning att jobba vidare med de förebyggande åtgärder som finns till hjälp. Målvärdet på 90% klarar Hylte kommun med sina 92,9% i år.

Dokumenterad munhälsobedömning sista veckan

Frågan i enkäten lyder:

"Dokumenterades en bedömning av personens munhälsa någon gång under den sista veckan i livet?"

Den sista tiden i livet är det vanligt att individen andas genom munnen och slemhinnan i munhålan blir då snabbt uttorkad. Genom att aktivt bedöma munhälsan kan munslemhinnan hållas ren och fuktad för att undvika sprickor och smärta. Det är vedertaget att sköta om munhålan vid vård i livets slut. Hyltes resultat 2021 var 70,5%. Resultatet är nedslående och verksamheten bör undersöka varför det sjunkit så drastiskt från föregående års 90,5%.

Smärtskattning sista levnadsveckan

Smärtskattning är alltid viktigt för att kunna minska en individs lidande. Individens upplevelse av smärta består av flera faktorer och endast individen själv kan bedöma intensiteten. Därför finns det verktyg till hjälp för att på ett mer konkret sätt kunna förstå individens upplevelser. VAS-skattning (visuell analog skala) är en skala där individen själv får bedöma intensiteten på smärtan. Abbey pain scale används när individen inte har möjlighet att själv visa eller uttrycka sin upplevelse. I sjuksköterskans profession ingår att alltid bedöma eventuell upplevelse av smärta. Trots att verktygen funnits tillgängliga länge har det visat sig svårt att dokumentera utifrån skattningsverktygen, utan det sker oftast utifrån den kliniska blicken. Resultatet på 86,4 % för 2021 är mycket positivt då det ökat från föregående års 71,4%.

Dokumenterat brytpunktssamtal till patient

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Nej</u> | <u>Ja</u> | <u>(n) Antal</u> |
|---------------|---------------|------------|-----------|------------------|
| Hylte | 4,5 | 6,8 | 88,6 | 44 |

Ordinerad injektion mot illamående vid behov

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Nej</u> | <u>Ja</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|------------|-----------|---------------------------------------|
| Hylte | 0 | 2,3 | 97,7 | 44 |

Ordinerad injektion mot rosslig andning vid behov

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Nej</u> | <u>Ja</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|------------|-----------|---------------------------------------|
| Hylte | 2,3 | 6,8 | 90,9 | 44 |

Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Nej</u> | <u>Ja</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|------------|-----------|---------------------------------------|
| Hylte | 0 | 4,5 | 95,5 | 44 |

Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Nej</u> | <u>Ja</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|------------|-----------|---------------------------------------|
| Hylte | 0 | 2,3 | 97,7 | 44 |

Smärtskattning utförd sista levnadsveckan

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Nej</u> | <u>Ja</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|------------|-----------|---------------------------------------|
| Hylte | 0 | 13,6 | 86,4 | 44 |

Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Ej bedömd</u> | <u>Bedömd</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------------------------------|
| Hylte | 9,1 | 20,5 | 70,5 | 44 |

Trycksår vid dödsfallet

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Kategori 4</u> | <u>Kategori 3</u> | <u>Kategori 2</u> | <u>Kategori 1</u> | <u>Ej trycksår</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Hylte | 0 | 0 | 0 | 6,8 | 15,9 | 77,3 | 44 |

Närvarande i samma rum i dödsögonblicket

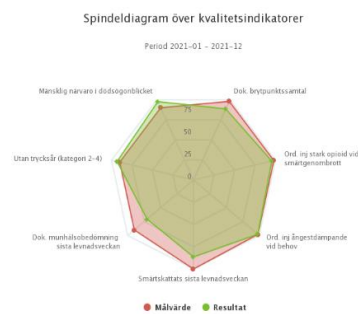
Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Ingen</u> | <u>Personal</u> | <u>Personal & närstående</u> | <u>Närstående</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|--------------|-----------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Hylte | 0 | 2,3 | 50,0 | 13,6 | 34,1 | 44 |

Erbjudande av eftersamtal till närstående

Period 2021-01 - 2021-12

| <u>Kommun</u> | <u>Vet ej</u> | <u>Nej</u> | <u>Närstående saknas</u> | <u>Ja</u> | <u>(n) Totalt antal observationer</u> |
|---------------|---------------|------------|--------------------------|-----------|---------------------------------------|
| Hylte | 0 | 4,1 | | 2,093,9 | 49 |



