



ÄLVSBYNS
KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse för Hälsa och sjukvårdsenheten Älvsbyns Kommun 2021



2022-05-04
Ansvarig MAS
Diarienummer

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Kommunstyrelsen	6
Verksamhetschef/socialchef.....	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	7
Ansvaret innefattar även:	7
Enhetschef hälso och sjukvård, äldreomsorg och omsorgen om patienter med funktionsvariation ...	8
Legitimerad personal.....	8
Omvårdnadspersonal.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Samverkan.....	9
Läkaravtal	9
Hälsocentral	9
Uppsökande tandvård.....	9
Vårdhygien.....	9
Informationssäkerhet	10
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Identifiering.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
Avvikelser 2021	14
Läkemedelshantering	14
Läkemedelsmissar	14
totalt	14
Totalt antal läkemedelstillfällen.....	14
Ett räkneexempel	14
Loggkontroller	15
Avvikelser Fall 2021	15
Arbetet kring hantering av fall och fallprevention	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	16

Förbättringsarbeten	16
Dokumentation.....	16
Personcentrering.....	16
Teamkonferens	16
Samordnad individuell plan (SIP).....	16
Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP).....	17
Åtgärder och Analys.....	17
Säker vård här och nu	18
Riskhantering	18
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	20

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) syftar till att göra hälso- och sjukvården säkrare. I PSL står det att vårdgivaren har ett ansvar att bedriva ett kvalitetsarbete som är systematiskt och förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren ska varje år, den 1 mars, upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Där ska det framgå hur patientsäkerheten har utövats under föregående kalenderår, vilka åtgärder som genomförts för att öka säkerheten och vilka resultat som har uppnåtts samt vilka Utvecklingsområden som identifierats.

Älvsbyns kommun har hälso- och sjukvårdsansvar för patienter som bor i särskilt boende och boende för patienter med funktionsvariationer samt patienter i ordinärt boende där behov av hemsjukvård har bedömts. Ansvarar också för hembesök till personer över 18 år där behov av hembesök föreligger, tex hjälpmedelsutprovning enl. riktlinje.

Året 2021 har arbetet med pandemin, Covid-19 prioriterats av ledning och verksamheter. Det har inneburit stora utmaningar så som nya eller uppdaterade arbetssätt, ny kunskap om covid-19 och smittspridning samt hur vi skyddar både personal och patienter.

God följsamhet till basala hygienrutiner är grunden för att förebygga smittspridning samt att använda personlig skyddsutrustning när så behövs.

Den största och mest effektfulla smittförebyggande åtgärden har varit att vaccinera så många som möjligt. Samt att stödja personal med handlingsplaner och kunskaper kring Covid 19.

Socialtjänsten har i det interna arbetet följt Folkhälsomyndighetens (FoHM) allmänna råd, Socialstyrelsens styrdokument, SKR:s rekommendationer samt region Norrbottens rutiner och anvisningar.

Samverkan mellan kommunen och regionen har skett systematiskt och ledningsmöten har hållits veckovis för att sprida information och hålla dialogen levande i syfte att brukare/patienter ska erhållas en god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet under året har till stor del präglats av Coronapandemin. Arbetet har fokuserat på att minska risken för spridning av Covid-19 med en mängd olika åtgärder. Ett omfattande arbete har lagts ner på att skapa en struktur för dialog och hantering av åtgärder på olika nivåer samt rutiner och arbetsmetoder för att kvalitetssäkra förebygga smittspridningen.

Vård- och omsorgspersonalen har genomgått utbildningar i basal hygien och lokala rutiner för att minska risken för smittspridning har utformats efter direktiv från regionen. Trots detta så har det inte gått att undvika smitta av Covid-19. Trots ett ansträngt år har verksamheterna jobbat med kvalitetsutveckling, utvecklingsfrågor och förbättringar inom hälso-och sjukvården som tex systematiska mätningar, nya arbetssätt och metoder.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Älvsbyns kommun har som mål att bedriva hög patientsäkerhet där person kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att vårdpersonalen arbetar för att minska vårdskador och tillbud.

- ❖ Att det finns tydliga processer och rutiner med syfte att minska vårdskador och att medarbetare ges förutsättningar för att kunna utföra arbetet så att god och säker vård kan bedrivas.
- ❖ Målet är att varje patient ska känna trygghet i kontakten med den kommunala hälso- och sjukvården. Det förutsätter att personalen ger vård med rätt förutsättningar och kan utföra det förväntade arbetet på sådant sätt att patienten känner trygghet och säkerhet samt att personalen har den kunskap som behöver för att arbeta patientsäkert
- ❖ Tydliga processer och rutiner gör att vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska enligt SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Organisation och ansvar

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

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen har enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) det övergripande ledningsansvaret för att hälso- och sjukvården uppfyller HSL:s krav på en ”god vård”. Den ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet.

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Kommunstyrelsen ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård. De ansvarar också för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Verksamhetschef/socialchef

Inom hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och representerar vårdgivaren, enligt 4 kap. 2§ HSL.

Verksamhetschefen (socialchef) har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursers användning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschefen (socialchef) tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) fastställer former för fortlöpande samråd i frågor som gäller verksamhetens struktur, resursanvändning, kvalitet och säkerhet. Verksamhetschefens ledningsansvar är begränsat av de uppgifter som MAS ansvarar för. Verksamhetschef, MAS och enhetschef samverkar kring patientsäkerhetsfrågor och planering av verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Enligt 11 kap, 4§ HSL ska det inom kommunen finnas en sjuksköterska med särskilt medicinskt ansvar. Ansvaret beskrivs i Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) kap 4. 6§:

- ❖ MAS ansvarar för att det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när personens tillstånd fordrar det,
- ❖ Att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
- ❖ Att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en person i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Ansvaret innefattar även:

Det som beskrivs i patientsäkerhetsförordningen (2010:1 369)

- ❖ Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- ❖ Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
- ❖ Personen får den hälso- och sjukvård som en läkare ordinerat.
- ❖ Att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.
- ❖ Uppdraget som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) från och med 2022 har kommunen anställt en medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR Anställningen är på 50% och är en projektanställning som finansieras via *Nära Vård medel*

Verksamhetschef, MAS och enhetschef för hälso och sjukvården samverkar kring patientsäkerhetsfrågor och planering av verksamheten. MAS ansvarar för att egenkontroller genomförs i verksamheten.

MAS uppdrag gäller även:

- Att tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.
- Att bevaka och följa upp så att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls samt utgör ett stöd för organisationen och professionerna.
- Att socialtjänsten har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna.
- Att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och att på delegation från kommunstyrelsen göra en anmälan enligt lex Maria till IVO.
- Att delta i kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Enhetschef hälso och sjukvård, äldreomsorg och omsorgen om patienter med funktionsvariation

Enhetschef har ett helhetsansvar för att för god vård och omsorg på enheten. Det innebär bland annat att se till att det finns en ändamålsenlig organisation och att personalen har kompetens för sina arbetsuppgifter.

- Enhetschefen ansvarar för att personal inom det egna verksamhetsområdet informeras om och känner till vad som står i gällande riktlinjer.
- I enhetschefens ansvar ingår även att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att tillhandahålla en god vård.
- Enhetschef ansvarar för att göra alla medarbetare delaktiga i kvalitetsarbetet.
- Enhetschefen leder och utvecklar sin enhet och ser till att gällande riktlinjer och rutiner är kända och följs av medarbetaren.

Verksamhetschef, MAS och enhetschef för hälso och sjukvården samverkar kring patientsäkerhetsfrågor och planering/styrning av verksamheten.

De har också ansvar för att hantera risker för patientsäkerheten och att arbeta förebyggande.

Legitimerad personal

Legitimerad personal är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, att utforma vården så långt möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt föra patientjournal, enligt Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De har i och med det också en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada

De har en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Omvårdnadspersonal

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser/risk för avvikelser. Personal som utför delegerade uppdag efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst.

Att upprätthålla hög patientsäkerhet är ett gemensamt arbete som alla anställda berörs av inom socialtjänsten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan

Hälso- och sjukvårdsenheten arbetar kontinuerligt med samverkan. I denna samverkan ingår Regionens slutenvård/ tandvård samt hälsocentral. Hur det har bedrivits föregående år beskrivs i sammanställningarna nedan. Allt arbete bedrivs utifrån att kvalitetssäkra verksamheten och förebygga vårdskador.

I länet finns samverkansavtal och överenskommelser mellan kommunerna och Region Norrbotten. Det är lite olika hur dessa avtal och överenskommelser följs upp. Det finns olika konstellationer där vissa av dessa frågor hanteras och där Norrbottens kommuner representerar hela länets kommuner. Vid flertalet av dessa samverkansorgan saknas representation från den kommunala hälso- och sjukvårdens kompetens vilket kan leda till patientsäkerhetsbrister. Kan visa sig i otydliga riktlinjer/rutiner och bristande kunskaper i varandras ansvarsområden.

Läkaravtal

Läkaravtal finns upprättat mellan Älvsbyns Kommun och hälsocentralen.