Data är en modifierad rapport

Förebyggande vård med stöd av Senior Alert

Löpande under året samarbetar vård- och omsorgsverksamheterna i det förebyggande arbetet. Samtliga brukare/patienter ska erbjudas riskbedömningar men kan motsätt sig att uppgifterna registreras i Senior Alerts databas. Det är dock den databasen som används för utvärdering av i vilken utsträckning verksamheterna har arbetat med prevention.

| Unika personer | Riskbedömningar med risk | | Bakomliggande orsaker vid risk | | Åtgärdsplan vid risk | | Utförda åtgärder vid risk | |
|----------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| | Antal riskbedömningar | Antal riskbedömningar med risk | Antal riskbedömningar med risk | Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde | Antal riskbedömningar med risk | Antal med minst en angiven åtgärd per riskområde | Antal uppföljningar för riskbedömningar med risk | Antal uppföljningar med minst en utförd åtgärd per riskområde |
| 118 | 150 | 138 | 138 | 118 | 138 | 129 | 147 | 117 |

Antal individer som fått en riskbedömning under 2021 har minskat sedan föregående år, men så har även andel med någon form av risk.

| Utfall | | | | | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|------------|-----------------|
| Trycksår | | BMI<22 | Fall | | Munhälsa grad 2 |
| Antal personer | Antal trycksår | Antal personer | Antal personer | Antal fall | Antal personer |
| 13 | 15 | 51 | 13 | 32 | 31 |

Antalet trycksår, personer med BMI <22, fall och försämrade munhälsa är lägre jämfört med föregående år, då det var 23 personer med trycksår, 64 personer med ett BMI <22, 52 personer hade fallit minst en gång och 58 personer har en försämrade munhälsa. Dock gjordes riskbedömningar för 213 individer, vilket är nästan dubbelt så många mot 2021.

Det betyder att bland de riskbedömningar som gjorts så har resultaten försämrats på allt utom fall. Särskilt sticker personer med BMI <22 ut, som nästan fördubblats.

Basal Hygien

Två gånger under 2021 har kollegiala observationer av följsamhet till basala hygienrutiner genomförts. Den andra gången, på hösten beslutades att byta strategi; istället för att observera medarbetarna bara en gång, gjordes så många observationer som möjligt. Syftet är tudelat; dels blir underlaget större, dels beskriver det bättre den verklighet som föreligger vad gäller smittspridning. Varje vårdmoment innebär en smittrisk om inte korrekt förfarande används.

De fyra stegen i basala hygienrutiner består av:

- Sprita händer före
- Sprita händer efter
- Korrekt användning av handskar
- Korrekt användning av plastförkläde

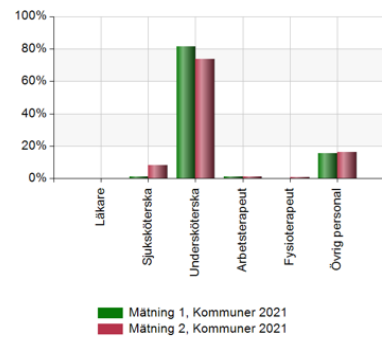
De fyra stegen i klädregler består av:

- Korrekt arbetsdräkt
- Fri från ring, klocka, armband, bandage och stödskena
- Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material
- Kort eller uppsatt hår

För att en observerad eller självskattad personal ska ha korrekt följsamhet till basala hygienrutiner krävs att alla fyra stegen är korrekta. Detsamma gäller för klädregler.

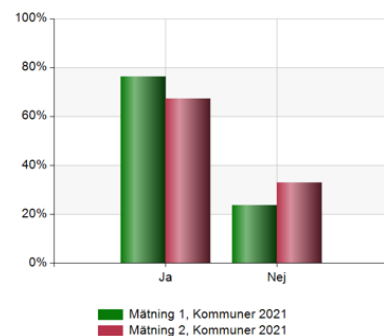
...personalkategori

| Namn | Mätning 1, Kommuner 2021 | | Mätning 2, Kommuner 2021 | | Total | |
|-------------------|--------------------------|------|--------------------------|------|-------|------|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| A. Läkare | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| B. Sjuksköterska | 1 | 1,3 | 20 | 8,1 | 21 | 6,5 |
| C. Undersköterska | 62 | 81,6 | 182 | 73,7 | 244 | 75,5 |
| D. Arbetsterapeut | 1 | 1,3 | 3 | 1,2 | 4 | 1,2 |
| E. Fysioterapeut | 0 | 0 | 2 | 0,8 | 2 | 0,6 |
| F. Övrig personal | 12 | 15,8 | 40 | 16,2 | 52 | 16,1 |
| Total | 76 | 100 | 247 | 100 | 323 | 100 |