Hälsocentral

Samverkan sker på ledningsnivå tillsammans med primärvården genom möten 1gg/termin under pandemin har kontinuerliga möten har skett kring frågor som uppstått kring hanteringen av Covid 19 ex provtagning, läkarkontakter. Samverkan sker även genom olika typer av arbetsgrupper tex utskrivningsprocessen, samverkansfrågor, rutiner och utvecklingsområden i det vardagliga arbetet

Uppsökande tandvård

Uppsökande tandvård erbjuds via Folk tandvården Region Norrbotten i samverkan med länets kommuner. Syftet är att förebygga och förbättra munhälsa hos patienter med varaktig och omfattande vård och omsorgsinsatser. Insatsen är kostnadsfri för patienten. Region Norrbotten handleder kommunens vård och omsorgspersonal och det finns möjlighet att genomföra utbildning i munhälsa.

Vårdhygien

Kommunen har tillgång till vårdhygienisk expertis. Under 2021 har det pågått ett arbete med ett avtal mellan Region Norrbotten och länets kommuner.

- Gemensamma avtal för samverkan mellan kommunen och landstinget finns upprättat.
- Uppföljningar av lokala och länsövergripande avtal
- Länet MAS/MAR har gemensamma träffar regelbundet antingen med fysiska träffar eller så kallade teams-möten
- Möten för samverkan kring avvikelser som rör vårdens övergångar d.v.s. mellan kommun/primärvård eller kommun/slutenvård
- Regelbundna träffar mellan verksamhetschef/socialchef, enhetschef HSL och MAS gällande patientsäkerhet diskuteras och åtgärdas
- Övrig samverkan: samverkan internt inom socialtjänsten, nätverksträffar i länet, samordningsmöten med hälsocentralen

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller sker 3gg/år. Enhetscheferna har ansvar för loggkontrollerna och rapporterar till MAS. Ingen rapport om obehörigt intrång under 2021

Journalgranskning sker 1ggr/år. Under 2021 har det inte genomförts någon journalgranskning pga. pandemin

SITHS kort: säkerhetskorten utfärdas utifrån behov. Systemadministratören ansvarar för detta.

HSA kontroller innan anställning, regelbundna kontroller av ej aktuella användare.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



- För att minska risken för smittspridning i vården genomförs mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom egenkontroller. På grund av Corona-pandemin under året har ett stort fokus varit att minska risken för smittspridning och en mängd olika åtgärder har genomförts, bland annat flera utbildningar i basal hygien för vård- och omsorgspersonalen
- Vardagar har hälso och sjukvårdsenheten morgon möte s.k. resurs och samordningsmöte (RoS). Detta innebär en genomgång av planerade insatser under dagen/veckan. Där tas upp händelser ex fall eller behov av gemensamma teamkonferenser, riskanalyser och behov av upprättande av handlingsplaner.
- Vardagar tas en reflektionspunkt/eskaleringspunkt upp med syfte att stärka patientsäkerheten, ex ny behandlingsmetod som behöver lyftas och samråda kring. Det kan vara insats som bedöms ha behov av ett tydliggörande.
- Eskaleringspunkter som tas upp hamnar på en förbättringstavla. Möte och uppdatering kring dessa punkter sker var annan fredag.
- En gång i månaden finns en stående tid för kvalitetsarbete för alla i HSV teamet
- Kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD används lokalt i arbetet med att identifiera risker och bedöma behov av insats. Ingen registrering sker i dagsläget
- Bedömningsinstrument som är validerade används vid ex palliativ vård, smärtskattning hos enskild patient. Bedömningsinstrument kan vara yrkesspecifika som ex ADL taxonomin (Bedömning av aktivitetsförmåga) eller gemensamma som tex BPSD-skattningar (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

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.

Medarbetarsamtal: behov av kompetenshöjande insatser efter önskemål och behov tas upp vid detta möte.



Långsiktig planering dvs en kompetensutvecklingsplan är påbörjad under 2021 och fortsätter under 2022.

Bemanning/schema: Bemanning planeras utifrån verksamhetens behov och under 2021 har bemanning kvällen och helger justerats så att ingen sjuksköterska på dagen eller kvällen arbetar ensam. Natt sjuksköterskorna har fortsatt ensamarbete. Vid behov kan ytterligare förstärkning ske ex vis vid terminal vård

Vid nyanställning utses alltid en mentor för att säkra introduktion i verksamheten. En introduktionsmanual finns för samtliga professioner.

Vid insatser som kräver delegerade uppdrag genomför utbildning till undersköterskor

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

- Patienter och närstående deltar i teamkonferenser för planering av insatser från hälso och sjukvård.
- Patienter och närstående deltar i inflyttningsmöten utifrån nationell vårdplan för palliativ vård.
- Ett behov finns att utveckla samverkan med närstående. Pandemin har försvårat utvecklingen ex öka delaktighet med hjälp av teknik. Under pandemin har möjligheter för anhöriga att medverka i patientarbetet begränsats på grund av restriktionerna som funnits.
- Digital teknik används vid samordnad individuell plan i patientens hem tillsammans med anhöriga
- I Älvsbyns kommun pågår ett utvecklingsarbete, den så kallade Älvsbymodellen. Syftet är att alla patienter som får äldreomsorg ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande med fokus på delaktighet och att personen så långt som möjligt få välja när och hur insatserna ges. Personcentrerat/salutogent förhållningssätt/arbetsätt.
 - Insatser som stöttar och bibehåller personens förmågor
 - Stödja personen till en hanterbar/begriplig och meningsfull vardag
 - Stödja personen att vara delaktig i sin vardag
 - Arbeta teambaserat med varje person

Rutiner finns för kontakt med patient och närstående. Ett fortsatt arbete har identifierats när det gäller strukturen för hur patienten och dennes närstående ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

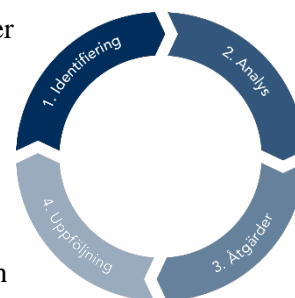
Pandemin har begränsat detta arbete pga. de begränsningar som har funnits under dessa år.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Identifiering av områden som identifierats som viktiga för säker vård under 2021



Identifiering

- **Ledningsgrupp Covid:** Ett omfattande arbete lagts ner på att minska risken för smittspridning av Covid-19 i våra verksamheter. En krisledningsstab har sats in där MAS ingått tillsammans med kommunchef, socialchef, skolchef, chefer för fastigheter, energi, ekonomi, säkerhetssamordnare.
 - En ledningsgrupp specifikt för Covid-19 pandemin där MAS tillsammans med socialchef och övriga chefer i socialtjänsten ingått. Arbetet har bestått i att identifiera rådande läge nationellt, regionalt samt lokalt, planering av åtgärder för att förhindra smittspridning
 - Det har genomförts möten varje vecka med företrädare för regionen bland annat vårdhygien och smittskydd med MAS och MAR i länet där kommunens MAS har funnits med
 - Enhetscheferna vid Hemsjukvård, Särskilda boenden, omsorgen om funktionshindrade, hemtjänst och vid enheten stöd till person och familj (STIF) har upprättat och uppdaterat handlingsplaner för sin verksamhet varje vecka för att stödja vård och omsorgspersonal i att förebygga, hantera pandemin
 - Vård- och omsorgspersonalen har genomgått utbildningar kring basala hygienrutiner.
- **Delegering av hälso och sjukvårdsinsatser:** En s.k. delegeringsgrupp har tillsatts sen ett antal år. Gruppen syfte är att hålla rutin för delegering uppdaterad varje år. Gruppen planerar för utbildningsinsatser under året samt inför sommarmånaderna. För 2021 års sommarutbildning så sågs rutinen över och 2021 års delegeringsutbildning genomfördes digitalt.
- **Loggkontroller** har genomförts under 2021 som ett led i kvalitetssäkring gällande informationssäkerheten och patienters integritet. En rutin finns upprättad och enhetscheferna genomför kontrollerna. Loggkontrollerna sker 3gångar/år-
- **Vårdhygien och basala hygienriktlinjer:** egenkontroll utfördes under 2021. Där enhetschefer svarat på ett underlag framtaget av Region Norrbottens vårdhygien. Utbildning till personal gällande basala hygienrutiner har genomförts.
- **Avvikelsehantering:** en arbetsgrupp inom HSV enheten har arbetat med flöden, rutin och förbättringar i avvikelssystemet. Riktlinje för avvikelshantering har behov av en uppdatering och arbetet har pågått under 2021. Pandemin har försenat arbetet och kommer att fortsätta under 2022.
- **Förflyttningsteknik:** Varje år sker utbildning till personal i förflyttningsteknik, materialet uppdateras årligen. Syftet är att förflyttningarna ska ske på ett säkert sätt.
- **Resurs och samordningsträff (ROS)** sker dagligen för samverkan och planering i teamet.
- **Kvalitetsträffar** finns systematiskt inbokad för enheten då möjligheter till arbete med kvalitetsarbeten sker. En förbättringstavla används för uppföljning av kvalitetsarbeten för teamet varannan vecka. Nya områden identifieras och bedöms i förhållande till insatsen.

Förbättringstavla: på en förbättringstavla skrivs förbättringsförslag/åtgärder som behöver vidtas vid enheten. Arbetsgrupper tillsätts utifrån uppdrag från förbättringstavlan. Det kan vara tex ett nytt system, en ny rutin eller ett utvecklingsarbete exempelvis så tillsätts en arbetsgrupp som arbetar utifrån uppdraget. Vid nya behandlingsmetoder tillskapas utbildningsinsats för detta ex vis dialys, sårvård, Komplexa förskrivna hjälpmedel, förflyttningsteknik.