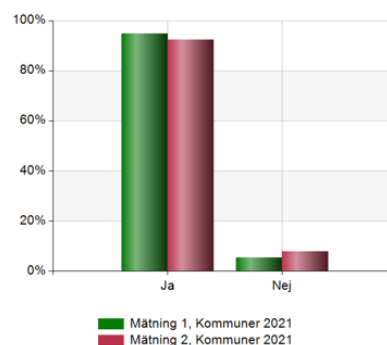
8. Korrekt förfarande i samtliga fyra steg gällande basala hygienrutiner

| Namn | Mätning 1, Kommuner 2021 | | Mätning 2, Kommuner 2021 | | Total | |
|--------|--------------------------|------|--------------------------|------|-------|------|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| A. Ja | 58 | 76,3 | 166 | 67,2 | 224 | 69,3 |
| B. Nej | 18 | 23,7 | 81 | 32,8 | 99 | 30,7 |
| Total | 76 | 100 | 247 | 100 | 323 | 100 |



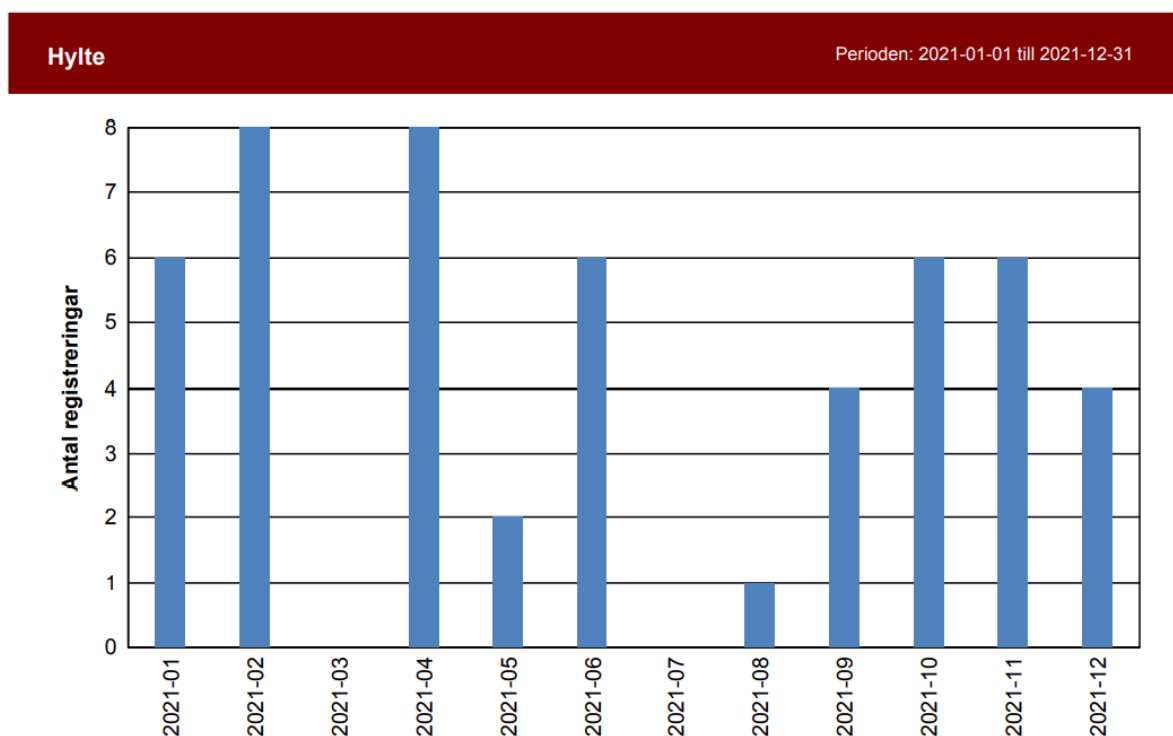
13. Korrekt förfarande i samtliga fyra steg gällande klädregler

| Namn | Mätning 1, Kommuner 2021 | | Mätning 2, Kommuner 2021 | | Total | |
|--------|--------------------------|------|--------------------------|------|-------|------|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| A. Ja | 72 | 94,7 | 228 | 92,3 | 300 | 92,9 |
| B. Nej | 4 | 5,3 | 19 | 7,7 | 23 | 7,1 |
| Total | 76 | 100 | 247 | 100 | 323 | 100 |



BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom)

BPSD är ett register och ett arbetsverktyg som ska hjälpa verksamheten att bedöma och förstå patienters beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Skattningar av symtomen görs. Därefter beslutas om tvärprofessionella åtgärder. Resultaten kan följas upp med nya skattningar.



| År | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------------------------|-----------|------------|-----------|-----------|
| Hylte (Registeringar) | 112 | 101 | 48 | 51 |
| Hylte (Registeringar med team) | 23 | 10 | 16 | 13 |
| Undersköterska | 99% (111) | 100% (101) | 100% (48) | 100% (51) |
| Sjuksköterska | 21% (24) | 9% (10) | 31% (15) | 25% (13) |

| År | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|
| Arbetsterapeut | 0% (0) | 0% (0) | 2% (1) | 0% (0) |
| Fysioterapeut | 0% (0) | 0% (0) | 0% (0) | 0% (0) |

Sedan 2020 ses en nedåtgående trend i det teambaserade arbetet. Orsaken till detta är oklart och bör tvärprofessionellt utredas.

Klagomål och synpunkter

Klagomål tas emot av

1. personal,
2. andra vårdgivare,
3. de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,
4. myndigheter, och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Under 2021 har ett klagomål inkommit till rehabenheten. Det finns också inslag av klagomål mot hälso- och sjukvården i ärenden som skickats till omsorgsenheterna. Det är viktigt att ha i beaktande att intressenter som vill lämna klagomål eller synpunkter inte har full insikt i hur organisationen är uppbyggd så att svar på alla frågeställningar lämnas.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



För att nå denna uthållighet och styrka behöver Hylte arbeta med personalförsörjning, kompetensförstärkning, organisation och digitalisering.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Eftersom 2021 inte gav utrymme för kvalitets- och utvecklingsarbete, planeras en nystart 2022. Verksamheten kommer att sätta nya mål, delmål och egenkontroller. På samma sätt som patienterna ska vara delaktiga i vården ska medarbetarna vara delaktiga i målarbetet. Hylte kommun deltar i det gemensamma arbetet med God och Nära vård i både styrgrupp och genomförandegrupp. Samarbetet där mellan kommuner och region kommer att fortsätta under 2022, men Omsorgskontoret kommer också att arbeta med arbetsfördelning, arbetsmetoder och personal- och kompetensförsörjning för att fortsatt kunna erbjuda en god och nära vård.

För att möta det ökande behovet av både vård och omsorg krävs kompetensförstärkning, kompetensförflyttning och nya arbetssätt.

Uppföljning av både social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation kommer att göras eftersom ett nytt verksamhetssystem har införts.

Fortbildning i hantering av avvikelser planeras också för att skapa mer effekt av kvalitetsarbetet.

Pandemin är fortfarande den stora utmaningen för att kunna genomföra planerade arbeten och förutsättningarna är att det är möjligt att bemanna verksamheterna.

Bilaga 1. Planerade förbättringsområden

Öka kunskap om inträffade vårdskador

| Område | Mål | Resultat | Åtgärd | Uppföljning åtgärd | Källa |
|-------------------|---------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
| Förebyggande vård | Trycksår, undernäring och försämrad munhälsa ska minska | | Teamarbetet i det förebyggande arbete ska arbeta med Senior Alertmodellen | | Senior Alert |

Tillförlitliga och säkra system och processer

| Område | Mål | Resultat | Åtgärd | Uppföljning åtgärd | Källa |
|---------------------|----------------|----------|-------------------------------------------------------|--------------------|-------|
| Hälso- och sjukvård | Nya arbetssätt | | Omorganisation, digitalisering, kompetensförstärkning | | |

Säker vård här och nu

| Område | Mål | Resultat | Åtgärd | Uppföljning åtgärd | Källa |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Avvikelsehantering | Ändamålsenlig hantering av avvikelser för att syftet med avvikelsehantering ska uppnås. | Stor andel av avvikelser rapporterna blir aldrig utredda, åtgärdade och uppföljda. | Fortbildning av chefer | | Verksamhets-systemet för avvikelsehantering |

Stärka analys, lärande och utveckling

| Område | Mål | Resultat | Åtgärd | Uppföljning åtgärd | Källa |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|----------|--------|--------------------|-------|
| Egenkontroller | Egenkontroller med mätbara mål som verksamheterna kan arbeta med. | | | | |