- **Arbetsgrupper** är tillsatta utifrån olika områden. En grupp arbetar med dokumentation utifrån ICF och KVÅ, en grupp för avvikelshantering, en grupp för delegering
- **Samverkan med andra vårdgivare:** under 2021 har regelbundna möten med Regionen med mål att kvalitetssäkra samverkan mellan Regionen och Älvsbyns kommun. Pandemin har stått i fokus
- **Genomlysning av den kommunala hälso och sjukvården** har genomförts. För att bland annat tydliggöra uppdrag och samverkan internt och externt.
- **Fallolyckor:** mäts 1ggr/år. Fallolycksrapporter lyfts på avvikelseträffar med representanter från leg personal samt EC från enhet. Utveckling av rapporteringen har under 2021 gjorts för att förbättra informationen. HSV-teamet har under 2021 börjat arbeta med Coreset fall för att få en enhetlig utredning och förbättra teamsamverkan och minska fallrisk och skada.
- **Dokumentation:** en arbetsgrupp med olika professioner har under året arbetat med utveckling av dokumentation enligt Socialstyrelsens termbank. Det har inneburit en tydligare struktur i journaler.
- **Riskanalyser:** teamet har under året utvecklat arbetssätt att arbeta med riskanalyser och handlingsplaner i det dagliga arbetet. Målet är att på ett tidigt stadiet identifiera de risker som kan finnas i vårdarbetet.
- **Core set-** för att stärka teamarbetet kring den enskilde så har HSV teamet arbetat fram s.k. Coreset som innebär ett strukturerat sätt att arbeta kring ett gemensamt område utifrån olika professioner. Tex sömn, förstoppning och fall
- **Evidensbaserade arbetsinstrument:** I teamet används evidensbaserade instrument som tex ADL taxonomin eller olika bedömningsskalor.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

När en negativ händelse inträffar skrivs en avvikelserapport. Denna utreds för att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vad som orsakat händelsen. Underlaget ska ligga till grund för planering och åtgärder i syfte att hindra att liknande händelser ska inträffa igen.

Regelbundna träffar med enhetschefer och Hsv teamet sker där avvikelser tas upp av enhetschefer och bedöms av teamet. Teamet består av enhetschef, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska. Avvikelseerna hanteras för bedömning och orsaken till händelsen diskuteras, därefter planeras åtgärder in. I de ärendena genomförs riskanalyser och handlingsplaner upprättas.

När utredningen visar att en vårdskada uppstått eller att det funnits risk för allvarlig vårdskada sak detta anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)



Avvikelser 2021

I verksamheterna finns en hög medvetenhet om vikten av att rapportera avvikelser och man har god följsamhet till att rapportera.

Av det totala antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser är det fall och läkemedel som är de största områdena

Totalt antal avvikelser under 2021 är 900 fördelning enligt tabell nedan.

Tabell totalt avvikelser, Sol, HSL

År	totalt avvikelser	Sol/omsorg	Fall	Fraktur	Läkemedel
2018	1635	55	1180	22	345
2019	1304	23	972	18	256
2020	929	31	665	16	216
2021	900	17	706	12	164

Läkemedelshantering

För att tydliggöra frekvensen av läkemedels tillfällen under ett år så visas ett räkneexempel i tabellen.

Tabell läkemedelshantering

Läkemedelsmissar totalt	Totalt antal läkemedelstillfällen Ett räkneexempel
Läkemedelsmissar för antal patient	<p>Exempel:</p> <p>Antalet brukare/patienter: 456 st.</p> <p>Antalet läkemedelstillfällen/3ggr/dagl.</p> <p>Detta ger:</p> <p>1368 läkemedelsdoser/dag</p>
	<p>9576 läkemedelsdoser/vecka</p> <p>41 040 läkemedelsdoser/mån</p> <p>Och</p> <p>497 952 läkemedeldoser/år</p> <p>Dvs 0,063 % av antalet utdelade läkemedelsdoser/år</p>

För att minska antalet avvikelser samt hantering av s.k. signeringslistor kopplade till hälso-och sjukvård har kommunen digitaliserat signeringen av delegerade uppdrag som implementerades under 2019.

Antalet läkemedelsavvikelser visar en nedgång av antalet för 2021 vilket är en positiv utveckling.

Loggkontroller

- Loggkontroller har varit utan anmärkning 2021. Logg kontrollerna är genomförda utifrån föreskrifterna. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40)*

Avvikelser Fall 2021

Riskfaktorerna för fall kan delas in i inre och yttre riskfaktorer. Hög ålder, kvinnligt kön, kognitiv nedsättning, sjukdomar i rörelseapparaten, kronisk artrit, gång- och balanssvårigheter, känselnedsättning, tidigare kända fall, användande av särskilda mediciner såsom antidepressiva läkemedel, vätskedrivande osv är alla inre riskfaktorer. Att bo på ett äldreboende, ha en stillasittande livsstil, näringsbrist och undernäring, lösa mattor, ojämna underlag, dålig belysning, opassande skodon hör till yttre riskfaktorer.

Under augusti 2020 tom augusti 2021 har djupare analys av fallolycksrapporterna skett. Många patienter har både fysiska och kognitiva svårigheter vilket gör bedömningen av orsak till fall osäkert. Man har kunnat se ökat antal fall under november 2020 och januari 2021, det finns ett troligt samband mellan ökat antal fall och utbrott och sviter av covid-19.

De flesta fallen sker på särskilt boende och nattetid. Fler kvinnor än män har fallit.

Arbetet kring hantering av fall och fallprevention

Under 2020–2021 har en särskild arbetsgrupp arbetat med fallolycksrapporternas utformning och fört statistik över fallen. Förändringar har gjorts i rapporteringsdelen vilket inneburit att informationen om hur fallet skett samt vilka åtgärder som gjorts framkommit tydligare i rapporten. Det har blivit lättare att följa process och bedöma om ökad risk för fall föreligger.

91 riskbedömningar med stöd av Senior Alert har genomförts på enheterna, pga. Covid-19 pandemin finns brister i antal bedömningar.

Varje enhet har ett team (bestående av enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast) som träffas var 14:de dag och bearbetar aktuella avvikelser. Under 2021 har avvikelseträffar inom hemtjänsten också kommit i gång. På träffarna identifieras fallrisker och fallpreventiva åtgärder planeras.

Coreset fall (grundläggande sammanställning av vilka bedömningar som teamet ska göra vid utredning fall) och teamkonferenser har utvecklats under 2021, det har ökat delaktigheten i det fallförebyggande arbetet för personen och anhörig och tydliggjort teamets roller. Under perioden när Coronapandemin var som svårast i kommunen begränsades arbetet med fallprevention.

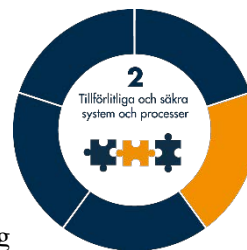
Det är viktigt att personens integritet och självbestämmande tas tillvara. Att helt kunna eliminera fallrisk är omöjligt då alla människor har rätt till ett värdigt liv som innebär rätt att kunna röra sig fritt i sin bostad och i de miljöer som finns i anslutning till bostaden, rätt att utföra värdeskapande aktiviteter.

I verksamheten förekommer inga begränsningsåtgärder som ex bälten och brickbord. Vid användande av sänggrind ska personen själv godkännt detta. Under 2022 kommer avvikelsergruppen att fortsätta sitt arbete och målet är att bland annat genomföra utbildningar i avvikelser systemet

Tillförlitliga och säkra system och processer

Förbättringsarbeten

Trots rådande pandemi i samhället har flera förbättringsarbeten kunnat genomföras. Genom en särskild struktur "Förbättringstavla" har vi fått fram viktig information om förbättringsarbeten och gjort det lättillgängligt för alla. PDCA (planera, genomföra, kontrollera, standardisera) används som förbättringsmetod.



Dokumentation

För patientsäker dokumentation har utbildningsinsats fortgått under 2021 med dokumentation enl. ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). ICF är internationell praxis och rekommenderas av nationella och internationella organisationer och riktlinjer, inklusive Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Föreläsningar av specialist via TEAMS och arbetsgrupp på arbetsplatsen som arbetat för implementering.

Personcentrering

Teamkonferens

Möte som sammankallas när behov uppkommer. Ett team av vård- och omsorgspersonal med olika professioner samarbetar med personen. Mötet är personcentrerat och innebär att: Personen är specialist på sig själv.

Utifrån statens överenskommelse med Sveriges kommuner och regioner om en mer tillgänglig och personcentrerad vård, såg vi ett behov att börja arbeta med teamkonferenser i stället för som tidigare teamträffar (schemalagt möte mellan legitimerad personal och personal på enheterna där problemen inte är kända för alla och anhöriga och/eller person inte deltar i mötet). Detta för personcentrerad vård och för öka effektivitet och patientsäkerhet.

Alla patienter som har behov av samordning av vård- och omsorgsinsatser ska erbjudas en personcentrerad planering som främjar kvalitativ och säker vård.

Samordnad individuell plan (SIP)

Fortsatt arbete i samverkan med Älvsbyns hälsocentral för att säkerställa att personen erbjuds en SIP. Tydliggöra roller och ansvar. Under pandemin har utveckling med att använda teknik i hemmet för att möjliggöra möten gått snabbt och idag har vi ett fungerande system. En SIP grupp med representanter från ÄHC och kommunen har systematiska träffar där samverkansfrågor lyfts.

Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP)

Ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården i övergången från botande till lindrande/stödande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet. NVP har implementerats inom SÄBO tillsammans med Älvsbyns hälsocentral. Fortsatt utveckling av arbetet planeras under 2022. Samverkan med Palliativa teamet PÄS: varje vecka en stående konsultationstid via teams där aktuella frågor tas upp.

Åtgärder och Analys

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Säker Avvikelse-hantering	Att all personal ska ha kännedom om skyldigheten att skriva avvikelser	Mätning av antalet avvikelser	Det flesta avvikelser handlar om delegerade insatser. Ett fåtal avvikelser gällande socialtjänstens insatser	I verksamheterna finns god förståelse för att skriva avvikelser. Det behövs mer kunskap kring uppföljningar av dessa.
Läkemedels-hantering Rätt läkemedel till rätt person, vid rätt tid	Att all personal skriver avvikelser	Mätning av antalet läkemedelsavvikelser	Egenkontrollen har utförts på särskilt boende och hos flertalet patienter i ordinärt boenden Antalet läkemedels-avvikelser har minskat	Socialtjänsten har infört digital signering vilket verkar ha medfört en minskning
Att all personal har kunskap om basala hygienrutiner/vårdhygien	Egenkontroller och utbildning i basala hygienrutiner	All personal har genomgått utbildning i basala hygienrutiner Mätning av basala hygienrutiner	Kontrollen genomfördes under hösten 21. personal använder sig av de basala hygienrutinerna.	Det fanns behov av utbildning kring hantering av skyddsutrustning
Undvika smittspridning Det övergripande målet har varit att ingen smittspridning ska ske bland patienter som har insatser hälso och sjukvård och social omsorg samt personal	Att ha täta möten med krislednings-staben och enhetschefer för att identifiera rådande läge, planera insatser	Att veckovis uppdatera handlingsplaner och implementera dessa i verksamheterna. Utföra provtagning av personal och brukare/boende vid symtom	smittspridning på särskilda boenden har förekommit och även i hemtjänst.	Under 2021 har sjukdomsförloppen varit mildare. Patienter i socialtjänsten har varit vaccinerade i stor utsträckning.
Undvika Fall/fallskador	Att 2ggr/månad genomföra en granskning Identifiera risker och förebygga. Avvikelsegrupp granskar fallavvikelser	Team inom resp. enhet följer upp fallrapporteringar. En avvikelsegrupp inom HSV arbetar med inkomna avvikelser och identifierar förbättringsåtgärder. Att identifiera risk för fall Riskbedömnings	Ökat antal fall 2021, trots det minskat antal frakturer.	Förbättrad teamsamverkan ökar patientsäkerheten och minskar risk för skada vid fall Det förebyggande arbetet kan ständigt utvecklas. Coronapandemin har påverkat arbetet med fallprevention

		underlag Senior Alert används		negativt, och en ökning av fall kan skönjas när antal smittade ökade i samhället.
Journalgranskning Att dokumentation sker på ett patientsäkert sätt	Att årligen genomföra en granskning	Att genomföra journalgranskning 1 ggr/år	Arbetsgrupp tillsatt för att följa dokumentation över tid samt identifiera förbättringsåtgärder	
Identifiera otillåten tillgång till journalhandling Loggkontroller	Att granska hur medarbetare hanterar journaler	Att genomföra granskning 3 ggr/år	Inga oegentligheter i förfaranden har uppkommit	
Granskning av läkemedelshanteringen Mål att läkemedelshanteringen sker enligt gällande författningar.	1 ggr/år granska läkemedelshanteringen	Granskning sker via Apoteket tillsammans med MAS och SSK	Inga allvarliga anmärkningar. Små justeringar är genomförda	Fortsätta extern granskning 1 ggr/år

Säker vård här och nu

Riskhantering

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



En riskanalys kan utföras både på lokal och verksamhetsnivå och övergripande organisatorisk nivå. Den kan avse en befintlig arbetsprocess eller göras inför en förändring.

I läkemedelshanteringen återfinns risker. I de olika delarna som ska fungera exempelvis från ordination till överlämning till person. Hanteringen kräver samverkan, förståelse över huvudmannagränserna och den interna samverkan.

Som hjälpmedel i riskanalyserna används rutin för avvikelshantering, fördjupade fallriskanalyser, BPSD samt Senior Alert och utifrån dessa så upprättas handlingsplaner utifrån den enskilde.

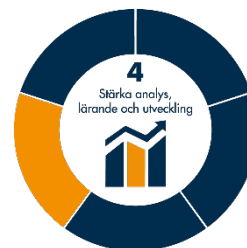
Risker identifieras, skattas och värderas utifrån Socialstyrelsens riskmatris. Detta arbetssätt är en del av bedömningsprocessen vid förskrivning av hjälpmedel för att minimera risk för vårdskada vid användandet av hjälpmedel

Utvecklingen av att göra riskanalyser vid händelser som kan innebära en risk är infört i verksamheten. Detta innebär att man bedömer risker och planerar åtgärder för att undvika vårdskador. Tex inför sommaren

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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



All personal har följsamhet till att skriva avvikelser. Enhetscheferna har ett grundläggande ansvar att utreda avvikelserna och genomföra riskanalyser utifrån händelsen. Vid allvarigare incidenter tas kontakt med MAS. Avvikelse modulen har genomgått vissa förändringar för att bli tydligare gällande vad som ska dokumenteras.

Det saknas en tydlig övergripande uppföljning av avvikelserapporterna.

Det finns ett behov av förbättringsarbete gällande dokumentationen i avvikelshantering. Det krävs mycket insats för att identifiera vad som hänt.

En tillsatt arbetsgrupp för avvikelshantering har varit bra under året för att identifiera och hantera risker och avvikelser i verksamheten, dvs att på verksamhetsnivå övergripande arbeta med frågor. Under 2022 kommer en analys att göras för att identifiera behov av förbättringsåtgärder.

Utvecklingsområden 2022 Avvikelsehantering/ fall

Att fortsätta med utvecklingen av avvikelsemodulen i dokumentationssystemet

Enheter bör se över rutiner för hur en mer övergripande uppföljning av avvikelserapporterna ska se ut, utifrån den uppdatering som sker av den övergripande riktlinjen.

Fortsatt förbättringsarbete gällande dokumentation i avvikelsemodulen

Klagomål och synpunkter

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

Antal klagomål och synpunkter 2021	5 st
Antal Lex Maria	1 st
Antal händelsenära utredningar av MAS ej föranlett lex Maria anmälning.	6

Alla klagomål ska utredas av den enhetschef som är ansvarig för berörd verksamhet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är delaktig i utredning där behov finns. MAS sammanställer klagomål och synpunkter året som gått

De rapporter, klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som pekar på brister i verksamhetens kvalitet. Med dessa utredningar som underlag ska resultaten av de aktiviteter som genomförts och de åtgärder som vidtagits säkra verksamhetens kvalitet.

Det finns förbättringsmöjligheter för hanteringen av klagomål och synpunkter då den övergripande hanteringen för verksamhetsutveckling är otydlig.

Verksamheten behöver uppmuntra patienter som har insatser från verksamheten och deras närstående att komma med synpunkter och klagomål.

Möjligheter finns via hemsidan att lämna klagomål och synpunkter.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån en analys av året som gått redovisas mål, strategier, planerade åtgärder för kommande år

Målet är en jämlik vård och att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Hänsyn ska tas till varje persons värdighet, självbestämmande/medbestämmande och stöd till att bibehålla sina förmågor. Personcentrerat arbetssätt är att arbeta efter att synliggöra hela personens behov de fysiska, sociala, psykiska, andliga och existentiella. Detta för att främja hälsa utifrån personens perspektiv. Detta arbete kommer att fortsätta under 2022 och framåt i och med arbetet med Älvsbymodellen

Utveckling av det fortsatta arbetet med att upptäcka risker och förebygga negativa händelser och i det minska vårdskador är en fortsatt utmaning. Fokus under år 2022 blir att fortsätta att utveckla våra rutiner och processer för kvalitetsarbetet vad gäller hälso- och sjukvård, med det övergripande syftet att minska antalet vårdskador samt risken att drabbas av vårdskada.

Riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter kommer att uppdateras och göras kända i verksamheterna.

Fortsatt arbete med att utveckla nytt arbetssätt kring basala hygienrutiner och ett införande av hygienombud.

Fortsatt arbete med att utreda och bedöma nytt arbetssätt kring fallförebyggande åtgärder

Arbeta mer patientsäkert med hälso och sjukvårdsinsatser som delegeras till verksamheterna, insatsen bör genomföras av rätt kompetensområde.

Fortsatt arbete med att tydliggöra och utveckla rutinen och riktlinjen kring egenvårdskontroller- dvs. Vad ska mätas och när?

Arbetet med *Nära Vård* har startat och kommer att fortsätta under 2022. Arbetet kommer att genomföras i samverkan med Region Norrbotten och länets kommuner

Älvsbyns kommun har tillsammans med länets kommuner köpt in ett nytt verksamhetssystem där arbetet pågår för implementering. Älvsbyn beräknar att gå in i systemet 2023